

**Desejo reprodutivo em mulheres vivendo com hiv/aids na região metropolitana de Goiânia: Um estudo transversal****Reproductive desire in women living with hiv/aids in the metropolitan region of Goiânia: A cross-sectional study**

DOI:10.34117/bjdv6n7-709

Recebimento dos originais: 27/06/2020

Aceitação para publicação: 27/07/2020

**Brenner Dolis Marretto de Moura**

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Primeira Avenida, S/N - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020

E-mail: brennermedicina@gmail.com

**Sandra Maria Brunini de Souza**

Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Primeira Avenida, S/N - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020<sup>[P]</sup><sub>[SE]</sub>

E-mail: sandrabrunini@hotmail.com

**Marise Ramos de Souza**

Doutora pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Primeira Avenida, S/N - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020<sup>[P]</sup><sub>[SE]</sub>

E-mail: msc\_marise@hotmail.com

**Waldemar Naves do Amaral**

Doutor pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Primeira Avenida, S/N - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020<sup>[P]</sup><sub>[SE]</sub>

E-mail: waldemar@sbus.org.br

**RESUMO**

O dilema gravidez x HIV acaba assombrando a mulher soropositiva que deseja engravidar. Apesar de se constituir como um direito, o sonho pela maternidade esbarra em muitas barreiras. Estigma, preconceito, comportamento de “isolamento” e falta de integralidade plena no atendimento a essa população, são algumas das dificuldades encontradas e que culminam no detrimento da saúde reprodutiva da mesma. Avanços científicos e tecnológicos propiciam, atualmente, várias formas de se tornar realidade esse desejo pela maternidade; entretanto, um estudo sob a ótica holística dessa mulher é necessário para avaliar melhor essa possibilidade. Assim, este trabalho é um estudo descritivo, transversal, no qual 140 mulheres soropositivas foram submetidas a uma entrevista estruturada e individualizada em serviços de referência na região metropolitana de Goiânia, Goiás, avaliando-se variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas, comportamentais e clínico-laboratoriais. Dentre outros resultados, foi evidenciado forte desejo de engravidar entre mulheres jovens e nuligestas, bem como se observou o despreparo na assistência a elas, salientando a falta de orientação dessas mulheres, em sua maioria, tanto para uma saúde reprodutiva saudável, quanto para o acesso a métodos e práticas que propiciassem a concepção do feto de forma segura.

**Palavras-chave:** Gravidez, Saúde reprodutiva, Soropositividade para HIV.

**ABSTRACT**

The pregnancy vs. HIV dilemma haunts HIV-positive women who want to become pregnant. Although it is a right, the dream of motherhood comes up against many barriers. Stigma, prejudice, behavior of "isolation" and lack of full integrality in the care of this population, are some of the difficulties encountered and that culminate in the detriment of reproductive health. Scientific and technological advances currently provide several ways to make this desire for motherhood a reality; however, a study from the holistic perspective of this woman is necessary to better evaluate this possibility. Thus, this is a descriptive, cross-sectional study in which 140 HIV-positive women were submitted to a structured and individualized interview in reference services in the metropolitan region of Goiânia, Goiás, evaluating sociodemographic, gynecological-obstetric, behavioral, and clinical-laboratorial variables. Among other results, a strong desire to become pregnant was evidenced among young and nulliparous women, as well as the unpreparedness in assisting them, highlighting the lack of orientation of these women, in their majority, both for a healthy reproductive health, and for access to methods and practices that would propitiate the conception of the fetus in a safe way.

**Keywords:** Pregnancy, Reproductive health, HIV seropositivity.

**1 INTRODUÇÃO**

Mediante o desejo reprodutivo da mulher, a maternidade se configura como um importante elemento inerente à essência da existência feminina. Isso repercute, sobretudo, no imaginário social por meio da construção de que gravidez e maternidade sejam o resultado de expectativas culturais e biológicas ligadas à continuação da vida, a perpetuação da espécie e, principalmente, a felicidade de gerar um progenitor (CAMILLO et al, 2015). Entretanto, obstáculos, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), propiciam o estabelecimento de um dilema que passa a preocupar a mulher, a qual é instigada a repensar sobre suas decisões sexuais e reprodutivas. Dessa forma, constitui-se um embate: gravidez x HIV (ARAÚJO et al, 2014; BERHAN; BERHAN, 2013).

Reconhecer o desejo da mulher soropositiva se tornar mãe é legítimo e se pauta no direito de toda mulher poder engravidar (MOAS et al, 2013). Com a adequada assistência, a mulher deve realizar o planejamento familiar ciente dos riscos e dos meios disponíveis nos serviços de saúde pelos quais uma criança poderá ser gerada (CARLSSON-LALLOO et al, 2016; LOUFTY et al, 2013). Trata-se de uma abordagem multiprofissional dessa mulher, proporcionando a ela, concomitantemente, a oportunidade de concretizar suas motivações maternais e os cuidados protocolados para se evitar a transmissão do vírus HIV (MOURA; LIMA; MAGALHÃES DA SILVA, 2012).

