

EXPERIÊNCIAS REFERENTES À CONTRACEPÇÃO POR MULHERES SABIDAMENTE INFECTADAS PELO HIV QUE ENGRAVIDAM

EXPERIENCES RELATED TO CONTRACEPTION BY HIV-INFECTED WOMEN THAT BECOME PREGNANT

Roberta MC Romanelli¹, Carolina S Cardoso², Elisa MR Lin², Lúcia HF Goulart³,
Regina Amélia LP Aguiar^{1,4}, Jorge A Pinto^{1,3}

RESUMO

Introdução: um crescente número de mulheres infectadas pelo HIV tem sido identificado, principalmente em idade reprodutiva. Apesar de receberem todas as medidas para a prevenção da transmissão vertical, observam-se dificuldades na assistência pós-natal, incluindo a ocorrência de gestações não planejadas. **Objetivo:** investigar percepções sobre a contracepção por mulheres sabidamente infectadas pelo HIV com experiência prévia da maternidade e que engravidaram após o diagnóstico. **Métodos:** este foi um estudo clínico-qualitativo, desenvolvido no ambulatório Carlos Chagas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005. Foram incluídas mulheres infectadas pelo HIV, com filhos vivos prévios e novas gestações após o diagnóstico. O número de entrevistadas foi definido pelo critério da saturação. Entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise foi realizada pelo processo de categorização. **Resultados:** vinte mulheres foram entrevistadas, com mediana de idade de 29 anos. A mediana de gestações foi de 3,5, mas após o diagnóstico 1,04. Dezenove gestações não foram planejadas. As mulheres tinham informações sobre métodos contraceptivos disponíveis, mas relatavam dificuldade do uso do preservativo pelo parceiro, dificuldades de uso de anticoncepcional oral e de acesso a salpingotripsia. **Conclusão:** a ocorrência de gestações não planejadas não dependeu do conhecimento prévio da infecção pelo HIV. As expectativas e o desejo podem ser modificados pelo estigma da doença, mas não foram determinantes na utilização de método contraceptivo eficaz. Profissionais de saúde devem atuar de forma integral, focando a utilização de contracepção eficaz e permitindo com que elas exerçam seus direitos reprodutivos.

Palavras-chave: HIV, gestantes, anticoncepção.

ABSTRACT

Introduction: an increasing number of HIV infected women has been identified, mainly at reproductive age. Although they receive all measures to prevention of vertical transmission, difficulties in postnatal assistance has been observed, including occurrence of unplanned pregnancies. **Objective:** to investigate perceptions about contraceptive methods of a new pregnancy by women that already knew they were HIV-infected and that had children previously. **Methods:** this is a clinical-qualitative study, developed at outpatient service Carlos Chagas of Clinics Hospital of Federal University of Minas Gerais, from January 2004 until December 2005. Women that knew their serologic status and that already had other children were included. The number of interviews was defined by saturation criteria. Semi-structured interviews were performed and then recorded and transcribed entirely. Data were analyzed according to categorization process. **Results:** twenty women were interviewed, with median age of 29 years. Women median pregnancies was 3,5, but after diagnosis was 1,04. Nineteen pregnancies were not planned. Women showed information about contraceptive methods, but reported their difficulties in the use of condom by their partner, difficulties to use oral contraceptives and access to salpingotripsy. **Conclusion:** occurrence of a new pregnancy was not depended on knowledge of HIV infection. Expectations and desires can be modified by disease stigma but were not determinants to use an effective contraceptive method. Healthy professionals should focus on complete assistance to these women, facilitating utilization of contraception in order that their reproductive rights are achieved.

Keywords: HIV, pregnant women, contraception

INTRODUÇÃO

A preocupação com a identificação de mulheres infectadas devido à possibilidade de transmissão vertical passou a ser prioridade após a década de 1990, devido ao crescente número de mulheres acometidas, sendo que mais de 90% dos casos de infecção pelo HIV em crianças ocorriam por essa via^{1,2}. A utilização de zidovudina (AZT) para a gestante infectada e a criança exposta foi a principal intervenção na redução da transmissão vertical. O protocolo do *Pediatric Clinical Trial Group 076* (PACTG 076) demonstrou que o uso do AZT oral após a 14ª semana de gestação, associado ao AZT venoso no momento do parto e o AZT oral para a criança por seis semanas, reduziu a transmissão do vírus da mãe para o filho em quase 70% dos casos³.

