

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública

Escolhas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS
Coorte do Instituto de Pesquisa Clínica
Evandro Chagas/FIOCRUZ

1996-2004

Ruth Khalili Friedman

ORIENTADORES:

Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos

Iúri da Costa Leite

Rio de Janeiro
2006

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública

Ruth Khalili Friedman

Escolhas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS
Coorte do Instituto de Pesquisa Clínica
Evandro Chagas/FIOCRUZ
1996-2004

Tese de Doutorado apresentada à
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor
em Saúde Pública.

Apresentada em 9 de novembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos
(Orientador)
Prof. Dr. Iúri da Costa Leite
(Orientador)
Prof. Dr. Carla Jorge Machado
Prof. Dr. Margareth Portela
Prof. Dr. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Prof. Dr. Antonio José Leal Costa

2006

Esta tese é dedicada aos meus amados pais, Alberto Salim Khalili e Esther Chehade Khalili,
ao meu marido Marcos e aos meus filhos Daniel e Rafael.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Às mulheres integrantes da coorte de mulheres com HIV/AIDS em acompanhamento no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, razões de minha inspiração e que, pacientemente, aguardam suas consultas e respondem às entrevistas, sem as quais este trabalho não se efetuará.

Às Dras. Beatriz Grinsztejn e Valdiléa Veloso, a quem muito devo e que muito representam em minha vida, exemplos em todos os aspectos, humanos, pessoais e profissionais, e que corajosamente deram início a esta coorte.

Ao grande amigo Dr. José Henrique Pilotto, a quem também muito devo, símbolo de integridade, caráter e discernimento.

Aos meus orientadores, Iúri da Costa Leite e Francisco Inácio Pikunfeld Bastos, pela orientação de forma plena e pela enorme paciência.

Ao grande amigo, Iúri da Costa Leite, pelo acolhimento e presença constante, por sua enorme dedicação e compreensão em todos os momentos, em especial, naqueles mais difíceis. Agradeço a ele também o carinho, entusiasmo e dedicação ao lidar com as análises dos nossos dados, sempre otimista com os nossos resultados.

À Marília de Sá Carvalho, pelo impulso e credibilidade, e por ter desempenhado um papel crucial na minha passagem para o doutorado.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, responsável por esta etapa fundamental de minha formação profissional e pela qualidade no ensino. À todos os amigos que nela conheci e com os quais convivi nestes anos.

Ao Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ, em especial ao Serviço Médico, que atende as mulheres, ao Serviço de Estatística e Documentação (SED), colaborador no gerenciamento da base de dados clínicos obtidos a partir dos prontuários, e a todos os demais funcionários.

Ao Centro de Referência em Ensaios Clínicos para HIV/AIDS, onde é conduzida a coorte de mulheres com HIV/AIDS, e a todos os colegas do Centro.

À Fundação Ford, pelo apoio financeiro.

Ao grande amigo, Ronaldo Ismério Moreira, que também considero orientador e pensador do mesmo objeto de trabalho, gerador das bases de dados com participação ativa na análise. Agradeço a ele também o carinho, o entusiasmo e a dedicação ao lidar com as análises dos nossos dados, sempre preocupado com a continuidade de nosso trabalho.

À grande amiga Michelle Cristina Sampaio, sementinha “de bromélia” em enorme amizade recém-plantada, cuja presença foi constante na etapa final, pelo enorme carinho, cuidado e empenho na formatação da tese. Incansável, persistente rumo à perfeição.

Às Dras. Angela Andrade e Elaine Pires, pelo enorme carinho e dedicação junto às nossas pacientes, responsáveis pelos procedimentos ginecológicos.

À Emanuelle e Nilo Fernandes, pelo enorme carinho e dedicação junto às nossas pacientes, responsáveis pelo aconselhamento e pelas entrevistas comportamentais.

À Jocielma e Viviane, pelo enorme carinho e dedicação junto às nossas pacientes e pelo auxílio prestado às ginecologistas no desempenho dos procedimentos da coorte.

À querida e incansável Vanderlete, responsável pelos procedimentos da adesão das mulheres, sempre persistente, carinhosa e dedicada às pacientes de nossa coorte.

À Débora e Carolina, que iniciaram todo o trabalho, junto à Central de dados, de construção das bases de dados do acompanhamento das mulheres, de instrumentos destinados ao trabalho da adesão e da estruturação e organização dos arquivos.

À Lidiane, que hoje desempenha atividade crucial de supervisão de todos os fluxos relacionados ao agendamento das mulheres, à obtenção dos resultados laboratoriais, à circulação e arquivamento dos dossiês e à entrada dos dados e relatórios de controle, junto ao Eliseu.

À Mônica Derrico, que nos acompanha há vários anos, muito caprichosa e rápida nas suas atribuições.

À Neilane, Suelem e Josué, que atuam na confecção e impressão dos formulários em *teleform*.

Ao Leandro Amparo, sempre muito solícito, prestando apoio computacional. À Flavinha, por sua amizade e apoio incondicional.

À Ana Paula, muito amorosa e dedicada à minha casa e aos meus filhos, cujo apoio foi crucial e será inesquecível.

Aos meus sogros, Salomão Friedman e Janete Lea Friedman e à Miriam Ferman, sempre muito prestativos, carinhosos e disponíveis, avós incondicionais, por todo o apoio a mim dedicado.

Aos meus avós, Shaul e Roqueta, Salim e Rachel, aos meus queridos irmãos Shella, Salim e Carlos Khalili, às minhas sobrinhas, Karin, Natalie, Emily Esther e Michelle.

Ao meu querido marido, Marcos Friedman, em especial, pelo amor, carinho, compreensão e paciência nestes quase vinte anos de união e pelos momentos em que me supriu no exercício da maternidade; e aos meus amados filhos, Daniel (sete anos) e Rafael (dois anos) pelo amor, paciência e compreensão, que representam o sinônimo do sentido daquilo que não pode e nem deve ser mensurável ...

Por fim, agradeço imensamente ao meu querido pai, Alberto, e à minha querida mãe, Esther, incondicionalmente sempre disponíveis, que em mim implantaram não somente os conceitos de família, religião e amor, mas também os profundos laços que os unem.

RESUMO

A transmissão vertical e a heterossexual do HIV podem ocorrer em consequência de uma gestação (e da relação sexual desprotegida que a precede), desejada ou indesejada, entre casais com HIV/AIDS. A disponibilização de intervenções, tais como a terapia anti-retroviral de alta potência (HAART) e a profilaxia da transmissão materno-infantil (protocolo AACTG 076), esta última associada à substituição do aleitamento materno e à realização de cesariana eletiva, com impacto substancial sobre a morbi-mortalidade associada ao HIV e sobre as taxas de transmissão vertical, respectivamente, tornam premente analisar as questões relacionadas à prevenção e às escolhas reprodutivas e contraceptivas nesta população. Esta tese teve como tema central as escolhas reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS, em acompanhamento no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ, no período 1996-2004.

Duas análises foram realizadas. A primeira refere-se à análise de dados longitudinais, visando identificar os preditores da gestação, por meio do modelo de riscos proporcionais de Cox. A segunda análise avaliou os fatores associados ao desejo de engravidar, através da utilização de regressão logística.

Fatores sociodemográficos (idade, situação marital e nível de escolaridade) e o uso de terapia anti-retroviral (variável clínica) se mostraram independentemente associados à gestação na população analisada. Fatores de cunho mais subjetivo/mediato (tempo transcorrido a partir do diagnóstico do HIV, tempo desde a última infecção oportunista, status sorológico para o HIV do parceiro, uso ou não de preservativos nas relações vaginais) se mostraram associados ao desejo de engravidar.

Os fatores relacionados às decisões reprodutivas nesta população podem ser de natureza mais ou menos objetiva, tendo sido possível explorar na tese aqueles de mais fácil mensuração. Estudos adicionais, de natureza quali-quantitativa, lançando mão da triangulação de informações de natureza marcadamente subjetiva, devem ser conduzidos e analisados a partir da utilização de diferentes metodologias. Entre as variáveis psicossociais a serem avaliadas, destaca-se o otimismo decorrente do uso da HAART, questão especialmente relevante em contextos de acesso universal à HAART que apresentam significativos aumentos da sobrevida e do bem-estar das mulheres com AIDS, como o brasileiro.

ABSTRACT

Vertical and heterosexual transmission of HIV may be associated with pregnancy (and the correspondent unprotected sexual intercourse), whether desired or not, among couples with HIV/AIDS. The availability of interventions, such as highly active anti-retroviral therapy (HAART) and the prophylaxis of mother-to-child transmission (protocol AACTG 076), the latter associated with the use of formula and elective C-section, with a substantial impact upon HIV-related morbimortality and the decrease of mother-to-child transmission rates, make reproductive decisions and prevention choices key themes among this population. The present dissertation focus on the reproductive choices of women with HIV/AIDS, under follow-up at the Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ, from 1996 to 2004.

Two separate analyses were carried out. The first one used the Cox proportional hazard model to assess longitudinal data in order to identify predictors of pregnancy in this sample. The second analysis explored the predictors putatively associated with the desire to become pregnant, using multiple logic regression.

Socio-demographic covariates (e.g. age, marital status and educational level) and the use of anti-retroviral therapy (clinical covariate) were found to be associated with pregnancy among those women. More complex and less objective factors (time elapsed since HIV diagnosis, time elapsed since the last opportunistic infection, partner serostatus for HIV, the use (non-use) of condoms for vaginal intercourse) were found to be associated with the desire to become pregnant.

The determinants of reproductive decisions in this population may be more or less objective, but the present dissertation basically assessed those variables which enable clearer and simpler measuring strategies. Additional quali-quantitative studies should be carried out, triangulating objective and subjective information, and using different methodologies.