No tocante a essa infecção viral, remonta-se a uma trajetória epidemiológica, breve, desde a década de 1980 (CORDOVAL et al, 2013). Na ocasião, havia grupos de risco, constituídos, basicamente, por comunidades marginalizadas da sociedade, a citar: homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, os quais se contaminavam por via sexual e parenteral (compartilhamento de materiais injetáveis infectados), sendo que não havia tratamento e a evolução natural da doença era sombria e fatal (VIDAL et al, 2009). No entanto, a partir da década de 1990, avanços tecnológicos e científicos propiciaram a criação de tratamentos antirretrovirais com bons resultados e a propagação e conscientização dos meios de prevenção da doença, aumentando a expectativa de vida das pessoas infectadas e melhorando a qualidade de vida das mesmas (ARAÚJO et al, 2014; FINGER et al, 2012). Ademais, o perfil epidemiológico começou a se alterar, ocorrendo aumento da incidência da infecção viral entre as mulheres, as crianças (por via vertical), as pessoas de classes mais desfavorecidas economicamente e os homens heterossexuais (ZIHLMANN; ALVARENGA, 2015).

Quanto aos dados epidemiológicos mais atuais, no Brasil, foram 23.729 casos totais (7.668 em grávidas) de infecção pelo HIV no ano de 2014 e 9419 (3.712 em grávidas) no primeiro semestre de 2015 (BRASIL, 2015; SES/GO, 2015). Em Goiás, de junho de 2014 a junho de 2015 foram

notificados 1096 casos de HIV na população em geral, dos quais 779 (152 em grávidas) foram notificados no ano de 2014 e 317 (75 em grávidas) até dia 30 de junho de 2015, sendo que, em relação ao sexo, 835 eram homens e 261 mulheres, a razão entre os sexos foi de 3,1 casos de HIV em homens para cada mulher no ano de 2014 e 3,4 casos de HIV em homens para cada mulher até 30 de junho de 2015 e a taxa de incidência dessa infecção foi de 18 casos de HIV/100.000 habitantes no ano de 2014 e de 7,3 casos de HIV/100.000 habitantes até 30 de junho de 2015 (BRASIL, 2015; SES/GO, 2015).

Doravante, essa “feminização” da doença vem ocorrendo, principalmente, entre mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), o que, por conseguinte, influi diretamente no aumento de casos de transmissão vertical (quando a mãe transmite o agente viral ao filho) e na maior preocupação em se confirmarem métodos seguros de reprodução para casais que convivem com o HIV e em se ter uma gravidez que não seja complicada pela presença do vírus no organismo materno (CAMILLO et al, 2015; MATÃO et al, 2014; SANTOS; BISPO, 2010). A transmissão vertical (5% no parto; 35% intrauterino; e 7 a 22% no aleitamento) diminuiu cerca de 25% para 3% quando há uso do tratamento antirretroviral (TARV) e do cumprimento de recomendações específicas do MS compiladas no protocolo ACGT 076, como a realização de testes anti-HIV1 e 2 no pré-natal, no pré-parto e o não aleitamento (CAMILLO et al, 2015; MATÃO et al, 2014; REIS; NEVES; GIR, 2010). Na literatura, há alguns estudos sobre a eficácia e a segurança de técnicas de fertilização assistida, como a Inseminação Intrauterina (IUI), a Fertilização *In-Vitro* (FIV) e o lavado de sêmen, bem como sobre a concepção natural aliada a condições sorológica e clínica adequadas (LOURENÇO et al, 2014; SUN et al, 2015; VITORINO et al, 2011). E há estudos que avaliam a mortalidade materna relacionada à infecção pelo HIV que apontam como principais riscos hipotéticos, porém sem confirmação científica: o próprio HIV aumentaria as chances de complicações obstétricas; e a gestação aceleraria a progressão da doença pelo HIV (CALVERT; RONSMANS, 2015).

Frente a esse panorama, é importante destacar que o desejo reprodutivo da mulher soropositiva esbarra ainda em outras barreiras. As desigualdades entre os gêneros masculino e feminino (particularidades biológicas, aspectos culturais, preconceitos) por si só propiciam a estigmatização da mulher com soropositividade para HIV, dificultando seu acesso à saúde: a mulher, em muitos casos, ainda é submissa ao homem na decisão sexual e aquela infectada pelo vírus é marginalizada socialmente (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Assumir uma atitude de isolamento frente à sociedade visando a evitar a dor, a frustração e a magoa advindas dos estigmas e preconceitos sociais é comum entre essa população (LAGO; MAKSUD; GONÇALVES, 2013).

Acredita-se, segundo a teoria psicanalista, que esse “ciclo de isolamento” se inicie logo ao receber o diagnóstico e se estenda para a emergência de sentimentos de autopunição e autopreconceito da mulher, corroborando para o silêncio da mesma e para a abolição de planos futuros, por exemplo, de ser mãe (MOREIRA DA SILVA, 2012). Assim, a soropositividade representaria um perigo físico e se concretiza através da ameaça de discriminação social e de um perigo emocional (MOURA; LIMA; MAGALHÃES DA SILVA, 2012). Não obstante, a própria equipe de assistência à saúde transmite preconceitos e ideais antiquados de que a procriação deve ser evitada, os quais desencorajam a mulher a ter filhos e, por vezes, quando essas os têm são induzidas ao aborto (CALDAS et al, 2015; REIS; NEVES; GIR, 2010).