Na tentativa de intervir nessa situação, outros protocolos clínicos foram elaborados e tiveram como objetivo a melhoria da assistência à mulher infectada. O Ministério da Saúde, pela portaria 2104, de 19 de novembro de 2002⁴, recomenda que a triagem do anti-HIV com ELISA (*Enzyme-linked Immuno-assay*) deve ser oferecida a toda gestante durante o seu pré-natal ou através de teste rápido no momento do parto.

A assistência no pré-natal para essa população prioriza medidas para a prevenção do acometimento do feto e do recém-nascido. Sendo assim, o pré-natal é uma oportunidade criada para o diagnóstico dessas mulheres. No entanto, a identificação dessa população contribui para uma intervenção mais efetiva, não apenas no pré e periparto, mas também no pós-parto dessas mães³⁻⁴.

Segundo um estudo de coorte realizado por Lindsay *et al.*⁵, com 85 grávidas infectadas pelo HIV dos Estados Unidos, demonstrou-se que 90% delas apresentavam gestações não planejadas. Nesse estudo, foram comparadas as decisões contraceptivas de mulheres infectadas e não-infectadas pelo HIV, sendo que a ligadura foi o método preferido entre as primeiras, mesmo quando feita uma análise multivariada (OR 2,9 IC95% 1,4 - 5,9).

¹Grupo de Pesquisa em HIV/AIDS Materno Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

²Aluna da graduação do curso de medicina da Faculdade de Medicina da UFMG

³Professor(a) Adjunto(a) do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

⁴Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Murphy *et al.*⁶, com base em estudo conduzido com 67 mulheres infectadas dos Estados Unidos, relataram que a alta taxa de gestações não é surpreendente, pois elas recebem pouco incentivo na prevenção de nova gravidez. Paiva *et al.*⁷, através de questionário conduzido em centro de referência de São Paulo, registraram que grande parte das mulheres infectadas referiu, durante as entrevistas, não ter recebido orientações sobre métodos contraceptivos e sobre a possibilidade de transmissão da infecção para o filho.

Em uma revisão feita por Hankins⁸, ressaltou-se a tendência de o profissional induzir o aborto em locais onde é permitido ou favorecer a ligadura como método contraceptivo. Cejtin⁹, em um estudo de revisão, enfatiza que a ligadura é o método de escolha da maioria das mulheres infectadas, independente se os parceiros são “soroconcordantes” (quando ambos são infectados) ou não.

Knauth *et al.*¹⁰, em entrevista com 60 gestantes infectadas pelo HIV das cidades de São Paulo e Porto Alegre, verificaram que elas manifestam o desejo pela cesárea devido à redução das taxas de transmissão vertical e pela possibilidade de realização simultânea de salpingotripsia.

Considera-se que a assistência é facilitada quando elas estão grávidas. Por outro lado, questiona-se se essas pacientes estão tendo acesso aos métodos contraceptivos, além da compreensão e da assimilação adequadas das informações dadas.

OBJETIVO

Identificar as percepções sobre novas gestações por mulheres sabidamente infectadas e que ficaram grávidas após as gestações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, conduzido com o modelo clínico-qualitativo, que é utilizado na área de saúde, pois reflete os fenômenos observados na prática médica, permitindo que os sujeitos estudados e o investigador mantenham seus papéis no processo saúde-doença¹¹. Para Parker¹², estudos qualitativos que permitam a compreensão da dimensão política econômica, cultural e social da sexualidade permitirão estratégias de intervenção para se atuar na epidemia do HIV.

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Gestantes ou mães com diagnóstico prévio da infecção pelo HIV e com filhos anteriores à gestação atual e que estavam sendo acompanhadas no ambulatório Carlos Chagas ou Orestes Diniz do HC/UFMG.
- Gestantes ou mães que concordaram em participar da pesquisa, após explicação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento.

A identificação e a captação das entrevistadas foram feitas à medida que elas compareciam às suas consultas ou às de seus filhos. O local das entrevistas foi o próprio ambulatório onde se realiza o atendimento médico dessas mulheres e seus filhos, que consiste no ambiente em se encontram envolvidas nos seus processos clínicos, preventivos e/ou terapêuticos¹¹.

A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista semi-estruturada ou semidirigida, conduzida com questões abertas que definem os assuntos a serem explorados, mas não se limitam às perguntas realizadas e não seguem uma ordem definida^{11,13}.