Among the variables to be further assessed, one should highlight optimism associated with HAART, something especially relevant in a context of universal access to HAART, with the consequent significant increase of survival and well-being among those women, such as currently observed in Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1. Estrutura conceitual que subsidiou a análise das escolhas reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS desenvolvida nesta tese.....	4
Figura 3.1: Percentual de adesão baseado na última visita de cada mulher realizada no ano de 2004. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.....	49
Figura 3.2: Percentual de adesão baseado na regularidade da periodicidade entre as visitas por mulher realizadas entre 2003 e 2004. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.....	49
Figura 3.3: Percentual de adesão baseado na última visita de cada mulher realizada no ano de 2006. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.....	50
Figura 3.4: Percentual de adesão baseado na regularidade da periodicidade entre as visitas por mulher realizadas entre 2003 e 2006. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.....	50
Figura 3.5: Distribuição das mulheres segundo bairro de residência. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2006.....	51
Figura 6.1: Estrutura conceitual para futuros estudos	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1: Taxas de incidência de gestação e de aborto em mulheres com HIV/AIDS. Achados de estudos selecionados, a partir de consulta à base de dados Medline, 1990-2006.	15
Tabela 2.2: Preditores de gestação após o diagnóstico do HIV em estudos envolvendo casais com HIV/AIDS. Achados de estudos selecionados (N=9), a partir de consulta à base de dados Medline, 1990-2006	16
Tabela 2.3: Fatores associados ao desejo de engravidar em estudos envolvendo casais com HIV/AIDS. Achados de estudos selecionados (N=6), a partir de consulta à base de dados Medline, 1990-2006	20
Tabela 3.1: Distribuição das mulheres segundo municípios de residência no Estado do Rio de Janeiro. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2006.	51
Tabela 3.2: Procedimentos realizados no âmbito da Assistência Ginecológica. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ	53
Tabela 3.3: Procedimentos gerais. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ	53
Tabela 4.1: Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas das mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 1996-2003.....	68
Tabela 4.2: Coeficientes, erros padrão, razão de risco e intervalo de confiança, obtidos pelo modelo de riscos proporcionais de Cox não ajustado. IPEC/FIOCRUZ, 1996-2003.....	71
Tabela 4.3: Coeficientes, erros padrão, razão de risco e intervalo de confiança, obtidos pelo modelo de riscos proporcionais de Cox. IPEC/FIOCRUZ, 1996-2003.....	72
Tabela 5.1: Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas das mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.....	85
Tabela 5.2: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico exato univariado. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.....	88
Tabela 5.3: Fator de inflação de variância e tolerância das covariáveis selecionadas na análise univariada, de acordo com os três conjuntos estabelecidos. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.....	91
Tabela 5.4: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico ajustado (variável “status sorológico para o HIV do parceiro”). Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.....	94
Tabela 5.5: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico ajustado (pela variável “sexo vaginal nos últimos seis meses”). Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.....	95
Tabela 6.1: Sumário dos efeitos das covariáveis utilizadas na análise das escolhas reprodutivas de acordo com os diferentes desfechos. IPEC/FIOCRUZ, 1996-2004.....	112
Tabela anexa 1: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico padrão univariado. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.....	158

LISTA DE ABREVIACÕES

Sigla	Significado
AACTG	Adult AIDS Clinical Trials Group
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARP	Assisted Reproductive Foundation
ARV	Anti-retroviral
AZT	Zidovudina
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CN de DST/AIDS	Comissão Nacional de DST/AIDS
DIU	Dispositivo intra-uterino
DP	Desvio padrão
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FHI	Family Health International
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIV	Fator de inflação de variância
HAART	Terapia anti-retroviral de alta potência
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IM	Indicação médica
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
IST	Infecção sexualmente transmissível
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
MTCT	Mother to Child Transmission of HIV
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PLWA	People Living with AIDS
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
RC	Razão de Chance
REACH	Reaching for Excellence in Adolescent Care and Health
RR	Razão de Risco
SAFE	Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic
SEROCO	Seropositive Cohort
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOL	Tolerância
UDI	Usuário de drogas injetáveis
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization
WIHS	Women's Interagency HIV Study
WITS	Women and Infants Transmission Study

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	V
ABSTRACT	X
LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE TABELAS	XII
LISTA DE ABREVIACÕES	XIII
SUMÁRIO	XIV
CAPÍTULO 1	1
INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivo da presente tese.....	2
1.2 Estrutura conceitual.....	3
1.3 Fonte de dados.....	5
1.4 Estrutura da tese	5
CAPÍTULO 2	7
REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 Epidemiologia da infecção pelo HIV nas mulheres	7
2.2 Fecundidade no Brasil	8
2.3 Fecundidade em mulheres com HIV/AIDS.....	9
2.4 Principais resultados de estudos que avaliaram as taxas de incidência de gestação e de aborto em mulheres com HIV/AIDS	11
2.5 Principais resultados de estudos que abordaram o desejo de engravidar em mulheres com HIV/AIDS.....	17
2.6 O desejo de ter filhos versus a gestação indesejada. Comportamento reprodutivo versus comportamento sexual: Dilemas e perspectivas	21
2.7 Planejamento familiar no contexto da infecção pelo HIV. Aconselhamento para mulheres com HIV/AIDS	27
2.8 Opções contraceptivas para mulheres infectadas pelo HIV.....	34
2.9 Reprodução assistida para casais com HIV/AIDS.....	36
2.10 Opções reprodutivas para parceiras femininas soronegativas de homens infectados pelo HIV	37
2.11 Opções reprodutivas para mulheres com HIV/AIDS	40
2.12 Considerações éticas e legais: Direitos reprodutivos.....	41
CAPÍTULO 3	45
METODOLOGIA	45
3.1 A coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC: o acesso ao cuidado, a periodicidade do acompanhamento e a adesão	45
3.2 Procedimentos adotados na coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC	52
3.3 Exames laboratoriais	52
3.4 Coleta dos dados e estruturação das bases de dados.....	54
3.5 Desenho do estudo.....	54
3.6 Análise Estatística	55
3.6.1 Modelo de riscos proporcionais de Cox	55
3.6.2 Modelo de regressão logística	59
3.6.3 Multicolinearidade.....	60

3.7 Aspectos éticos.....	62
CAPÍTULO 4.....	63
PREDITORES DE GESTAÇÃO	63
4.1 Introdução.....	63
4.2 Métodos.....	64
4.2.1 População do estudo	64
4.2.2 Procedimentos	65
4.2.3 Análise estatística	65
4.3 Resultados	66
4.1 Discussão.....	73
CAPÍTULO 5	77
FATORES ASSOCIADOS AO DESEJO DE ENGRAVIDAR.....	77
5.1 Introdução.....	77
5.2 Métodos.....	80
5.2.1 População do estudo	80
5.2.2 Análise estatística	80
5.3 Resultados	82
5.4 Discussão.....	96
CAPÍTULO 6.....	103
SUMÁRIO E CONCLUSÕES	103
6.4 Sumário dos resultados.....	104
6.2 Implicações para a formulação de políticas públicas.....	113
6.3 Trabalhos futuros.....	115
6.3.1 Estrutura conceitual para trabalhos futuros	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXO I.....	128
ANEXO II	150
ANEXO III.....	158

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A maioria das novas infecções pelo HIV, em todo o mundo, é adquirida através do contato heterossexual sem o uso de preservativos. As mulheres representam, de forma global e no Brasil, a população na qual se observa o maior crescimento da epidemia de AIDS (MS, 2005; UNAIDS, 2006). Uma das conseqüências diretas desse maior acometimento de mulheres em idade fértil é o progressivo aumento de casos de transmissão vertical do HIV. A transmissão heterossexual do HIV, assim como a transmissão vertical, pode ocorrer como conseqüência de uma gestação desejada ou indesejada entre casais sorodiscordantes, soroconcordantes, ou casais em que um dos parceiros desconhece a sua condição sorológica para o HIV.

A disponibilização de intervenções, tais como a introdução da terapia anti-retroviral de alta potência (HAART), o protocolo AACTG 076 de profilaxia da transmissão materno-infantil (Connor, Sperling *et al.*, 1994), a substituição do aleitamento materno e a cesariana eletiva, com impacto substancial sobre a morbimortalidade associada ao HIV e sobre as taxas de transmissão vertical, respectivamente, tornam prementes as questões relacionadas à prevenção e às escolhas reprodutivas e contraceptivas de mulheres/casais com HIV/AIDS.

A taxa de fecundidade total no Brasil declinou substancialmente ao longo das quatro últimas décadas, de 6,3 filhos, em 1960, para 2,2 filhos, em 2001 (IBGE, 2000). Essa queda da fecundidade foi verificada em todo o território brasileiro, compreendendo

todas as classes sociais (ainda que com diferenciais de fecundidade entre as classes mais e menos abastadas, sendo o declínio nesta última menos acentuado) e faixas etárias, exceção feita às mulheres com idade até 19 anos (em que o declínio da fecundidade não se verifica, ao longo do período). Entre as mulheres com HIV/AIDS, as taxas de fecundidade são habitualmente menores do que entre as não infectadas. Essas taxas de fecundidade mais baixas podem estar associadas a vários fatores, incluindo o uso habitual de preservativos, recomendado para a prevenção da transmissão sexual do HIV. Entretanto, à luz da disponibilidade da HAART e de intervenções mais efetivas para o controle da transmissão vertical do HIV, especulações acerca da possibilidade de aumento da taxa de fecundidade nessa população se fazem plausíveis e devem ser investigadas em detalhe. Uma melhor compreensão acerca das motivações dessas mulheres para a gestação contribuirá para o delineamento de futuras intervenções destinadas à redução do número de gestações indesejadas e do risco de transmissão sexual e materno-infantil do HIV.

1.1 Objetivo da presente tese

Esta tese teve como tema central as escolhas reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS, com capacidade reprodutiva, em acompanhamento no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ, no período 1996-2004. Este estudo teve dois objetivos. O primeiro foi estimar a densidade de incidência de gestação e investigar a relação entre fatores sociodemográficos, comportamentais, clínicos e laboratoriais e a

gestação. O segundo objetivo foi descrever a frequência do desejo de engravidar e analisar os fatores a ele associados.

1.2 Estrutura conceitual

A Figura 1.1 esquematiza a estrutura conceitual que subsidia a análise das decisões reprodutivas desenvolvida nesta tese. O fluxograma reúne as hipóteses acerca dos efeitos dos fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e subjetivos no desejo de filhos e na ocorrência de gestação entre mulheres com HIV/AIDS. Cabe ressaltar que neste trabalho foi empregada uma metodologia quantitativa para a análise dos fatores relacionados à ocorrência de gestação e ao desejo de engravidar. No entanto, algumas variáveis, coletadas de forma objetiva, podem, na realidade, representar fatores subjetivos subjacentes, de captação difícil ou mesmo impossível no contexto de um estudo epidemiológico. Ou seja, as variáveis “ter filhos HIV-positivos”, “ter tido filhos falecidos em decorrência de AIDS”, “ter o suporte emocional do parceiro”, “status sorológico do parceiro”, “sexo vaginal e uso de preservativos”, “história de abuso sexual e de violência doméstica” e “tempo desde o diagnóstico do HIV e da última infecção oportunista”, apesar de terem sido coletadas e analisadas de forma objetiva, podem estar eventualmente associadas aos desfechos estudados devido à sua dimensão subjetiva mais profunda, consciente ou não. Portanto, cabe observar que um dado fator pode se mostrar associado ao desfecho estudado de uma forma mais direta e objetiva, ou de forma mais indireta, subjetiva e sutil.