Todas essas barreiras culminam na violação dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher. O Biodireito – novo ramo do Direito associado às inovações biotecnológicas – contempla essa discussão e expõe que considerar o direito à reprodução como um direito fundamental implica, portanto, a oferta de reprodução humana assistida pelos serviços públicos de saúde, cabendo à própria mulher optar pela decisão ou não de ser genitora (MOAS et al, 2013). Isso se confirma com o artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal de 1988 que estabeleceu que o planejamento familiar fosse de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições públicas ou privadas (MOAS et al, 2013).

Essa proposta de cunho legal vai ao encontro do conceito de saúde sexual e reprodutiva apresentado por Vidal et al (2009, p.169): a saúde sexual e reprodutiva é entendida como além das ações de aconselhamento, assistência à reprodução e às infecções sexualmente transmissíveis (IST), ancorada na ótica que põe ‘a atividade sexual como construção social da sexualidade que vai além de seus componentes biológicos’ e que inclui também, a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e o conceito de cidadania (considerando as diversidades de orientação sexual) de ambos os sexos. Salienta-se, assim, que deve haver uma integralidade nos cuidados à mulher soropositiva, considerando-a como um ser biopsicossocial sob uma ótica holística, entendendo seus anseios e receios diante do dilema apresentado: gravidez x HIV (MOREIRA DA SILVA, 2012; REIS; NEVES; GIR, 2010).

Em suma, após esse recorte temático, o presente estudo, podendo contribuir para a compreensão do desejo reprodutivo, inclusive, entre casais sorodiscordantes e favorecendo a ampliação do acesso e a qualidade dos serviços de reprodução assistida ofertados, visa a: investigar o desejo reprodutivo entre as mulheres vivendo com HIV/AIDS na região metropolitana de Goiânia; identificar o índice de mulheres vivendo com HIV/AIDS com desejo manifesto de engravidar; e

analisar o desejo manifesto de reprodução entre mulheres vivendo com HIV/aids segundo variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas, comportamentais e clínico-laboratoriais.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo com mulheres portadoras de infecção pelo HIV atendidas em serviços de referência na região metropolitana de Goiânia, Goiás.

### **2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi constituída por 140 mulheres portadoras de infecção pelo HIV que possuíam entre 15 a 49 anos de idade e que foram atendidas no serviço de referência do estudo. Para o cálculo amostral dessa população considerou-se um poder estatístico de 80% ( $b=20\%$ ), nível de significância de 95% ( $\alpha < 0,05$ ), prevalência para o desejo reprodutivo de 21% (SANTOS, J. S. et al., 2002), efeito do desenho de 1,0, com seleção do tipo amostragem acidental, incluídas por ordem de chegada.

### **2.3 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido, de agosto de 2015 a julho de 2016, com mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da UFG/Goiás, Hospital de Doenças Tropicais do Estado de Goiás e as ONGs Grupo AIDS: apoio, vida e esperança (AAVE) no Município de Goiânia e Grupo Pela Vida no Município de Goiânia.

### **2.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E DE EXCLUSÃO**

Foram elegíveis para o estudo mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), cujo diagnóstico sorológico tenha sido realizado segundo o algoritmo disposto na Portaria nº 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003 e na Portaria nº 34/SVS/MS de 28 de junho 2005. Gestantes e mulheres que, mesmo estando na faixa etária prevista no estudo, apresentem quadro de menopausa, serão excluídas do estudo.

### **2.5 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e individualizada, contendo questões sobre dados sociodemográficos, clínico-laboratoriais, comportamentais e gineco-

obstétricos. A entrevista foi realizada pelos pesquisadores envolvidos no projeto após treinamento para a realização da entrevista.

## 2.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO:

a) Variável de desfecho: desejo de ter filhos (reprodutivo);

b) Variáveis de exposição:

- **sociodemográficos:** idade, naturalidade, local de residência, escolaridade, estado civil, moradores da residência, profissão, raça/cor, renda familiar.

- **clínico-laboratoriais:** data do diagnóstico de infecção pelo HIV; tempo provável de soropositividade; indicação de TARV (terapia antirretroviral); tipo de indicação (profilática ou terapêutica); esquema de TARV; frequência de visita clínica, antes e após o início da TARV; contagem de CD4 e carga viral; presença ou história de doenças oportunistas; história pregressa de IST (diagnóstico e tratamento); forma de transmissão (contágio); adesão à TARV.

- **comportamentais:** idade da sexarca; tipo de parceria sexual (união estável ou não); utilização de preservativos; uso de álcool e outras drogas; sorologia do(s) parceiro(s) atual, revelação do seu status sorológico ao parceiro; número de parceiros sexuais na vida e nos últimos seis meses.

- **gineco-obstétricas:** número de gestação (anterior ou posterior ao diagnóstico de HIV), número de partos, número de abortos, número de filhos vivos, presença de filhos soropositivos, uso de métodos contraceptivos (tempo, prescrição e orientação).

- **Percepção de risco de transmissão vertical:** decisão de engravidar, entendimento do risco ao engravidar, canais de informações sobre o risco da transmissão vertical e reprodução assistida, realização de fertilização assistida.

## 2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG, sob Protocolo nº 763839. Às mulheres que aceitaram participar do estudo, autorizaram mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 2.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS, versão 17.0 for Windows e foram calculadas as frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas.