A identificação e a captação das entrevistadas foram feitas à medida que elas compareciam às suas consultas ou às de seus filhos, antes ou após o atendimento. A inclusão de novos sujeitos foi interrompida quando as falas tornaram-se repetitivas, não permitindo formulação de novas categorias. Assim, foi utilizada a amostragem por saturação¹¹.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* do trabalho, definido pelo conjunto de textos coletados para se obter um significado^{11,13}.

Para tratamento dos dados foram feitas leituras superficiais, profundas e repetidas das entrevistas. A análise foi feita pelo processo de categorização, com agrupamento de elementos, idéias, expressões com características comuns, em torno de temas centrais relevantes e recorrentes^{11,13}.

Uma das categorias de análise construída foi denominada “A contracepção”. Segundo Stephan-Souza¹⁴, contracepção pode ser entendida como um corte na possibilidade de ocorrer nascimentos, uma infecundidade provocada pelo uso de anticoncepcionais e a interrupção do ato biológico de gerar seres humanos. No presente estudo, a contracepção referiu-se ao método e às questões relacionadas à sua utilização.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento após o esclarecimento de suas dúvidas e antes da realização das entrevistas. A privacidade das mulheres foi preservada. Não houve a utilização dos nomes, que foram substituídos por um código alfanumérico, com a letra M e o número correspondente à ordem em que foram entrevistadas. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Parecer ETIC 333/04).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 20 mulheres das 55 gestantes com diagnóstico prévio da infecção, acompanhadas no PNAR do HC-UFMG no ano de 2004. Ao investigar o tema contracepção foi possível identificar três subcategorias abordadas separadamente para facilitar a compreensão das informações obtidas, mas que se encontram interligadas: a percepção das mulheres sobre a responsabilidade da contracepção; a influência da religião e a informação detida e sua influência na escolha do método.

A percepção das mulheres sobre a responsabilidade da contracepção - “A minha irresponsabilidade”

As mulheres entrevistadas revelaram em suas falas que assumiam a responsabilidade da contracepção socialmente atribuída a elas, considerando que uma gravidez não-planejada é acidental e que não atuaram de forma efetiva para preveni-la.

“Aí veio a segunda gravidez, é... Foi incompetência minha mesmo, até foi.” (M1)

“A minha irresponsabilidade (...) Porque eu não me preveni mesmo sabendo que existiam várias outras formas além do preservativo. E eu não usei nada (...) Porque se eu não quisesse, doutora, eu teria evitado, e eu nunca evitei.” (M6)

A responsabilidade dos processos ligados à reprodução recai sobre a mulher, pois a maior parte do processo reprodutivo ocorre no corpo feminino (a concepção, a gestação, o parto e a amamentação). Assim, a contracepção também é considerada uma função feminina, o que também reflete as desigualdades entre gêneros^{15,16}.

A possibilidade da ocorrência da uma gestação poderia ser considerada um motivo para sua prevenção ou planejamento. A entrevistada M15 negou a possibilidade da gravidez pelo fato de não a desejar.

“Era como se não tivesse condição de engravidar (...) Não acreditava porque não queria, sabe?” (M15)

Como identificado no estudo sobre gestações não planejadas de Godoy e Bosi¹⁶, no Ceará, as mulheres convivem com a crença de não estarem sujeitas a uma nova gestação, o que interfere na utilização de práticas contraceptivas de modo eficaz.

A influência da religião – “Está na mão de Deus”

Observou-se que a falas de algumas entrevistadas deste estudo apresentaram apelo religioso, sendo uma forma de justificar a gestação, especialmente quando essa não foi planejada, e influenciando no processo de aceitação da gravidez.

“Mas Deus tocou no meu coração: ‘Confia em Mim’. Aí um dia, que eu sou evangélica, já te falei, eu fui na igreja e umas revelações que teve é que eu vou ter uma vitória muito grande na minha vida, e eu falei: ‘Essa vitória só pode ser o meu filho’. Porque filho é bênção de Deus”(M5)

“Porque se Deus viu que eu tenho capacidade de ter mais um filho, então é uma dádiva de Deus” (M12)

Segundo Lasch¹⁷, historicamente, a religião sempre interferiu nas práticas sexuais e nas relações entre gêneros. Por outro lado, apesar da posição da igreja católica contrária ao uso de preservativos¹⁸, esse não foi um dos motivos citados pelo qual as mulheres deste estudo e seus parceiros não utilizaram o preservativo em suas relações.