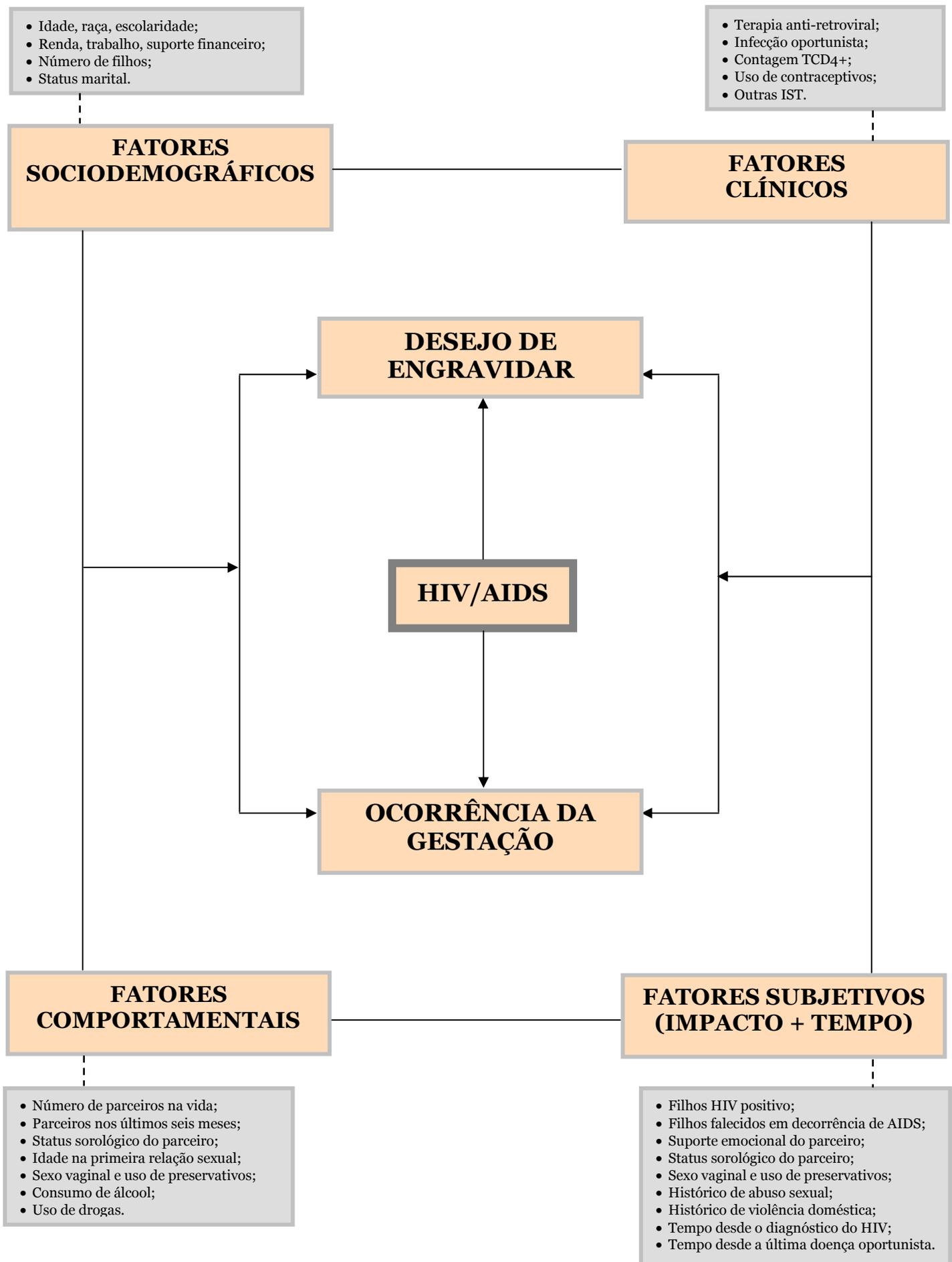


Figura 1.1: Estrutura conceitual que subsidiou a análise das escolhas reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS desenvolvida nesta tese.

1.3 Fonte de dados

Os dados analisados na presente tese são provenientes da coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC-FIOCRUZ, iniciada em 1996, com o objetivo de estudar a história natural da infecção nesta população. São convidadas a integrar a coorte todas as mulheres com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV matriculadas no IPEC. Em ambas as análises, foram utilizados tão-somente os dados referentes ao subgrupo das mulheres férteis.

1.4 Estrutura da tese

Este capítulo de introdução é seguido por uma revisão da literatura nacional e internacional no que concerne os estudos que avaliaram as taxas de incidência de gestação e de desejo de engravidar e seus fatores associados, a integração entre o planejamento familiar e a assistência em HIV/AIDS e as opções reprodutivas e contraceptivas para mulheres/casais com HIV/AIDS (capítulo 2).

O capítulo três descreve a metodologia empregada no desenvolvimento deste trabalho, que se beneficiou do aumento da adesão aos procedimentos utilizados na coorte em função da reestruturação e aprimoramento da rotina de acompanhamento das mulheres com HIV/AIDS.

O capítulo quatro utiliza o modelo de riscos proporcionais de Cox para a análise dos fatores preditores de gestação e a técnica de análise de sobrevivência para estimar a densidade de incidência de gestação subsequente ao diagnóstico do HIV.

O capítulo cinco, através da utilização do modelo de regressão logística exato, apresenta uma análise dos fatores associados ao desejo de engravidar nesta população de mulheres.

Finalmente, o capítulo seis sumariza os resultados e suas aplicações, apontando as intervenções a serem implementadas junto a essa população e também possíveis trabalhos futuros.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidemiologia da infecção pelo HIV nas mulheres

O programa de HIV/AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) estimou que 38,6 milhões de adultos e crianças estavam vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (The International Perinatal Hiv Group, 1999) ou com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) até o final de 2005, e que cerca de 11.000 novas infecções ocorriam, em 2005, a cada dia. Mais de 95% das novas infecções pelo HIV ocorrem em países em desenvolvimento e a maioria das novas infecções é adquirida através do contato heterossexual (sem a proteção de preservativos). As mulheres representam atualmente, de forma global, 48% dos adultos com HIV e AIDS (UNAIDS, 2006).

No Brasil, entre 1980 e Junho de 2005, 371.827 mil casos acumulados de AIDS foram notificados ao Ministério da Saúde. Embora o número de casos acumulados entre pessoas do sexo masculino (252.690 casos) seja bem mais elevado que entre as do sexo feminino (118.963 casos), as mulheres representam atualmente a população em que se observa o maior crescimento da epidemia de AIDS (MS, 2005). Entre os homens, no período de 1994-1998, observou-se um percentual de crescimento de 10,2% das notificações, enquanto que, entre as mulheres, o crescimento, no mesmo período, foi da ordem de 75,3%. A tendência à estabilização da incidência da AIDS é observada apenas

entre os homens, com 22,6 casos por 100 mil homens, em 2003, menor do que a observada em 1998, de 26,3 por 100 mil homens. Mas, observa-se ainda o crescimento da incidência em mulheres, estimada em 14,0 casos por 100 mil mulheres, em 2003.

Observa-se que a infecção pelo HIV atinge as mulheres em idades mais precoces que as dos homens, já que 45% dos casos foram notificados em mulheres com menos de 30 anos, em contraposição a 34% dos casos masculinos nesta mesma faixa etária. Uma das conseqüências diretas dessa situação é o progressivo aumento de casos de transmissão vertical do HIV, sendo esta via a principal responsável pelos casos de AIDS pediátrica no Brasil. Assim, o impacto do acometimento de mulheres na idade reprodutiva teve como conseqüência um número expressivo de órfãos, estimados em 29.929 para 1987-1999, além de todas as repercussões sociais decorrentes desta situação (MS, 1999).

2.2 Fecundidade no Brasil

No Brasil, a taxa de fecundidade total (TFT) caiu de 6,3 filhos (em média), em 1960, para 2,2 filhos, em 2001 (IBGE, 2000). A queda da fecundidade ocorreu em todo o território brasileiro, atingindo todas as classes sociais e faixas etárias, com exceção das mulheres com idade até 19 anos; para estas, as taxas específicas de fecundidade apresentaram pequenas variações positivas nas últimas três décadas, o que fez aumentar a participação deste subgrupo de mulheres na composição da taxa de fecundidade total.

Diversos fatores se mostram associados ao declínio da taxa de fecundidade, entre eles a crescente urbanização e industrialização, a proletarização da força de trabalho rural, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o enorme aumento no nível da escolarização feminina (Perpétuo e Wajnman, 1993; Martine, 1996).

Assim, em 2004, mulheres em idade fértil – *15 a 49 anos* – com baixo nível de instrução escolar (até três anos de estudo), tinham em média 3,9 filhos. Já para as mulheres com oito anos ou mais de estudo, a taxa de fecundidade era de 1,5 filho. Quanto mais escolarizada, menor a probabilidade de que a mulher tenha um número elevado de filhos. A relação entre escolaridade e fecundidade vale tanto para mulheres brancas como negras. Mesmo assim, a fecundidade é menor entre mulheres brancas do que entre as de cor negra, em todas as regiões do país (IBGE, 2006).

Considerando-se também a renda, entre mulheres que recebiam mais de cinco salários-mínimos, por exemplo, e que tinham até três anos de estudo, a média era de 4,3 filhos. Já entre as mulheres na mesma faixa de renda, mas com oito anos ou mais de estudo, essa média caía para 1,4 filho (IBGE, 2006).