**3 RESULTADOS**

No presente estudo, foram elegíveis 140 mulheres soropositivas, com as quais foram realizadas as entrevistas guiadas pelo questionário supracitado, respeitando a seguinte divisão temática: sociodemográficos; clínico-laboratoriais; comportamentais; gineco-obstétricos e de direitos reprodutivos. Ademais, ressalta-se que alguns dados laboratoriais foram revisados em prontuário.

**3.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

A média de idade das participantes foi de 38,43 anos (IC 95%: 35,97-40,90). No que se refere à escolaridade, encontrou-se uma média de 8,64 anos (IC 95%: 8,05-9,35) de estudo. A média de renda mensal das participantes foi de 1.090,64 (IC 95%: 952,54-1235,61) reais.

No que se refere à faixa etária, estado civil e cor/etnia das mulheres que participaram do estudo. Houve predomínio de mulheres acima de 40 anos (46,4%), de solteiras (31,4%) e de cor parda, com 53,6% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das mulheres soropositivas, segundo faixa etária, estado civil e raça/cor, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>19-24</b>	10	7,1
<b>25-30</b>	16	11,4
<b>31-35</b>	16	23,5
<b>36-40</b>	33	23,5
<b>Acima de 40</b>	65	46,4
<b>Total</b>	140	100
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Casada</b>	37	26,4
<b>Amasiada</b>	25	17,9
<b>Viúva</b>	12	8,6
<b>Solteira</b>	44	31,4
<b>Separada</b>	22	15,7
<b>Total</b>	140	100
<b>RAÇA/COR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Branca</b>	27	19,3
<b>Negra</b>	30	21,4
<b>Parda</b>	75	53,6
<b>Indígena</b>	0	0
<b>Amarela</b>	8	5,7
<b>Total</b>	140	100



**3.2 DADOS CLINICO-LABORATORIAIS**

A forma de contaminação na qual as entrevistadas mais acreditam que tenha ocorrido com elas, foi através da relação sexual com parceiro fixo (74,3%) (Tabela 2). A grande maioria das entrevistadas faz uso regular de TARV (88,3%) (Tabela 3). A prevalência de IST's prévias e/ou atuais foi de 12,1%, extremamente baixa na amostra deste estudo (Tabela 4). Ademais, a média de tempo de diagnóstico da infecção pelo vírus HIV foi de 89,19 meses (IC 95%: 77,5-103,8) e a média de CD4<sup>+</sup> mais recente foi de 413,84 (IC 95%: 342,92-487,96) e a mediana da Carga Viral (CV) foi de 8.845,00 (IC 95%: 2.455,00 – 22.718,00)

Tabela 2. Distribuição das mulheres soropositivas, segundo as formas pelas quais as entrevistadas acreditam terem sido infectadas pelo vírus HIV, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>FORMAS DE CONTAMINAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Através da relação sexual parceiro fixo</b>	104	74,3
<b>Através da relação sexual com múltiplos parceiros</b>	3	2,1
<b>Através do uso de drogas injetáveis</b>	1	,7
<b>Através de transfusão sanguínea</b>	2	1,4
<b>Através de transmissão vertical</b>	4	2,9
<b>Não sabe informar</b>	22	15,7
<b>Outros</b>	4	2,9
<b>Total</b>	140	100,0

Tabela 3. Distribuição das mulheres soropositivas, quanto ao uso de Terapia Antirretroviral (TARV), no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>USO DE TARV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	124	88,6
<b>Não</b>	16	11,4
<b>Total</b>	140	

Tabela 4. Distribuição das mulheres soropositivas, referente a quadros de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) prévias ao estudo e/ou atuais, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>DST PRÉVIA E/OU ATUAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	17	12,1
<b>Não</b>	122	87,1
<b>Não sabe informar</b>	1	7
<b>Total</b>	140	100,0

**3.3 DADOS COMPORTAMENTAIS**

Constatou-se que 74,3% (104/140) das entrevistadas possuem vida sexual ativa e 25,7% (36/140) não. A média de idade da sexarca foi de 15,67 anos (IC 95%: 14,79-16,38). E a média de quantidade de parceiros ao longo da vida foi de 6,73 (IC 95%: 4,99-8,29). Já a média de quantidade de parceiros atuais foi de 0,63 (IC 95%: 0,47-0,80). Das mulheres que relataram ter parceiro fixo,

83,6% (87/104) sabem da situação sorológica da mulher e 16,4% (18/140) não sabem. A frequência do uso de preservativo na relação sexual prevaleceu como sendo “sempre” em um pouco mais da metade das entrevistas (Tabela 5), enquanto que o uso do mesmo foi mais frequente nas relações vaginais (Tabela 6). A situação sorológica do parceiro foi soropositiva em 22,9% (32/140), soronegativa em 40% (56/140), desconhecida pela mulher em 11,4% (16/140) e em 25,7% (36/140) não se aplica.

Com relação aos hábitos de vida, destacou-se o etilismo e o tabagismo pela maior prevalência de uso, dentre as drogas lícitas e ilícitas. O primeiro foi prevalente em 31,4% (44/140) e o segundo em apenas 17,1% (24/140).