A informação recebida e sua influência na escolha do método – “... um pra prevenir a doença e outro pra prevenir a gravidez...”

Vários métodos contraceptivos foram citados, pelo menos uma vez, pelas entrevistadas deste estudo: anticoncepcional hormonal oral (ACO) e injetável, dispositivo intra-uterino (DIU), diafragma, tabela, coito interrompido, salpingotripsia e vasectomia, além dos preservativos masculino e feminino.

Sabe-se que os métodos de barreira são de escolha para portadoras do HIV, especialmente os preservativos, pois são os mais efetivos na prevenção da transmissão do vírus e de outras

DSTs^{19,20}. A importância do uso do preservativo nas relações foi ressaltada nas falas das mulheres deste estudo, pois revelavam saber que ele deve ser usado de forma consistente para que seja eficaz, conforme recomendações de órgãos responsáveis em saúde pública¹⁹. Elas justificaram a necessidade do uso para a prevenção da reinfecção, com conceitos técnicos como carga viral.

“Mesmo os dois sendo. Aí eu acho mais importante ainda, principalmente pelos dois ser. Porque um fica passando o vírus pro outro.” (M17)

“Então, eu sempre uso camisinha, pra não passar pra ninguém e nem receber outras cargas mais, além da que eu já tenho.” (M20)

Mas, com o objetivo de prevenção de gravidez, o preservativo deve ser associado a um outro método, devido a sua menor eficácia para a contracepção. As próprias entrevistadas não o consideram como método eficaz para a prevenção de uma gravidez.

“Eu e ele tava usando preservativo. Mas, preservativo nem sempre, né, nem sempre é 100%” (M3)

Verificou-se também que as mulheres entrevistadas detinham o conceito da necessidade da “dupla proteção”: prevenção de HIV/DST e de uma gestação não-planejada, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)²¹. No entanto, confundiu-se essa definição com a “associação de métodos”, muitas vezes necessária pela menor eficácia contraceptiva da “camisinha” quando não usada de forma consistente.

“Sei que é assim, seria bom que se conscientizasse a pessoa que é bom se prevenir das duas formas, porque: um pra prevenir a doença e outro pra prevenir a gravidez, porque nenhum método é 100% seguro” (M7)

“Sempre falo: evitar filho. Mas e as doenças que ele pega na rua...? E o tanto de porcaria?” (M11)

No entanto, apesar de demonstrarem o conhecimento sobre a necessidade de utilizá-lo, informaram que o uso do preservativo não é freqüente em suas relações. As 20 pacientes entrevistadas neste estudo relataram que a “camisinha” era o método utilizado, mas de forma inconsistente.

“Tava usando. Toda vez que a gente fazia, era só com camisinha? (...) E este dia, infelizmente... (não usou).” (M8)

“... porque antes disso a gente não tinha ficado sem camisinha, assim mas por perto, sabe? Foi só naquele dia mesmo.” (M14)

“Desta vez não. Desta vez eu fiz sem camisinha.” (M20).

Dados nacionais também demonstram baixas taxas de utilização do preservativo nas relações de casais com parceria estável: 34,9% das mulheres com relacionamento fixo informam que o parceiro usa consistentemente o método²⁰.

Observou-se também nas falas dessas mulheres que elas se referem à influência do parceiro na prática sexual e no uso do método contraceptivo.

“Mas é o negócio, o homem não gosta de usar isso. Não gosta, mas de jeito nenhum. Esse rapaz mesmo, não gosta mesmo. Tem que brigar com ele.” (M4)

“Não suporta camisinha (...) Se põe pra ele usar camisinha já começa. Igual capeta dentro de casa.” (M11)

“Ele não importa. Eu falo com ele. Que por ele, ele não usava preservativo (...) Mesmo ele sabendo, ele não quer usar de jeito nenhum.” (M14).

Com relação ao preservativo, as mulheres dependem de que o parceiro a utilize. Mas conceitos arraigados à cultura de que a “camisinha” acomete a virilidade são freqüentes, fazendo com que os homens neguem o seu uso, como verificado nas entrevistas realizadas por Alves²², em Pernambuco, e pela Rede Paulista de Mulheres com HIV/Aids²³.

Além dos problemas apresentados nas questões referentes às relações de gênero, as entrevistadas revelaram ser influenciadas pela atuação do profissional de saúde no uso dos métodos contraceptivos. Em dois casos, as entrevistadas relataram que o uso exclusivo do preservativo se devia a uma orientação médica recebida.