2.3 Fecundidade em mulheres com HIV/AIDS

Entre as mulheres com HIV/AIDS, as taxas de fecundidade são habitualmente menores do que entre as não infectadas (Thackway, Furner *et al.*, 1997; Ross, Morgan *et al.*, 1999). Essas taxas de fecundidade mais baixas podem ser decorrentes de várias razões. Em países desenvolvidos, por exemplo, onde as mulheres habitualmente

conhecem os resultados de suas sorologias para HIV, muitas podem se abster de relações sexuais, utilizar métodos contraceptivos ou provocar o aborto para evitar o nascimento de uma criança potencialmente infectada/doente ou que poderá vir a ficar órfã (Stephenson e Griffioen, 1996).

No entanto, na África Subsaariana, onde muitas mulheres não conhecem o seu status sorológico para o HIV e raramente utilizam a contracepção ou induzem abortos, as taxas de fecundidade entre as mulheres infectadas também são igualmente mais baixas do que entre as mulheres não infectadas (Gray, Wawer *et al.*, 1998). Isso sugere que os fatores prevalentes nos países desenvolvidos não explicam, no seu conjunto, as taxas mais baixas de fecundidade, observadas tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Alguns pesquisadores postulam, então, um efeito biológico direto da infecção pelo HIV na concepção e gestação. Ainda assim, parte dessa fertilidade reduzida, evidenciada após o diagnóstico de infecção pelo HIV, poderia estar presente (ainda que não necessariamente explícita) antes da infecção pelo HIV (Lee, Wortley *et al.*, 1998). Em Uganda, Ross e colaboradores (1999) concluíram que cerca de 50% das mulheres com baixa fertilidade observada após o diagnóstico de infecção pelo HIV, na realidade, já eram pouco férteis no período anterior à aquisição da infecção por este vírus.

2.4 Principais resultados de estudos que avaliaram as taxas de incidência de gestação e de aborto em mulheres com HIV/AIDS

Os principais resultados dos estudos citados na literatura internacional, que avaliaram a incidência de gestação e de aborto entre mulheres com HIV/AIDS e os fatores preditores de gestação, encontram-se resumidos nas Tabelas 2.1 e 2.2.

No início da epidemia de AIDS, na década de 1980, as opções para a condução de uma gestação, programada ou não, em uma mulher com HIV/AIDS eram escassas. Muitas mulheres preferiam o aborto ou não engravidar, pois era grande o receio de que a gestação não fosse segura ou de que o recém-nascido se infectasse. Em um momento inicial, a zidovudina (AZT) não era ainda utilizada como profilaxia na gestação de mulheres HIV-positivas, e os estudos documentavam riscos de transmissão perinatal da ordem de 50% (e mesmo mais elevados). Naquela ocasião, as taxas de abortos eram muito variadas, mas relativamente elevadas. Nesses estudos, as razões para o abortamento não estavam relacionadas, de modo claro, ao status sorológico positivo para o HIV, e as razões citadas para a continuação da gestação incluíam o bom estado de saúde, o suporte proporcionado pela religião e o desejo de ter filhos (Barbacci, Chaisson *et al.*, 1989; Sunderland, Moroso *et al.*, 1989).

Em outro estudo realizado nos Estados Unidos, entre 1990 e 1994, observou-se que, entre 102 mulheres HIV-positivas, 78% pariram, 19% se submeteram ao aborto induzido e 2% relataram aborto espontâneo (Chu, Hanson *et al.*, 1996).

Após a introdução das terapias anti-retrovirais potentes (conhecidas por sua sigla em língua inglesa – *HAART*), nem todos os estudos realizados a partir de então

evidenciaram decréscimo nas taxas de abortamento, apesar da disponibilidade do uso da zidovudina e dos avanços na redução da transmissão vertical do HIV. No estudo multicêntrico WITS (Women and Infants Transmission Study), realizado nos Estados Unidos, não foi observada diferença entre as taxas de aborto antes e após a implementação do protocolo profilático AACTG 076 (Pacheco-Acosta, Antonella *et al.*, 1998). Entre as mulheres que engravidaram após o diagnóstico de infecção pelo HIV, em Nova Orleans, entre 1987 e 1995, 25% escolheram o aborto eletivo (Bedimo-Rung, Bessinger *et al.*, 1998). Para essas mulheres, a decisão pelo aborto se mostrou associada à “raça branca” e “não ser solteira” (ou seja, ser casada/viver maritalmente/viúva/divorciada ou separada).

Em outro estudo multicêntrico realizado na Europa, Van Benthem e colaboradores (2000) observaram, em uma coorte de 485 mulheres HIV-positivas com intervalo de soroconversão conhecido (European Women Study), que a proporção de abortos induzidos aumentara de 42% antes para 53% após o diagnóstico de HIV. Não obstante, desde 1995, a proporção de abortos induzidos sofreu uma diminuição em relação ao período anterior (Van Benthem, De Vincenzi *et al.*, 2000). Nesse estudo, o risco para aborto induzido foi maior entre as mulheres solteiras, entre aquelas com idade entre 15 e 25 anos e naquelas que haviam tido mais de 19 parceiros até então.

Por outro lado, as taxas de gestação entre as mulheres sabidamente HIV-positivas citadas em diferentes trabalhos da literatura internacional se mostraram bastante variáveis, a despeito das terapias efetivas contra o HIV e das intervenções tais como o uso de zidovudina (Protocolo AACTG 076) e de outras drogas anti-retrovirais, a cesárea eletiva e o não aleitamento materno, que, utilizadas de forma judiciousa, podem

reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV para cerca de 2% (The International Perinatal Hiv Group, 1999).

Considerando-se estudos realizados em períodos que abrangem as eras pré-HAART e pós-HAART, a incidência de gestação após o diagnóstico de infecção pelo HIV se apresentou variada em estudos realizados nos Estados Unidos. Em um estudo realizado em Nova Orleans, observou-se que a incidência de gestação subsequente ao diagnóstico de HIV era de 6,3 gestações por 100 mulheres/ano de observação. Na análise multivariada, os fatores associados de forma independente à gestação subsequente foram a “idade menor que 22 anos” e a “história de abuso sexual” (Bedimo-Rung, Bessinger *et al.*, 1998). Chu e colaboradores (1996) verificaram, em um estudo multicêntrico, que 5,8% das mulheres HIV-positivas engravidavam a cada ano. Os fatores associados de forma independente à gestação foram “idade inferior a 25 anos” e a “raça negra”. A probabilidade de novas gestações foi significativamente menor entre as mulheres com doenças oportunistas relacionadas à AIDS.

Na Europa (estudo multicêntrico), Van Benthem e colaboradores (2000) reportaram uma maior frequência de gestação após o diagnóstico de HIV entre as mulheres que tinham parceiros estáveis. Contudo, a incidência de gestação diminuiu de 8,6, antes do diagnóstico da infecção pelo HIV, para 8,2 e 6,0 por 100 mulheres-ano naquelas com até quatro anos e nas com mais de quatro anos transcorridos desde o diagnóstico, respectivamente (Van Benthem, De Vincenzi *et al.*, 2000).

Em um estudo africano (realizado em Burkina Faso), a incidência de gestação observada foi de 12,3 por 100 pessoas-ano. O único fator preditor de novas gestações

neste estudo foi a ocorrência de um evento adverso (filho natimorto, óbito da criança) após a gestação em cujo pré-natal a mulher soube estar infectada pelo HIV (Nebie, Meda *et al.*, 2001). O estágio avançado de imunodeficiência da mulher e a instabilidade marital se mostraram significativamente associados à redução da incidência de gestação.

Massad e colaboradores (2004) observaram, em um estudo prospectivo, multicêntrico, realizado nos Estados Unidos, que mulheres com HIV/AIDS solteiras apresentaram uma chance 60% maior de engravidar, comparadas às mulheres casadas (RC, 1,6; IC 95%: 1,02 – 2,44).

Tabela 2.1: Taxas de incidência de gestação e de aborto em mulheres com HIV/AIDS. Achados de estudos selecionados, a partir de consulta à base de dados Medline, 1990-2006.

Autores	Local	Desenho	Período do estudo	N	Faixa etária anos	Incidência de gestação	Incidência de aborto induzido
Ryder, Batter <i>et al.</i> (1991)	Zaire (Kinshasa)	Caso-controle aninhado em coorte prospectiva	Acompanhamento 36 meses	238	-----	2º ano de acompanhamento: 10,7 por 100 pessoas-ano 3º ano de acompanhamento: 27,1 por 100 pessoas-ano	-----
Chu, Hanson <i>et al.</i> (1996)	EUA	Coorte retrospectiva	1990-1994	3915	15-44	5,8% ao ano	19,0%
Alliegro, Dorrucchi <i>et al.</i> (1997)	Itália	Coorte prospectiva, multicêntrico	1981-1994	331	----	28,9% ^a IC95% (1.6%; 36.2%)	34,8%
De Vincenzi, Jadand <i>et al.</i> (1997)	França	Coorte prospectiva (SEROCO) multicêntrico	1988-1993 Média de acompanhamento 36 meses	412	livre	7,9 por 100 pessoas-ano	29,0%
Thackway, Furner <i>et al.</i> (1997)	Austrália	Coorte retrospectiva, multicêntrico	-----	246	15-44	0,3 por 100 pessoas-ano	47,0%
Gray, Wawer <i>et al.</i> (1998)	Uganda	Coorte prospectiva	08/1995 – 04/1996	953	15-49	23,5 por 100 pessoas-ano	18,5%
Murphy, Mann <i>et al.</i> (1998)	EUA	Transversal, multicêntrico	-----	67	13-24	42,0% ^a	29,0%
Hankins, Tran <i>et al.</i> (1998)	Canadá	Coorte prospectiva	-----	320	15-44	8,3 por 100 pessoas-ano	3,1 por 100 pessoas-ano
Bedimo, Bessinger <i>et al.</i> (1998)	EUA	Coorte retrospectiva	1987-1995	403	14-35	6,3 por 100 pessoas-ano	25,0%
Greco, Vimercati <i>et al.</i> (1999)	Itália	Coorte prospectiva	1985-1996	225	-----	76 mulheres	27,7%
Van Benthem, De Vincenzi <i>et al.</i> (2000)	Europa	Coorte prospectiva, multicêntrico	1993	449	15-45	8,2 por 100 pessoas-ano (0-4) 6,0 por 100 pessoas-ano (4+)	53,0%
Nebie, Meda <i>et al.</i> (2001)	África Burkina Faso	Coorte prospectiva	1995-1999	306	14-44	12,3 por 100 pessoas-ano	-----
Levin, Henry-Reid <i>et al.</i> (2001)	EUA	Coorte prospectiva (REACH) multicêntrico	Acompanhamento 36 meses	942	12-19	20,6 por 100 pessoas-ano	-----
Blair, Hanson <i>et al.</i> (2004)	EUA	Coorte retrospectiva, multicêntrico	1992-2001	8857	14-44	5,5 por 100 pessoas-ano	-----
Massad, Springer <i>et al.</i> (2004)	EUA	Coorte prospectiva (WITS)	1994-2002	1271	?-49	7,4 por 100 pessoas-ano	36,0%

^aNestes estudos, foram calculadas apenas as incidências cumulativas.