Tabela 5. Frequência do uso de preservativo nas relações sexuais, pelas mulheres soropositivas, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>USO DO PRESERVATIVO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Às vezes	31	22,1
Nunca	5	3,6
Sempre	84	60,0
Não se aplica	20	14,3
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Tabela 6. Frequência do uso de preservativo, pelas mulheres soropositivas, de acordo com os tipos de relação sexual: anal; vaginal; e oral, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>TIPO DE RELACAO SEXUAL COM USO DO PRESERVATIVO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anal	1	0,7
Oral	2	1,4
Vaginal	98	70,0
Anal e Vaginal	7	5,0
Anal e Oral	1	0,7
Vaginal e Oral	1	0,7
Todas	6	4,3
Não se aplica	24	17,1
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

### 3.4 DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

De acordo com os dados compilados, apenas 30% (42/140) engravidaram após o diagnóstico da infecção pelo vírus HIV; ao passo que 64,3% (90/140) não o fizeram, além de 5,7 % (8/140) que não possuíam filhos até o momento da entrevista. Desta que engravidaram, cerca de 7% (3/42) amamentaram seus filhos e de 93% (39/42) não o fizeram. Aproximadamente, 50,7% (71/140) fazem uso de proteção contraceptiva múltipla e 49,3% (69/140) não o realizam. Entre as mulheres entrevistadas, a prevalência do número de filhos ficou entre 1 a 3 (Tabela 7). Dentre os métodos contraceptivos utilizados entre as mesmas, o que se destacou foi a laqueadura, 35,7% referiram ter realizado (Tabela 8).

Tabela 7. Frequência do número de filhos, entre as mulheres soropositivas, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>Nº DE FILHOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0	13	9,3
1	31	22,1
2	38	27,1
3	39	27,9
4	12	8,6
5	4	2,9
6	2	1,4
7	1	0,7
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Tabela 8. Distribuição dos métodos contraceptivos, utilizados entre as mulheres soropositivas, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>METODO CONTRACEPTIVO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Injetável mensal</b>	4	2,9
<b>Injetável trimestral</b>	1	0,7
<b>Laqueadura</b>	50	35,7
<b>Nenhum</b>	15	10,7
<b>Pílula</b>	30	21,4
<b>Preservativo masculino</b>	39	27,9
<b>Preservativo masculino e feminino</b>	1	0,7
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

### 3.5 DADOS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS

Encontrou-se que a prevalência de desejo reprodutivo entre as entrevistadas foi de 25% (Tabela 9), e entre seus parceiros de 23,6% (Tabela 10). Um pouco mais da metade das entrevistadas declarou conhecer métodos de reprodução assistida para casais com HIV (Tabela 11); porém, a grande maioria das entrevistadas relatou não ter o desejo de engravidar mesmo se tivesse acesso aos mesmos pelo Sistema Único de Saúde-SUS (Tabela 12). Apenas 66,4% das entrevistadas declararam ter conhecimento das formas de diminuir o risco de Transmissão Vertical (TV) (Tabela 13). Verificou-se que o desejo de engravidar foi maior entre as mulheres mais jovens, com um menor número de filhos e que o parceiro também quisesse os ter (Tabela 14).

Por fim, foi analisado se a entrevistada sabia o momento em que pode ocorrer a TV, a partir do qual se encontrou um índice de apenas 35% (49/140) de acertos para todas as formas corretas de TV, a citar: durante a gestação; durante o parto; após o parto; e pelo aleitamento materno.

Tabela 9. Distribuição do desejo de ter filhos, entre as mulheres soropositivas, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>DESEJO DE FILHOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	35	25,0
<b>Não</b>	105	75,0
<b>Total</b>	140	100,0

Tabela 10. Distribuição do desejo, de ter filhos, dos parceiros das mulheres soropositivas do estudo, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>DESEJO DO PARCEIRO DE FILHOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	33	23,6
<b>Não</b>	57	40,7
<b>Não sabe informar</b>	14	10,0
<b>Não se aplica</b>	36	25,7
<b>Total</b>	140	100,0

Tabela 11. Distribuição das mulheres soropositivas, que possuem conhecimento de métodos de reprodução assistida para casais com HIV, município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>CONHECIMENTO DE MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	63	45,0
<b>Não</b>	77	55,0
<b>Total</b>	140	100,0

Tabela 12. Distribuição do desejo das mulheres soropositivas de tentar engravidar, caso tivessem acesso à reprodução assistida pelo SUS, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>TENTARIA ENGRAVIDAR, CASO TIVESSE ACESSO A REPRODUÇÃO ASSISTIDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	36	25,7
<b>Não</b>	104	74,3
<b>Total</b>	140	100,0

Tabela 13. Frequência do conhecimento das formas de diminuir o risco de transmissão vertical (TV) por parte das mulheres soropositivas, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016.