“Foi recomendado o método da camisinha porque eu posso evitar tudo. Só que eu acho assim, quem usa camisinha podia usar também camisinha e um anticoncepcional. Porque você corre o risco de engravidar (...) ‘Por que que o médico não me falou sobre isto?’ Eu penso assim: ‘Será que, por exemplo, com anticoncepcional na gravidez, que é o que todos os médicos têm mais medo, ela não vai usar camisinha? Ela vai deixar de prevenir?’. As outras pessoas não entendem o lado da gente.” (M7)

“A médica tinha falado comigo assim: ‘É muito difícil engravidar com a camisinha. Camisinha não engravida. Só camisinha’ Aí eu parei de tomar remédio por isso.” (M16)

Quanto ao DIU, observou-se na fala de M14 a assimilação da informação da contra-indicação do seu uso para mulheres infectadas pelo HIV. A entrevistada M11 ressaltou também os cuidados no seguimento e no controle do seu uso para que seja eficaz, ressaltando a necessidade de troca periódica.

“Eu já fui muito no planejamento familiar. Eu sei do diafragma, do DIU, mas o DIU não pode colocar, quem tem HIV não pode.” (M14)

“Mas o DIU, você sabe que o DIU a gente tem que trocar de seis em seis meses, né?” (M12)

Apesar de não ser um método freqüentemente utilizado para a população estudada, não há trabalhos que contra-indiquem formalmente o uso do DIU, podendo ser recomendado para contracepção sob avaliação clínica, como proposto pela OMS²¹.

Sobre os ACO, apesar de ser um método freqüentemente prescrito e recomendado em associação com o preservativo, verificou-se nas falas das entrevistadas que se trata de um método de baixa aderência, devido aos efeitos colaterais e pela dificuldade de uso diário.

“Ele me enjoava muito. Tava tendo muito vômito. Aí resolvi parar. E parei.” (M1)

“E o remédio, eu engordo muito se eu tomar remédio.” (M14)

“Nunca dei certo de usar anticoncepcional, nunca. Tomava um dia sim, dois não. Quando tomava, nó, tomava tudo errado, na hora errada, nunca tomei certo. (...) Cabeça fraca minha, esquecimento também (...) Não era de propósito, não. É que eu esquecia mesmo de tomar.” (M18)

“Quando é tarde, eu fico na dúvida, se eu tomei ou não tomei. Entendeu? (...) Ah, porque no começo foi porque eu costumava ter quatro remédios diferente (...) Depois eu tive que dar o remédio pro neném direitinho, entendeu? Tanto é que eu tive que escrever na folha pra pregar em algum lugar, para eu poder me lembrar, entendeu?” (M19)

É importante ressaltar que as pacientes infectadas pelo HIV podem estar recebendo um grande número de medicamentos, entre eles: ARV, antimicrobianos para profilaxia de infecções oportunistas e suplementos nutricionais, como o sulfato ferroso. Ressalta-se ainda que alguns ARV podem interferir no metabolismo do ACO, reduzindo sua vida média e, portanto, sua eficácia. Assim, a praticidade e a eficácia do ACO deve ser questionada para essas pacientes.

Quatro das 20 entrevistadas informaram que faziam uso de ACO, mas todas elas de forma irregular. Entre aquelas que não usavam, uma demandou que fosse prescrita a pílula como método contraceptivo e duas citaram a possibilidade do uso do método hormonal como contracepção de emergência (CE), conhecida como a “pílula do dia seguinte”.

Apesar dessas mulheres estarem inseridas em serviço de referência e mesmo com ACO oferecido no serviço de assistência primária²⁴, a falta da medicação foi apontada como um dos determinantes pelo não uso da contracepção.

“Não tô tomando de novo porque lá não tem no posto de saúde. Poder comprar ele não posso não tô podendo. Então, tô sem tomar. (...) Comecei a tomar, mas lá no posto, mas lá não vem direto não. Aí parei.” (M2)

Quando interrogadas sobre o método desejado para contracepção, a maioria das mulheres entrevistadas informava um método definitivo, sendo que 15 queriam realizar a salpingotripsia e uma havia decidido com o parceiro pela vasectomia. Além disso, duas informaram que continuariam usando preservativo (uma com CE), uma desejava o DIU e outra desejava informações.