Tabela 2.2: Preditores de gestação após o diagnóstico do HIV em estudos envolvendo casais com HIV/AIDS. Achados de estudos selecionados (N=9), a partir de consulta à base de dados Medline, 1990-2006.

Autores	Local	Período do estudo	N	Faixa etária	Análise estatística	Determinantes de gestação após o HIV	RR/RC e ajustado (IC 95%)
Chu, Hanson <i>et al.</i> (1996)	EUA	1990-1994	3915	15-44	Análise multivariada por regressão logística	Idade < 25 anos Raça negra AIDS com doença oportunista	8,3 (5,3-13,2) 1,6 (2,3-5,7) 0,4 (0,2;0,6)
DeVincenzi, Jandand <i>et al.</i> (1997)	França	1988-1993	412	livre	Regressão de Poisson	Idade média 25 anos Categoria de exposição UDI Nenhum filho antes do HIV Ter parceiro regular na 1ª visita de acompanhamento	p< 0,001 p= 0,001 p< 0,01 p= 0,02
Bedimo, Bessinger <i>et al.</i> (1998)	EUA	1987-1995	403	14-35	Análise multivariada por regressão logística	Idade <22 anos História de abuso sexual	2,8 (1,10-6,86) 2,5 (1,06-5,73)
Van Benthem, De Vincenzi <i>et al.</i> (2000)	Europa	1993	449	15-45	Regressão de Poisson Método da equação generalizada	Não ser solteira 0-4 anos após HIV +4 anos após HIV	1,7 (1,11-2,58) 1,0 0,6 (0,38-0,87)
Nebie, Meda <i>et al.</i> (2001)	África Burkina Faso	1995-1999	306	18-44	Análise multivariada por modelo de Cox	Gestação mal sucedida na qual houve o diagnóstico do HIV CD4+ < 350 cels/μL Mudança no status marital	2,4 (1,24;4,79) 0,1 (0,03;0,61) 0,2 (0,06;0,87)
Levin, Henry-Reid <i>et al.</i> (2001)	EUA	----	942	12-19	Análise multivariada Análise de medidas repetidas	Gestação prévia Crença em uma força maior	3,0 (1,2-7,7) 0,4 (0,2-0,9)
Blair, Hanson <i>et al.</i> (2004)	EUA	1992-2001	8857	14-44	Análise multivariada por regressão logística	Idade <24 anos História de doença oportunista CD4+ < 200 cels/μL e sem doença oportunista Uso da HAART	9,2 (7,4;11,3) 0,4 (0,3;0,5) 0,6 (0,5;0,7) 1,3 (1,0;1,6)
Massad, Springer <i>et al.</i> (2004)	EUA	1994-2002	1271	?-49	Análise multivariada por regressão logística	Menor idade História de aborto Menor carga viral Ser solteira Não HAART na visita inicial HAART na visita inicial	1,2 (1,16;1,23) 1,8 (1,25;2,63) 1,3 (1,10;1,54) 1,6 (1,02;2,44) 0,3 (0,49;0,98) 0,3 (0,03;4,28)
Bedimo, Clarck <i>et al.</i> (2005)	EUA	1997-1998	104	18-45	Análise multivariada por regressão logística	Menor idade no diagnóstico Solteiras Diagnóstico do HIV 1986-1992 Uso recente de drogas não injetáveis	0,9 (0,82;0,97) 11,5 (1,32;100,6) 3,5 (1,30;9,36) 6,6 (1,87;23,32)

2.5 Principais resultados de estudos que abordaram o desejo de engravidar em mulheres com HIV/AIDS

A Tabela 2.3 sumariza os resultados dos estudos que avaliaram o desejo de engravidar e seus fatores associados. Muitas mulheres com HIV/AIDS não conhecem o seu status sorológico antes da concepção. Algumas vêm a saber que estão infectadas pelo HIV quando recebem assistência pré-natal, caso o teste esteja disponível e a revelação diagnóstica seja feita de forma adequada (ou seja, de modo que as mulheres compreendam o significado do teste). Outras mulheres vêm a saber do seu status sorológico positivo pouco antes de conceberem. Entre 52 mulheres infectadas pelo HIV participantes de um estudo no Zimbábue, 16 engravidaram após o diagnóstico de HIV e, destas, sete foram gestações desejadas (Feldman e Maposhere, 2000). No Zimbábue, assim como em outras partes do mundo, o desejo das mulheres de ter filhos envolve a questão do amor e da segurança financeira, especialmente, em se tratando de mulheres economicamente vulneráveis.

No Brasil, Santos e colaboradores (2002) observaram, em um grupo de 148 mulheres HIV-positivas, na cidade de São Paulo, que a intenção de ter filhos não se alterou substancialmente nas mulheres em consequência da infecção pelo HIV. Nesse estudo, a proporção de mães que desejavam ter filhos foi de 22,1%. Segundo os autores, mulheres com menos de 30 anos de idade, com poucos filhos, que residiam com os filhos e que tinham alta “motivação para lutar pela vida”, apresentaram forte desejo de engravidar (Santos, Buchalla *et al.*, 2002).

Diferentes estudos realizados nos Estados Unidos evidenciaram que muitas mulheres com HIV/AIDS desejam engravidar e prosseguem com a gestação a despeito dos riscos potenciais para suas crianças (Barbacci, Chaisson *et al.*, 1989; Sunderland, Minkoff *et al.*, 1992; Kline, Strickler *et al.*, 1995; Ahluwalia, Devellis *et al.*, 1998).

Um estudo realizado no distrito de Rakai, em Uganda, envolvendo 10.000 homens e mulheres que receberam testagem e aconselhamento sobre o HIV, mostrou que, a despeito da disponibilidade destes serviços, a utilização de métodos de controle feminino para o planejamento familiar não foi maior entre as mulheres infectadas pelo HIV, comparadas às não infectadas (Lutalo, Kidugavu *et al.*, 2000). Não foi observada diferença significativa no uso de preservativos entre homens infectados e não infectados pelo HIV. Os autores concluíram que um forte desejo de ter filhos pode ter reduzido a aceitabilidade de métodos de planejamento familiar entre os indivíduos infectados pelo HIV (Lutalo, Kidugavu *et al.*, 2000).

São várias as razões pelas quais muitas mulheres com HIV/AIDS não fazem uso de métodos de contracepção, além do desejo da maternidade. Entre essas razões está a perda de um filho devido à AIDS (Williams, Watkins *et al.*, 1996). Para muitas mulheres com HIV/AIDS, ter um filho pode significar a razão para continuar vivendo. Smits e colaboradores (1999) concluíram que o conhecimento da infecção pelo HIV ou dos riscos de transmissão da mãe para o filho – uma vez disponível a zidovudina – não influenciou de forma relevante o planejamento da gestação, as escolhas contraceptivas ou as decisões sobre abortar ou não. A maioria das gestações não foi planejada, sendo o desejo de ter a criança a principal razão para levar a gestação a termo.

Em uma pesquisa conduzida em Ohio, EUA, em 1997/8, 26 mulheres (37,7%) responderam que engravidaram após o diagnóstico de HIV. Dessas gestações, 22 (85,0%) foram gestações não planejadas e quatro foram planejadas. Entre as gestações indesejadas, cerca de 45% resultaram em aborto (Duggan, Walerius *et al.*, 1999). As gestações não planejadas parecem constituir a maioria dos casos de gestação entre mulheres com HIV/AIDS. Porém, cabe ressaltar que nem todas as gestações não planejadas resultam em aborto. É muito difícil avaliar até que ponto uma gravidez é de fato desejada ou não, em função da subjetividade das decisões reprodutivas e dos respectivos relatos.

Alguns dos estudos mencionados acima avaliaram o desejo de engravidar em populações selecionadas, como, por exemplo, gestantes HIV-positivas, homens ou mulheres com HIV/AIDS, em uso de contraceptivos e fazendo planejamento familiar. São poucos os estudos citados na literatura que avaliaram o desejo de engravidar em indivíduos com HIV/AIDS como variável-desfecho e seus fatores associados. Ainda assim, nos estudos disponíveis, as populações não são totalmente homogêneas, diferindo em função da faixa etária e da atividade sexual.

Tabela 2.3: Fatores associados ao desejo de engravidar em estudos envolvendo casais com HIV/AIDS. Achados de estudos selecionados (N=6), a partir de consulta à base de dados Medline, 1990-2006.

Autores	Local	Desenho	Período do estudo	N	Faixa etária	Análise estatística	Desejo de engravidar	Fatores associados P < 0,05
Chen, Philips <i>et al.</i> (2001)	EUA	Transversal	09 a 12/1998	182 homens 255 mulheres	> 20 anos 20-44 anos	Análise descritiva	28,0% 29,0%	Menor idade Menor número de filhos Fisicamente ativo
Paiva, Latorre <i>et al.</i> (2002)	Brasil	Transversal (Aplicação de questionário)	09/1999 a 02/2000	1068 mulheres	≥ 18 anos	Análise descritiva e testes χ^2 , Tukey, Kruskal-Wallis	13,3%	Menor idade Nº de filhos ≤ 1
Santos, Buchalla <i>et al.</i> (2002)	Brasil	Transversal (Aplicação de questionário)	08 a 12/1997	148 mulheres	≥ 18 anos	Análise descritiva e testes χ^2	20,9%	Idade < 30 anos Sem filhos Menor nº de filhos vivos Menor nº de filhos residentes na mesma casa Motivação para lutar pela vida
Panozzo, Battergay <i>et al.</i> (2003)	Suíça	Transversal (Questionário auto-aplicado)	10/2000 a 06/2001	68 homens 46 mulheres	20-50 anos 20-40 anos	Análise descritiva, testes χ^2 , teste exato de Fisher	No presente: 22,0% No futuro: 38,0 % No presente: 20,0% No futuro: 47,5 %	Idade < 40 anos Melhora no estado de saúde em uso da HAART
Kirshenbaum, Hirky <i>et al.</i> (2004)	EUA	Método qualitativo (Grupos focais) (Temas: biomédicos, individuais e socioculturais)	1998 a 1999	56 mulheres	20-55 anos	Análise descritiva	8,9%	Percepção do risco de transmissão vertical Crença nas estratégias para a redução do risco de transmissão vertical Desejo de maternidade Valores religiosos Atitudes de parentes e de profissionais de saúde Impacto da saúde da mãe e longevidade na criança
Oladapo, Daniel <i>et al.</i> (2005)	Nigéria	Transversal	11 e 12/2004	52 homens 95 mulheres	18-55 anos 18-45 anos	Análise descritiva Regressão logística multivariada	53,8% 68,4%	Menor idade Menor tempo transcorrido do diagnóstico do HIV Não revelação do diagnóstico ao parceiro atual

2.6 O desejo de ter filhos versus a gestação indesejada. Comportamento reprodutivo versus comportamento sexual: Dilemas e perspectivas

O desejo de ter filhos pode ser uma razão, intencional ou não, para a prática do sexo desprotegido entre casais sorodiscordantes e casais nos quais ambos os parceiros são HIV-positivos. De forma similar, a gestação indesejada pode ser conseqüência de um comportamento sexual desprotegido. Nesse último contexto, o aconselhamento sobre contracepção se mostra essencial, assim como o acesso aos cuidados e orientações por profissionais treinados em planejamento familiar.