<b>CONHECIMENTO DAS FORMAS DE DIMINUIR RISCO DE TV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	47	33,6
<b>Não</b>	93	66,4
<b>Total</b>	140	100,0

Tabela 14. Distribuição do desejo de engravidar das mulheres soropositivas, segundo faixa etária, número de filhos e desejo de ter filho por parte do parceiro, no município de Goiânia e Região Metropolitana, 2015 e 2016

FAIXA ETÁRIA	DESEJO DE ENGRAVIDAR		TOTAL
	SIM	NÃO	
19-24	6	4	10
25-30	8	8	16
31-35	4	12	16
36-40	10	23	33
Acima de 40	7	58	65
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>105</b>	<b>140</b>
NÚMERO DE FILHOS			
0	11	2	13
1	12	19	31
2	5	33	38
3	4	35	39
4	1	11	12
5	1	3	4
6	1	1	2
7	0	1	1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>105</b>	<b>140</b>
DESEJO DO PARCEIRO DE TER FILHOS			
Sim	22	11	33
Não	3	54	57
Não sabe informar	4	10	14
Não se aplica	6	30	36
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>105</b>	<b>140</b>

#### 4 DISCUSSÃO

Este estudo visou à análise do desejo reprodutivo entre as mulheres soropositivas da região metropolitana de Goiânia, Goiás. Dessa forma, objetivando uma visão holística dessa população, foram avaliados diversos aspectos, conforme contemplados nos resultados.

Com relação aos primeiros aspectos, notou-se que a média de idade entre as entrevistadas foi alta (cerca de 38 anos), o que poderia ser explicado pelo diagnóstico e/ou infecção do vírus HIV ter ocorrido mais tardiamente, alertando para a fragilidade da assistência ofertada e, por conseguinte, para a necessidade de uma eficiente integralidade da mesma (HARRIS et al, 2007). A média de escolaridade foi considerada baixa (contemplava apenas o ensino fundamental), bem como a renda mensal a qual atingiu pouco mais de um salário mínimo, inferindo-se, assim, que a educação básica não ocorre de forma plena para a população mais desfavorecida economicamente da região estudada (SESGO, 2015). Ademais, essa população deveria ser mais bem instruída e embasada teoricamente para prevenção de IST's ainda durante o Ensino Fundamental (VIDAL et al, 2009). No que se refere ao estado civil, houve um predomínio de mulheres que se disseram solteiras e, com relação à cor/etnia, a maioria era parda. Isso decorre do fato de o país ainda possuir alguns aspectos coloniais,

com os quais a população parda/negra ser preponderante nas classes mais desfavorecidas e marginalizadas da sociedade, sendo mais vulneráveis a doenças infectocontagiosas, como a infecção pelo vírus HIV (CAMILLO et al, 2015). E no que tange a maior prevalência de mulheres solteiras pode estar relacionada ao fato de a mulher ter medo de não ser aceita pelo status sorológico, mergulhando em um ciclo de isolamento (MOREIRA DA SILVA, 2012). Tais dados encontrados na população amostral deste estudo vão ao encontro de vários outros apresentados na literatura nacional.

O segundo eixo temático envolveu aspectos clínico-laboratoriais. A média de tempo de diagnóstico se mostrou alta e, aliada à média de contagem mais recente de CV alta e de CD4 baixa, mesmo com 88,6% de adesão ao TARV, sugere que as mulheres da amostra tiveram diagnóstico tardio, não aderiram de forma correta ao tratamento, não houve a eficácia desejada com o esquema proposto ou não aderiram ao TARV. A tabela 2 mostrou que a principal forma de infecção, que as entrevistadas acreditavam ter ocorrido, foi mediante relação sexual com parceiro fixo. Esse fato se consagra nos estudos que apontam os motivos para o crescimento da infecção pelo HIV dentre os casais heterossexuais, uma vez que possíveis traições ou outros comportamentos de risco por parte de um dos cônjuges acarretariam na infecção do outro (ARAÚJO et al, 2014). Por fim, a tabela 4 evidencia uma baixa prevalência de IST's prévias e/ou atuais na população estudada, inferindo-se que possa haver subnotificação ou subdiagnóstico das mesmas, baixa prevalência de coinfeções ou adoção de comportamentos sexuais mais saudáveis (FINGER et al, 2012).

O terceiro eixo temático avaliou os aspectos comportamentais. A maioria das entrevistadas (74,3%) declarou possuir vida sexual ativa, sendo que a média de idade de sexarca foi de cerca de 16 anos. Frente a esses dados, infere-se que a amostra populacional do estudo iniciou a vida sexual precocemente e, com isso, sem as devidas orientações e esclarecimentos, estavam vulneráveis às IST's, estendendo-se esse risco para toda a idade reprodutiva feminina (MATÃO et al, 2014). A média de parceiros ao longo de toda a vida não foi alta (aproximadamente sete), o que significa um baixo comportamento de risco, bem como houve uma baixa média de parceiros atuais (0,6), mostrando que muitas nem possuíam um parceiro estável no momento da entrevista. Cerca de 84% dos parceiros sabiam a situação sorológica da mulher; entretanto, o restante que não tinha conhecimento estava vulnerável aos comportamentos de risco, inclusive, pelo fato de que algumas das entrevistadas (3,6%) declararam que nunca usavam preservativo nas relações sexuais. Ressalta-se que 60% declararam usufruir sempre do preservativo durante as relações sexuais, sendo, portanto, ainda um percentual baixo. Com relação ao tipo de relação no qual utilizavam o preservativo, a maioria declarou ser somente durante o sexo vaginal (70%), muitas vezes deixando de utilizá-lo

durante os sexos anal e oral. No que tange ao uso de drogas, evidenciou-se uma baixa adesão às drogas tanto ilícitas, quanto lícitas. A prevalência de tabagismo era de apenas 17% e de etilismo 31% (maioria declarou ser etilista social). Isso sugere que o uso de drogas não era o propulsor de comportamentos de risco por parte da população amostral deste estudo (FINGER et al, 2012).