A escolha pela ligadura encontra-se diretamente relacionada com experiências prévias com dificuldade do uso, de acesso ou de falha de outros contraceptivos oferecidos. Segundo o estudo

de Citeli¹⁵, após ultrapassarem o número de filhos desejados, cansadas de tomar pílula, sem poder de negociação com o parceiro e com o objetivo de prevenir uma gravidez indesejada (algumas vezes já vivenciada por elas), as mulheres aspiram por um método definitivo. As entrevistadas por Godoy e Bosi¹⁶ no Ceará, todas com gestações não-planejadas, também demonstram essa preferência. As entrevistadas do presente estudo justificaram, em suas falas, a escolha da salpingotripsia devido aos problemas enfrentados com outros métodos.

“Aí eu já falei já, já expliquei, já falei com pessoal de lá já, não quero o DIU (...) Tomar remédio, prefiro de ligar (...) Comprimido, eu engravidei da (segunda filha) tomando comprimido...” (M11)

“Pra não acontecer, porque eu sou toda esquecida (referindo-se ao ACO), eu nunca, não confio neste DIU. Então, eu quero fazer ligadura ou então ele fazer também fazer vasectomia.” (M18)

“E o anticoncepcional, né? Às vezes eu tomava, às vezes, não. Camisinha só quando ele queria.” (M19)

Apesar da ligadura ser o método de escolha da maioria das entrevistadas, duas haviam conseguido realizar o procedimento. Verificou-se que questões burocráticas impedem essa prática, mesmo para pacientes com direito legal para o procedimento. Além disso, a legislação determina que o planejamento familiar e o método contraceptivo devem ser obtidos em serviço no nível primário da assistência²⁴.

“E ligar, eu queria ligar, mas tá difícil, né? (...) No posto a gente não consegue, por causa da idade, tem que pagar e aqui o Dr. (médico) falou que depois ele vai tentar para mim, encaminhar pra ver se eu consigo. Porque na rede pública assim não é fácil não, conseguir ...” (M15)

“Já que eu pensei, eu queria ligar aqui (no hospital), mas eles (os médicos) não quis, falou comigo que só ano que vem que eu tenho que procurar aqui, ó. O planejamento familiar, só ano que vem. Não tem planejamento familiar agora” (M16, em entrevista realizada com três meses pós-parto)

Como observado na última fala, a atuação médica e as opiniões do profissional podem interferir na realização do procedimento. Uma pesquisa, realizada por Barbosa e Knauth²⁵, demonstrou a diferença das taxas de ligadura pós-parto em mulheres infectadas pelo HIV em duas cidades com recursos semelhantes e sob a mesma legislação. As taxas de salpingotripsia foram de 50,6 e 4,4%, respectivamente nas cidades de São Paulo e Porto Alegre. Os autores consideraram que a realização do procedimento estava diretamente associada à opinião do profissional que as assistiam.

Por outro lado, uma vez que se opta pela laqueadura, deve-se garantir que a usuária esteja consciente de que se trata de método irreversível. A outra entrevistada deste estudo que já havia realizado o procedimento demonstrou-se abalada com a impossibili-

dade de “dar outro filho” para o parceiro ou “ter outro nenzinho”, apesar de ter concordado em fazê-lo.

“Eu fico sentida de saber, eu não posso dar outro filho para ele, porque eu optei por ligar (...) ‘Nossa, nunca mais eu vou ter um nenzinho’. (...) E eu sei que eu não vou poder ter mais filhos, né?’” (M7)

Baseando-se em suas falas durante as entrevistas, pode-se dizer que os métodos disponibilizados para essas mulheres são limitados e encontram-se aquém de suas demandas. Somam-se a isso, as dificuldades dos profissionais inseridos no sistema público e a falta de preparo para lidar com essas demandas e com a sexualidade feminina, como foi enfatizado por Stephan-Souza¹⁴.

Conclui-se com as informações das entrevistadas que a presença da infecção pelo HIV não influencia, por si só, o planejamento de uma gravidez. A experiência vivida em gestação anterior evidenciou sentimentos e conflitos gerados com o diagnóstico. Mas esses conflitos não foram determinantes para que essas mulheres assumissem condutas para uma contracepção eficaz, já que a maioria não planejou um novo filho.

Para a assistência integral a essas mulheres, deve-se permitir que elas e seus parceiros recebam informações sobre os diversos métodos disponíveis, favorecendo a escolha e o acesso a contracepção. Desta forma, permitir-se-ia facilitar a adesão e a eficácia do método escolhido.