Cabe ressaltar que o aconselhamento visando a prevenção da transmissão sexual do HIV entre casais sorodiscordantes e da reinfecção entre casais soroconcordantes, assim como a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV, são recomendados e devem fazer parte da assistência e acompanhamento de todos os indivíduos com HIV/AIDS.

Na região sudeste da Itália, 144 casais sorodiscordantes para o HIV-1 foram incluídos, entre 1985-1995, em um estudo cujo objetivo foi avaliar os resultados do aconselhamento sobre o comportamento sexual e as escolhas reprodutivas. Mais da metade (60%) dos casais relatou intercurso sexual desprotegido e 30 novas infecções foram diagnosticadas no período do estudo (Taxa de incidência cumulativa = 21%). Além disso, foram registradas 49 gestações em 38 mulheres, sendo o aborto uma escolha bastante infreqüente nesse grupo de gestantes. O estudo aponta falhas no processo de aconselhamento e sugere que novas modalidades de aconselhamento

deveriam ser introduzidas visando diferentes propósitos no âmbito do comportamento sexual desta população (Vimercati, Greco *et al.*, 1999).

Meursing (1999) realizou um estudo longitudinal, em profundidade, sobre o comportamento sexual de 96 indivíduos infectados pelo HIV no Zimbábue. A autora observou que, a despeito do aconselhamento e da distribuição gratuita de preservativos, muitas pessoas com HIV não eram capazes de manter o uso consistente do preservativo a longo prazo.

O uso consistente do preservativo depende do estado de saúde dos indivíduos, do meio social em que estão inseridos e de fatores contextuais, como, por exemplo, o acesso a preservativos. Pessoas com HIV se deparam com barreiras comparáveis àquelas da comunidade em geral quanto à prática do sexo seguro: a falta de poder sobre as decisões sexuais da mulher com HIV/AIDS, o preconceito ou a não aceitação do uso do preservativo por parte dos homens com HIV/AIDS, a negação da infecção/status sorológico positivo, especialmente por parte dos homens, e o desejo de ter filhos. Além desses fatores, pessoas infectadas pelo HIV que não revelam o seu status sorológico mostram receio de que a simples proposição de usar preservativos faça com que os parceiros suspeitem do seu status sorológico, o que pode gerar rejeição e estigma.

Na Califórnia, EUA, em um estudo seccional envolvendo 104 casais sorodiscordantes para o HIV, foram analisadas questões referentes às práticas sexuais, testagem para carga viral, tratamento para o HIV, prevenção pós-exposição e seus efeitos no comportamento sexual, riscos vivenciados pelos entrevistados, além de informações e concepções acerca da transmissão do HIV. Proporções superiores a 33%

e 40% dos participantes soropositivos e soronegativos, respectivamente, admitiram uma menor preocupação com a transmissão do HIV à luz dos novos tratamentos. Em comparação com seus parceiros soropositivos, os indivíduos soronegativos tinham uma chance significativamente maior de admitir riscos ampliados e uma menor preocupação acerca da transmissão do HIV (Van Der Straten, Gomez *et al.*, 2000).

Como evidenciado neste e em outros estudos, as opções de novos tratamentos podem reduzir a preocupação referente à transmissão do HIV. Os profissionais de saúde devem discutir o efeito dos tratamentos anti-retrovirais no risco da transmissão sexual com os seus pacientes e devem ser treinados para isto de forma apropriada. A inclusão dos parceiros soronegativos nas intervenções em aconselhamento pode reduzir o risco de transmissão do HIV entre casais sorodiscordantes.

A maioria das infecções pelo HIV na África Subsaariana é adquirida em função do intercuro heterossexual desprotegido, e parte substancial dessas infecções é adquirida no âmbito de relacionamentos estáveis. Estudos na África freqüentemente relatam que o aconselhamento e a testagem voluntária de casais estão associados à redução dos comportamentos de risco e menores taxas de soroconversão entre casais sorodiscordantes para o HIV, ainda que tais intervenções apresentem resultados bastante aquém de uma proteção de fato sustentada, ao longo do tempo (Allen, Meinzen-Derr *et al.*, 2003).

Entretanto, a despeito do inegável peso dos fatores referentes ao contexto social em que se inserem a atividade sexual e os relacionamentos afetivos entre casais, estes não vêm recebendo a devida atenção por parte dos profissionais de saúde, com uma

atenção deficiente quanto ao papel central de fatores na esfera sociocomportamental. Um número crescente de estudos aponta o valor do aconselhamento e da testagem voluntária de casais como ferramentas essenciais da prevenção em HIV/AIDS (Painter, 2001).

Desde o início da epidemia, as intervenções para a prevenção do HIV estão voltadas principalmente para as populações mais vulneráveis quanto à aquisição da infecção, focalizando a redução de risco comportamental e a detecção de pessoas infectadas que até então desconheciam seu status sorológico. Embora este continue sendo um objetivo fundamental da prevenção em HIV/AIDS, a prevenção para indivíduos já infectados pelo HIV também é essencial e crescentemente relevante, à medida que aumenta o número de pessoas com HIV/AIDS.

O tratamento com esquemas anti-retrovirais potentes pode reduzir a infecciosidade, diminuindo a probabilidade de transmissão do HIV. No entanto, existe um temor de que os benefícios da terapia anti-retroviral na redução da morbimortalidade da infecção pelo HIV levem a população, sob maior risco para a transmissão/aquisição desta infecção, a adotar comportamentos menos seguros. Um estudo avaliou, através do uso de modelos matemáticos, a efetividade do uso ampliado de terapia anti-retroviral nos dez anos subsequentes à introdução da HAART (1996), em São Francisco, Califórnia, EUA. Estimou-se que um aumento de apenas 10% na frequência dos comportamentos de risco seria suficiente para contrabalançar os benefícios da HAART, em termos coletivos. Aumentos em maior proporção dos comportamentos de risco resultariam em taxas de incidência crescentes, e, com isso, a efetividade do tratamento, no sentido de reduzir a disseminação do HIV, tornar-se-ia

negativa em termos do número de novas infecções evitadas (Blower, Gershengorn *et al.*, 2000).

Estratégias preventivas específicas para indivíduos com HIV/AIDS visando a redução da transmissão do vírus têm sido limitadas. Em fevereiro de 2001, os CDC (Centers for Disease Control and Prevention, EUA) estabeleceram uma nova estratégia de prevenção para indivíduos com HIV/AIDS denominada *Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic* (SAFE). Essa iniciativa tem como metas: estimular a prática do sexo seguro entre soropositivos; criar condições para que as pessoas saibam seu status sorológico; promover o acesso fácil ao tratamento, a custo razoável; e enfatizar a adesão ao tratamento (CDC, 2000; Janssen, Holtgrave *et al.*, 2001).

No Brasil, os estudos até hoje realizados visando o conhecimento das características peculiares da epidemia ocorreram em grupos selecionados a partir de sua vulnerabilidade aumentada, como em homossexuais/bissexuais masculinos (Harrison, Do Lago *et al.*, 1999; Lignani, Oliveira *et al.*, 2000), usuários de drogas injetáveis (Bastos, Lowndes *et al.*, 2000), profissionais do sexo (Lurie, Fernandes *et al.*, 1995) e detentos (Burattini, Massad *et al.*, 2000). Esses estudos forneceram subsídios para estimativa de taxas de soroprevalência e soroincidência da infecção pelo HIV nessas populações específicas.

A partir do Projeto de Vigilância realizado com grupos-sentinela, entre eles o grupo das gestantes/parturientes, estimou-se o número de pessoas com HIV/AIDS no Brasil (Szwarcwald e Carvalho, 2001). Os diferentes estudos forneceram também subsídios para a elaboração de estratégias de intervenção para a prevenção da

transmissão da infecção por parte das organizações governamentais e não governamentais.

Os estudos supracitados focalizaram o risco de aquisição da infecção pelo HIV, ou seja, concentraram-se nos indivíduos que desconheciam o seu status sorológico ou que haviam, alguma vez, sido testados e que eram soronegativos. A dimensão de acompanhamento dos indivíduos infectados pelo HIV, ao longo do tempo, tem sido pouco explorada no Brasil.

Guimarães e colaboradores (2001) observaram que pessoas com HIV/AIDS continuam, habitualmente, a praticar sexo desprotegido, expondo os seus parceiros ao risco de infecção pelo HIV.

No entanto, pouco se sabe sobre o comportamento sexual dos indivíduos ao longo do curso da infecção pelo HIV e são escassos os esforços direcionados a estratégias de intervenção para a prevenção da transmissão sexual do HIV especificamente voltadas para as pessoas com HIV/AIDS. Essas, uma vez diagnosticadas com a infecção, são encaminhadas a tratamento especializado, porém, na maioria das vezes, não são abordadas quanto à dimensão sociocomportamental e à prevenção. A maioria dos médicos que acompanha pessoas com HIV/AIDS não tem incentivo para participar de programas para prevenção do HIV, e tampouco recebeu treinamento adequado nesse sentido.