O quarto eixo temático abordou os dados gineco-obstétricos. Detectou-se que a grande maioria das entrevistadas possuía entre um e três filhos, o que instigou avaliar se o desejo reprodutivo também estava associado ao número de filhos, conforme a literatura apontava que quanto menor a prole, maior o desejo de engravidar dessa mulher (LOUFTY et al, 2012). No que se referem aos métodos contraceptivos, os mais utilizados foram, em ordem decrescente: laqueadura (35,7%); pílula (21,4%); e preservativo masculino (27,9%), além de 10,7% declararem não utilizar qualquer método. Aliado a isso, 50,7% referiram realizar proteção contraceptiva múltipla (principalmente preservativo masculino com laqueadura ou pílula) e 49,3% não, evidenciando certa divisão de opiniões quanto à necessidade desse método combinado e à real orientação que essas mulheres tinham. Por fim, 64,3% não engravidaram após o diagnóstico da infecção viral e 30% engravidaram, sendo que 7% destas amamentaram o recém-nascido. Frente a isso, presume-se que muitas mulheres optaram por não engravidar, por causa do estigma, do preconceito e da autopunição devido à possibilidade de transmitir ao filho o vírus HIV, condenando-o a esse sofrimento e “ciclo de isolamento” também, bem como muitas foram desencorajadas pelos próprios profissionais de saúde que possuem ainda, majoritariamente, uma conduta repreensiva e antiquada de não respeito ao direito reprodutivo da mulher que convive com o vírus (MOREIRA DA SILVA, 2012). Esses 7% que amamentaram seus respectivos filhos, mesmo com a recomendação do Ministério da Saúde de não o fazer, evidenciam a falta de assistência adequada que ainda ocorre, propiciando o aumento da incidência da transmissão vertical pelo aleitamento materno (CORDOVAL et al, 2013).

O quinto e último eixo temático avaliou saúde e direitos reprodutivos. A prevalência do desejo de ter filho foi de apenas 25% nessa amostra. Majoritariamente, cerca de 75% das entrevistadas, não tinham o desejo de ter outros filhos, talvez explicado pela média de idade elevada, pelo número alto de filhos, pelas dificuldades de acesso à assistência médica, pelo medo dos riscos de gerar um filho na condição clínica de infectada, pela renda mensal baixa, pela influência da decisão do parceiro em ter ou não filhos e pelos próprios estigmas e preconceitos aos quais a sociedade impõe sobre essa mulher que convive com o HIV (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Aproximadamente, 24% das mulheres relataram que seus respectivos parceiros desejavam ter filhos, enquanto 41% delas referiram que seus parceiros não o desejavam. Assim, cruzando alguns dados, evidenciou-se que o desejo de ter filho era maior entre as mulheres com faixa etária mais jovem,



sendo que a partir dos 30 anos de idade, o desejo cai exponencialmente (BERHAN; BERHAN, 2013).

Já comparando com o número de filhos, encontrou-se que o desejo era maior dentre aquelas nuligestas ou que possuíam apenas um filho. E, comparando com o desejo do parceiro, por parte da mulher era maior quando o parceiro também o tinha, indo ao encontro dos resultados encontrados na literatura (BERHAN; BERHAN, 2013). Constatou-se, ainda, que a maioria (55%) não conhecia os métodos de reprodução assistida e que, mesmo sendo disponibilizados pelo SUS, a maioria não tentaria engravidar (74,3%) por tais métodos. Isso pode ser reflexo de o fato de apenas 25% terem o desejo de ter filho ou mesmo pelas barreiras proporcionadas pelos fatores supracitados (ZIHLMANN; ALVARENGA, 2015). Por fim, atestando a falta de orientação e conhecimento acerca do assunto, encontrou-se que a 66,4% não conheciam as formas de transmissão vertical, bem como não sabiam, sequer, defini-la. Apenas 35% escolheram a alternativa certa que definia os momentos mais propícios para ocorrer a infecção viral do feto ou do recém-nascido por TV (CAMILLO et al, 2015).

## 5 CONCLUSÃO

A saúde reprodutiva da mulher, inclusive, da soropositiva deve ser tratada seguindo seus direitos reprodutivos, ultrapassando barreiras estigmatizadas pela sociedade e pelos próprios profissionais da saúde. Há de se objetivar a integralidade da assistência prestada a essa população, estabelecendo uma abordagem sob uma ótica holística. Dessa forma, aponta-se a necessidade de implementação/disseminação, pelo país, na Rede-SUS de serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva de pessoas vivendo com HIV, a fim de lhes garantir o direito à reprodução segura.

O estudo evidenciou forte desejo de engravidar entre mulheres jovens e nuligestas. Assim, deveria haver melhor conscientização e orientação acerca dos métodos para se conceber um feto com tal status sorológico, bem como propalação dos métodos contraceptivos e de proteção a IST's para toda população. Através da própria educação básica, ainda no Ensino Fundamental, poderiam ser mais bem esclarecidas essas formas de sexo seguro, minimizando a ocorrência de comportamentos de risco e, por conseguinte, o risco de transmissão da infecção, e instrução quanto à assistência das jovens que queiram engravidar, soropositivas ou não.