A assistência deve ser contínua, pois além do aconselhamento pré-teste, da monitorização com os valores de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, do uso de ARV e da via de parto, o seguimento pós-parto, com a orientação e a garantia da contracepção de escolha, é fundamental para a assistência das mulheres infectadas.

Concomitantemente à realização desse estudo, foi estruturado um grupo de gestantes e puérperas para ajudá-las a expressar suas necessidades. O estímulo e o incentivo para a escolha e a adesão ao melhor método anticoncepcional cada uma delas está sendo prioridade. Espera-se, desta forma, estar contribuindo para a assistência deste grupo de mulheres, permitindo que exerçam seus direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A AIDS no Brasil: situação e tendências. Boletim Epidemiológico Ano XIII Número 1. Dezembro 1999 a Junho de 2000a, 48ª/1999 a 22ª/2000 semanas epidemiológicas.
2. Chaisson RE. 20 anos de AIDS. The Hopkins Report 2001; 13(4): 8-11.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, 2004b. De: 27/04/2004b. <www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/ConsensoGestante2004.doc> Acessado em: 15/05/2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Portaria 2104 de 19 de Novembro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer-Maternidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União, de 21 de Novembro de 2002, seção 1, página 25.
5. Lindsay MK, Grant J, Peterson HB, Willis S, Nelson P, Klein L. The knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeated pregnancy. Obstet Gynecol 1995; 85: 675-79.
6. Murphy DA, Mann T, O’Keefe Z, Borus MJR. Number of pregnancies, outcome expectancies and social norms among HIV infected young women. Health Psychology 1998; 17 (5): 470-475.

7. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1609-20.
8. Hankins CA. Issues involving women, children and AIDS primarly in the developed world. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990; 3(4): 443-48.
9. Ceijtin HE. Gynecologic issues in he HIV infected woman. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003; 30: 711-29.
- 10) Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical prescription: mode of delivery and post-partum sterilization among woman with HIV in Brasil. *Reprod Health Matters* 2003; 11(22): 113-121.
11. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa qualitativa. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p.688.
12. Parker R. Na contramão da AIDS. Sexualidade, política e intervenção. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2000.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000. p.269.
14. Stephan-Souza AI. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. *Cad Saúde Pública* 1995; 11 (3): 408-24.
15. Citeli MT, Souza CM, Portella AP. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: Duarte LFD, Leal OF. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.210.
16. Godoy MGC, Bosi MLM. Entre o mito e a ciência: algumas incursões sobre gravidez não planejada na perspectiva de usuárias de um serviço de pré-natal. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.223-277.
17. Lasch C & Lasch-Quinn E. A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. p.207.
18. Conselho Pontifício para a Família. Sexualidade Humana: Verdade e Significado – Orientações Educativas em Família. De: 08/12/1995. <www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rafc_family_doc_08121995_human-sexuality_po.html> Acessado em 25/06/05.
19. National Institute Of Allergy And Infectious Diseases (NIAID). National Institute Of Health (NIH). Department of Health and Human Service. Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted diseases (SDT) prevention. Workshop Summary, 12 a 13 de Junho de 2000. <www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>. Acessado em 13/06/2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. O perfil da AIDS no Brasil e metas de governo para controle da epidemia. De: 01/07/2002. <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/metast/metast.pdf>>. Acessado em: 10/05/2005.
21. Alves MFP. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais dos homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (Sup 2). S429-39.
22. Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS. Grupo de Incentivo à Vida. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Ministério da Saúde. Fios de vida – Tecendo o feminino em tempos de AIDS. De 15/04/2003. <www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios_vid/fois1.htm>. Acessado em 15/10/04.
23. Organização Mundial de Saúde (OMS). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Genebra, 2004. De11/08/2005. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec_brazil_pt.pdf. Acessado em 15/01/2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004a. 02/03/2004a <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acessado em: 04/07/05.
25. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (Sup 2): S365-376

Endereço para correspondência:**ROBERTA MAIA DE CASTRO ROMANELLI**

Faculdade de Medicina – UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, 3º andar (DIP)
Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG.
CEP – 30130 100 – Brasil
Tel: 55 31 3248-9822
Fax: 55 31 3273-0422
E-mail: rmcromanelli@medicina.ufmg.br

Recebido em: 15/02/2007

Aprovado em: 25/04/2007