Os programas de testagem e aconselhamento sobre o HIV podem ser eficazes na prevenção secundária do HIV se precedidos e/ou reforçados por medidas que promovam a aceitação da condição de infectado pelo HIV. O aconselhamento e o

suporte para indivíduos infectados pelo HIV que decidam notificar seus parceiros de sua condição de infectados são essenciais. O paciente deve receber orientações sobre como, quando e a quem deve revelar o seu status sorológico positivo, de forma a evitar a discriminação, a estigmatização e outros potenciais efeitos negativos desta revelação. Uma atribuição importante do profissional de saúde é fazer com que o paciente esteja ciente do significado mais abrangente da notificação ao parceiro (CDC, 1998).

2.7 Planejamento familiar no contexto da infecção pelo HIV.

Aconselhamento para mulheres com HIV/AIDS

A relação entre os programas de prevenção contra o HIV/AIDS e o planejamento familiar vem sendo debatida há mais de uma década, no contexto de diversos cenários. As inter-relações entre o HIV/AIDS, os direitos sexuais e reprodutivos e a saúde sexual e reprodutiva são complexas. Além disso, serviços voltados para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens com HIV/AIDS são deficientes.

Diversos autores vêm repetidamente ressaltando as carências no âmbito das ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva no contexto da prevenção e tratamento das pessoas com HIV/AIDS. Berer (2004) argumenta que o acesso aos cuidados essenciais em saúde sexual e reprodutiva deve ser provido pelos programas de prevenção, cuidados e tratamento de pessoas com HIV/AIDS, assim como a prevenção e o tratamento do HIV/AIDS devem ser incluídos em todos os serviços de saúde sexual e reprodutiva como uma prioridade da saúde pública. As barreiras persistentes no âmbito da integração desses serviços compreendem a falta de treinamento dos agentes

de saúde com relação à implementação de programas verticais integrados; a existência de fontes de financiamento separadas e não-integradas, voltadas para os programas de controle da AIDS e serviços de saúde sexual e reprodutiva; e a falta de atenção e vontade política quanto a integrar essas ações por parte dos programas internacionais de financiamento e fomento.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em março de 2005, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que tem como base o documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma prioridade de governo”. Essa política, com ações voltadas para o planejamento familiar, para o período de 2005 a 2007, tem três eixos principais de ação: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos); a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária; e a introdução da reprodução humana assistida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS), de 1996, registrou que, nos cinco anos anteriores à sua realização, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados (Badiani, I. *et al.*, 1997). No Brasil, estima-se que a taxa de aborto seja de 3,7 por 100 mulheres/ano de 15 a 49 anos, constituindo a quarta causa de óbito materno (Agi, 1994). A PNDS apontou que a esterilização feminina era o método mais utilizado entre as mulheres que viviam em união, 40%, seguido pela pílula utilizada por 21% dessas mulheres (Badiani, I. *et al.*, 1997).

Com as novas prioridades e as ações de planejamento familiar, o Ministério da Saúde busca garantir o acesso de mulheres e homens em idade fértil a métodos e meios para a regulação de sua fecundidade no contexto do serviço público, em atendimento a

um direito assegurado pela Constituição Federal e pela Lei do Planejamento Familiar. Entre os resultados esperados com a iniciativa estão a prevenção da gravidez indesejada e a redução do número de abortos provocados e das mortes maternas deles decorrentes.

O Ministério da Saúde vai assumir, progressivamente, a aquisição de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do SUS, incluindo a pílula combinada (contendo estrogênio e progestágeno), a mini-pílula (contendo apenas um hormônio, progestágeno), a pílula de emergência e o anticoncepcional injetável mensal. O diafragma, o DIU (dispositivo intra-uterino) e o anticoncepcional injetável trimestral também passarão a ser distribuídos aos usuários do SUS, através das unidades básicas de saúde e das equipes do Programa de Saúde da Família.

Em 2004, cerca de 38.000 laqueaduras e cerca de 14.000 vasectomias foram realizadas na rede pública brasileira. Atualmente, o SUS conta com 567 instituições de saúde habilitadas a realizar esses procedimentos. A meta é aumentar em 50%, até 2007, o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, em todos os estados brasileiros.

Cabe aqui ressaltar que essas iniciativas do Ministério da Saúde se encontram, de certa forma, atreladas ao Programa de Planejamento Familiar. No Brasil, as políticas de saúde voltadas para o HIV/AIDS são traçadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN DST/AIDS) de forma não integrada às ações do Programa de Planejamento Familiar e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Além de substanciais empréstimos do Banco Mundial que, em termos de volume de recursos, diferenciam o programa governamental da AIDS dos demais programas

(carentes de recursos financeiros e humanos capacitados), as ações governamentais carecem de integração e horizontalidade, não conseguindo estabelecer cooperação entre diferentes burocracias e formas específicas de gerenciamento institucional, o que dificulta, ou mesmo impede, sua integração com outros programas de saúde, entre os quais o PAISM (Simões-Barbosa, 2001).

O modelo preconizado pelo PAISM pressupõe investimentos na formação de recursos humanos preparados para abordar a saúde pela ótica da integralidade (Simões-Barbosa, 2001). A CN de DST/AIDS, até recentemente, teve suas ações de saúde basicamente direcionadas para o tratamento dos indivíduos infectados, através da distribuição gratuita e universal de tratamento anti-retroviral e oferta de exames complementares específicos, e para a prevenção da disseminação do vírus e controle da epidemia. Mas, apesar da crescente feminização da epidemia, as políticas de saúde destinadas às mulheres soropositivas ainda são movidas, quase exclusivamente, pela ótica da prevenção e do tratamento do HIV/AIDS, e não da integralidade.

Um estudo conduzido em São Paulo avaliou os cuidados oferecidos às mulheres com HIV/AIDS, tendo entrevistado 1.068 mulheres entre setembro de 1999 e fevereiro de 2000. Esse estudo concluiu que as mulheres com HIV/AIDS, em São Paulo, têm uma limitada percepção de risco e que suas necessidades de saúde não estão sendo satisfeitas. Essas necessidades poderiam ser efetivamente atendidas através de um melhor treinamento dos profissionais envolvidos na revelação do diagnóstico e através da integração das ações voltadas para a saúde da mulher e para o planejamento familiar com os programas de AIDS (Segurado, Miranda *et al.*, 2003).

A falta de integração entre os diferentes programas de saúde se reflete em questões práticas que dificultam o acesso aos cuidados integrais requeridos pelo tratamento dos portadores de quaisquer doenças crônicas. No caso dos indivíduos com HIV/AIDS, não existe oferta sistemática de assistência e suportes voltados para o planejamento familiar nos serviços médicos que lidam com o tratamento desta afecção. Torna-se necessário aos portadores de doenças crônicas percorrer diferentes espaços físicos e recorrer a diferentes profissionais a fim de garantir o cuidado integral.

Os cuidados específicos voltados para os indivíduos com infecção pelo HIV (HIV Case Management) devem ser conduzidos por uma equipe multidisciplinar. Historicamente, a introdução do conceito de *case management* (manejo de caso) foi capitaneada pelos serviços sociais no sentido de prestar assistência integral a pacientes com necessidades complexas de saúde, inclusive de saúde mental. No decorrer da última década, as organizações que trabalham com HIV/AIDS adotaram o modelo de *case management* na assistência aos pacientes com HIV/AIDS. Esse modelo consiste no trabalho conjunto e integrado dos profissionais de saúde e de assistência social, com o objetivo de construir uma relação abrangente e aprofundada entre os pacientes e os profissionais visando uma melhor evolução clínica e uma atenção a outros aspectos relacionados aos indivíduos infectados pelo HIV habitualmente secundarizados (como, por exemplo, o consumo de álcool e drogas ilícitas, em paralelo à medicação).

Os cuidados frente aos indivíduos HIV-positivos devem incluir: informações sobre o processo de adoecimento pelo HIV; abordagens visando a aceitação do diagnóstico por parte do paciente; explicações sobre a rotina de consultas clínicas e testes laboratoriais; discussão acerca do desejo e motivação frente ao tratamento e

necessidade de adesão a este tratamento; explicações sobre os regimes anti-retrovirais, seu uso correto e efeitos colaterais; aconselhamento sobre redução de risco, visando o sexo seguro e a prevenção do uso de drogas (especialmente, injetáveis), outras infecções sexualmente transmissíveis e/ou reinfecção pelo HIV; e aconselhamento sobre concepção e contracepção. A ausência de suporte social, as questões econômicas, a culpa e o estigma, a premência dos cuidados relativos às crianças e outros familiares, a revelação do status sorológico positivo para a família e para as crianças, a sexualidade e as alternativas reprodutivas constituem desafios ao manejo adequado e apoio psicossocial aos pacientes com HIV/AIDS.

Um estudo qualitativo realizado em serviços de saúde especializados na cidade de São Paulo, Brasil, no ano de 2001, avaliou como os profissionais responderam às demandas reprodutivas de pessoas com HIV/AIDS, através da observação participante. De acordo com os profissionais de saúde, as demandas de saúde reprodutiva estavam relacionadas apenas às mulheres e à transmissão materno-infantil do HIV. As questões reprodutivas não foram reconhecidas como necessidades dos pacientes e nem foram incluídas como objetivos centrais do trabalho dos profissionais de saúde, que julgavam o controle da epidemia como o eixo exclusivo da sua atuação. Entre os pacientes, o aspecto principal evidenciado foi o exercício das suas escolhas de vida, materializado no evento inesperado da gravidez. O reconhecimento da autonomia das pessoas com HIV/AIDS em relação às suas escolhas reprodutivas é essencial na formulação de estratégias de cuidados à saúde que respeitem os direitos humanos e que reduzam os riscos de transmissão do HIV em um contexto de respeito às decisões individuais (Oliveira e Franca Junior, 2003).