É importante, ademais, aniquilar com o estigma e com o preconceito por parte da sociedade sobre essa mulher convivendo e vivendo com o HIV. Assim, ela, juntamente com seu parceiro ou não, obterá um manejo mais eficiente de seu desejo de engravidar, permitindo que o novo conceito

signifique uma quebra nesse dilema gravidez x HIV, prevalecendo o sentimento de felicidade, de realização, de renovação e de vivacidade perpassando por toda sua “caminhada de vida.”.

### REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C.L.F. et al. Decisão pela maternidade diante da soropositividade para o HIV/AIDS: desejos e dilemas. *Rev. Enf. Profissional*; jul/dez , 1(2): 360:370, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV–Tratamento e Prevenção. – Suplemento III, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Brasília. 2015.
- BERHAN, Y.; BERHAN, A. Meta-analyses of fertility desires of people living with HIV. *BMC Public Health*; 13:409. 2013.
- CALDAS, M.A.G. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV. *Rev Rene.*; 16(1):29-37; jan-fev. 2015.
- CAMILLO, S.O. et al. O desejo de ser mãe com a infecção por HIV/AIDS. *R. Enferm. Cent. O. Min.*; 5(1):1439-1456; jan/abr. 2015.
- CORDOVAL, F.P. et al. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. *Rev Bras Enferm, Brasília*; 66(1): 97-102; jan-fev. 2013.
- CALVERT, C.; RONSMANS, C. Pregnancy and HIV disease Progression: a systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine and International Health* volume 20 no 2 pp 122–145 february 2015.
- CARLSSON-LALLOO, E. et al. Sexuality and Reproduction in HIV-Positive Women: A Meta-Synthesis. *AIDS PATIENT CARE and STDs*; volume 30, Number 2, 2016.
- FINOCCHARIO-KESSLER, S. et al. Understanding high fertility desires and intentions among a sample of urban women living with HIV in the United States. *AIDS Behav.*;14:1106–1114, 2010.
- FINOCCHARIO-KESSLER, S. et al. Childbearing motivations and pregnancy desires among urban female youth: Does HIV-infection status make a difference? *AIDS Care*. Author manuscript; available in PMC. june 2015.
- FINGER, J.L. et al. Desire for Pregnancy and Risk Behavior in Young HIV-Positive Women. *AIDS PATIENT CARE and STDs* Volume 26, Number 3, 2012.
- HARRIS, M. et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. *R. Panam. Salud Publ.*;21(2/3):96-110. 2007.

LAGO, E.L.M.; MAKSUD, I.; GONÇALVES, R.S. A “Sorodiscordância” para Profissionais de Saúde: Estudo Qualitativo da Assistência em Ambulatório de HIV/AIDS em Município do Estado do Rio de Janeiro. *Temas em Psicologia*; vol. 21, nº 3, 973-988. 2013.

LOURENÇO, C. et al. Técnicas de procriação medicamente assistida em casais serodiscordantes para o VIH. *Acta Obstet Ginecol Port*; 8(1):65-74. 2014.

LOUTFY, M.R. et al. A review of reproductive health research, guidelines and related gaps for women living with HIV. *AIDS Care*; vol. 25, No. 6, 657-666. 2013.

MATÃO, L. et al. Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV. *Revista Enfermeria Global*; nº 34, abr. 2014.

MOAS, L.C. et al. HIV/AIDS e reprodução: a perspectiva jurídica em análise. *Cadernos de Pesquisa* v.43 n.150 p.948-967 set./dez. 2013.

MOREIRA DA SILVA, R.M. Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV. Programa de pós-graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2012.

MOURA, E.R.F.; LIMA, D.M.C.; MAGALHAES DA SILVA, R. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS, o que mudou com a soropositividade. *Revista Cubana de Enfermeria*; 28(1):37-48. 2012.

REIS, R.K.; NEVES, L.A.S.; GIR, E. Desejo de ter filhos e planejamento familiar entre casais serodiscordantes ao HIV. *Cienc Cuid Saude Abr/Jun*; 12(2): 210-218, 2013.

SANTOS, J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, suppl.4, p. 12 - 23, 2002.

SANTOS, S.F.F.; BISPO JR., J.P. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. *Revista Baiana de Saúde Pública* v. 34, n. 2, p. 299-31, abr./jun. 2010.

SESGO. Secretaria do Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Estado de Goiás*. Goiânia. 2015.

SUN, L. et al. Natural Conception May Be an Acceptable Option in HIV-Serodiscordant Couples in Resource Limited Settings. *PLoS ONE* 10(11): e0142085. 2015.

VILLELA, W.V. et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1709-1719, 2012.

VILLELA, W.V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(3):531-540, jul-set 2015.

VIDAL, E.F. et al. Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, abr./jun.2009.

VITORINO, R.L. et al. Systematic review of the effectiveness and safety of assisted reproduction techniques in couples serodiscordant for human immunodeficiency virus where the man is positive. *Fertil Steril.*; 95: 1684–1690, 2011.

ZIHLMANN, K.F.; ALVARENGA, A.T. Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo com HIV/Aids sob o olhar da psicanálise. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.633-645, 2015.