Qualquer profissional de saúde que trabalhe com aconselhamento deve respeitar as decisões de planejamento familiar de uma mulher HIV-positiva, ainda que discorde destas decisões (Chervenak e McCullough, 1996). Por exemplo, o aconselhador pode acreditar que a contracepção permanente represente a melhor opção para uma mulher HIV-positiva. Não obstante, suas crenças pessoais não devem influenciar o processo de aconselhamento. O profissional que trabalha com planejamento familiar deve adotar uma atitude neutra e informar a cada mulher com HIV/AIDS: a) sobre a sua expectativa de vida; b) que a gestação não acelera a progressão do HIV, mesmo entre mulheres que não estão recebendo terapia anti-retroviral (Bessinger, Clark *et al.*, 1998; Vimercati, Greco *et al.*, 2000); c) que uma mulher infectada pelo HIV pode transmitir o vírus para a sua criança e que as taxas de transmissão materno-infantil do HIV excedem 40% em alguns países em desenvolvimento, na ausência de intervenções apropriadas (The Working Group on Mother-to-Infant Transmission of HIV, 1995). Apesar de ser muito dispendioso em face dos recursos de muitos países em desenvolvimento, o tratamento preventivo pode reduzir os riscos de transmissão do HIV durante os períodos de gestação, intra-útero e intraparto, e deve ser perseguido como um objetivo fundamental em saúde pública, por todos os países.

As implicações de ter uma criança infectada pelo HIV incluem: a) o curso da infecção na criança e a probabilidade de morte prematura; b) o apoio social ou familiar que a mulher infectada pelo HIV deve receber. Dado que, na ausência de tratamento, a mulher tem maior probabilidade de desenvolver AIDS e morrer, cabe avaliar se os membros da família estão dispostos a criar a criança na eventualidade da sua falta. Tais questões não se colocam desta forma no Brasil, em um contexto de acesso universal à

HAART, mas, infelizmente, ainda permeiam o cotidiano de centenas de milhares de mulheres para quem este acesso é restrito ou mesmo inexistente.

2.8 Opções contraceptivas para mulheres infectadas pelo HIV

Os métodos de dupla proteção devem ser considerados para a mulher infectada pelo HIV que não deseja engravidar. Assim, o uso simultâneo de preservativos para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e de outro método mais efetivo para contracepção deve ser considerado nestes casos. Algumas mulheres erroneamente acreditam que um método efetivo para a prevenção da gravidez é, necessariamente, efetivo na prevenção da transmissão do HIV.

No Brasil, foi realizado um estudo transversal, em 2001/2, com mulheres infectadas pelo HIV, subdivididas em três grupos: gestantes após o diagnóstico do HIV, mulheres esterilizadas após o diagnóstico de HIV e usuárias de métodos contraceptivos reversíveis. Entre essas últimas, mais da metade das mulheres relatou o desejo de ter filhos (59,1%) (Da Silveira Rossi, Fonsechi-Carvasan *et al.*, 2005). Em virtude de achados como esse, as mulheres com HIV/AIDS devem receber orientações sobre quais métodos são mais apropriados para a contracepção e quais são apropriados para a prevenção de infecções/doenças (Galavotti e Schnell, 1994).

Em geral, o diafragma e o capuz cervical estão associados a taxas relativamente elevadas de gestação indesejada. Entre as usuárias de diafragma, 20% apresentam gestação indesejada no primeiro ano de uso regular deste método. Entre as nulíparas e as usuárias de capuz cervical, 20% e 40%, respectivamente, apresentam gestação

indesejada nesse mesmo período (Hatcher, Trussell *et al.*, 1998). Não há, no entanto, restrições médicas quanto ao uso desses métodos por parte de mulheres com HIV/AIDS.

A esterilização é um bom método contraceptivo para mulheres com HIV que não desejam engravidar. Contudo, esse procedimento deve ser postergado caso a mulher apresente uma doença associada à AIDS.

Todos os métodos contraceptivos hormonais são adequados para a mulher HIV-positiva, com critérios clínicos de uso em tudo semelhantes aos das mulheres não infectadas pelo HIV, mesmo para as mulheres que já desenvolveram a síndrome clínica, a AIDS (WHO, 1996). Os contraceptivos hormonais tendem a ser mais efetivos para a prevenção de gestação, comparados aos métodos de barreira. Todavia, existe um receio de que os parceiros sexuais de uma mulher HIV-positiva que utiliza um método contraceptivo mais efetivo não façam uso consistente de preservativos (Diaz, Schable *et al.*, 1995). Além disso, algumas drogas anti-retrovirais podem reduzir a efetividade de alguns contraceptivos orais, requerendo ajuste de dose ou mudança para outro contraceptivo (Piscitelli, Flexner *et al.*, 1996; Leitz, Mildvan *et al.*, 2000).

De acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde, o uso de dispositivo intra-uterino (DIU) por mulheres infectadas pelo HIV não é recomendável, pelo risco de infecção pélvica e aumento de perda sanguínea (WHO, 1996). Porém, estudos recentes realizados pela Universidade de Nairobi e pela Family Health International (FHI) sugerem que o DIU pode ser usado com segurança por mulheres infectadas pelo HIV devidamente selecionadas e que tenham acesso regular aos serviços de saúde (Morrison, Sekadde-Kigundu *et al.*, 1999). De acordo com a Organização

Mundial de Saúde, mulheres HIV-positivas podem, em geral, usar o dispositivo intra-uterino com levonorgestrel (WHO, 1996).

A amenorréia da lactação é um evento fisiológico que pode ser utilizado como uma opção contraceptiva temporária por até seis meses após o parto por mulheres que estejam amamentando exclusivamente seus filhos e que não menstruem. Mas, mulheres HIV-positivas precisam saber que qualquer criança que elas amamentem pode se infectar com o HIV durante o aleitamento. O risco médio de aquisição da infecção pelo HIV através do leite materno é de, no mínimo, 16% (Nduati, John *et al.*, 2000).

2.9 Reprodução assistida para casais com HIV/AIDS

A reprodução assistida voltada para casais com HIV/AIDS constitui um tema de grande relevância no atual contexto da epidemia de HIV/AIDS. Na década de 1990, apesar de uma maior disponibilidade desses procedimentos na Europa, apenas um número muito limitado de centros nos Estados Unidos oferecia aos casais sorodiscordantes para o HIV opções (mais seguras) para a reprodução (Sauer, 2003). O desenvolvimento de técnicas adaptadas para a reprodução assistida visava principalmente evitar a transmissão heterossexual do HIV, a partir do esperma (contaminado) de um homem soropositivo para uma mulher não-infectada (Semprini, Levi-Setti *et al.*, 1992; Anderson, 1999).

Em 1994, o Comitê de Ética da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva desaconselhou a reprodução assistida para casais com HIV/AIDS pelo risco potencial de transmissão horizontal e vertical do HIV, e recomendou a testagem para o HIV para todos os casais que buscavam a reprodução assistida (Ethics Committee of the

American Society for Reproductive Medicine, 2004). Nessa ocasião, a infecção pelo HIV era considerada uma séria contra-indicação para uma gestação saudável.

Com o advento das terapias anti-retrovirais de alta potência (HAART) contra o HIV e o aumento substancial da sobrevida (Palella, Delaney *et al.*, 1998; Marins, Jamal *et al.*, 2003) e da qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS, assim como com a disponibilização de intervenções visando a redução das taxas de transmissão materno-infantil do HIV (Connor, Sperling *et al.*, 1994), espera-se um aumento na demanda de casais com HIV/AIDS por informações acerca das alternativas de uma gravidez mais segura e/ou reprodução assistida.

2.10 Opções reprodutivas para parceiras femininas soronegativas de homens infectados pelo HIV

A partir do final da década de 1980, um número crescente de casais sorodiscordantes para a infecção pelo HIV passou a buscar informações sobre a possibilidade de ter filhos. Um programa que trabalhe a concepção para casais sorodiscordantes em que a mulher é soronegativa deve ter como objetivo primário a maior segurança de todas as pessoas envolvidas. Os riscos de soroconversão da mulher, assim como o potencial de contaminação cruzada em laboratórios de infertilidade, constituem obstáculos a essas propostas. A questão central é saber se é possível coletar e processar uma amostra de sêmen de homem infectado pelo HIV visando uma concepção sem riscos de transmissão do HIV (Semprini, Levi-Setti *et al.*, 1992). Ainda assim, é questionável se os riscos de transmissão envolvidos no intercuro sexual

desprotegido (por ato desprotegido) são suficientemente relevantes para justificar todas as dificuldades e riscos relativos ao procedimento de inseminação em laboratório. O uso da HAART, assim como a limitação da exposição através da inseminação, pode não minimizar suficientemente o risco de transmissão do HIV para a mulher, tendo em vista a variabilidade da replicação do HIV no sêmen e a dissociação potencial da viremia no trato genital em situações em que se obtém supressão viral plasmática.

Obter uma amostra de sêmen não infectante de um homem soropositivo para o HIV não constitui tarefa simples, devido à ausência de conhecimento sobre o mecanismo preciso de entrada do HIV no trato genital masculino. As contribuições relativas dos testículos e epidídimo (produtores de esperma), das vesículas seminais (produtoras de fluido seminal), da próstata (produtora de enzimas seminais) e do ducto ejaculatório (transporte do sêmen e produção de fatores imunes) à presença do HIV no sêmen são desconhecidas. Quando uma amostra de sêmen é separada em seus componentes – *fluido seminal, leucócitos e espermatozóide* –, o HIV pode ser isolado como vírus livre no plasma seminal ou como vírus associado às células leucocitárias. A origem das células infectadas é desconhecida, mas isolados virais do trato genital podem, ou não, se mostrar associados àqueles identificados no sangue periférico, sugerindo que alguns isolados virais sejam derivados da circulação e outros do trato genital. A replicação viral no sêmen é intermitente e imprevisível, e nem sempre está correlacionada aos níveis de vírus no sangue. Homens com carga viral periférica elevada podem ter vírus indetectáveis no sêmen e vice-versa (Semprini, Levi-Setti *et al.*, 1992).

O HIV não parece infectar diretamente o espermatozóide. Assim, se a fração de espermatozóide pudesse, com sucesso, ser isolada dos leucócitos e dos componentes do plasma seminal, conforme rotineiramente realizado por centrifugação por *percoll*-gradiente para processamento de sêmen para inseminação intra-uterina, uma mulher poderia ser inseminada com segurança (Semprini, Levi-Setti *et al.*, 1992). Como se supõe que o HIV possa aderir à superfície do espermatozóide, torna-se essencial assegurar que a fração de espermatozóide esteja livre de HIV no momento da avaliação da segurança de um programa de inseminação.

Nos Estados Unidos, a Assisted Reproductive Foundation/ARP (Fundação de Reprodução Assistida) se baseia na coleta de amostras de sêmen espontaneamente produzidas pelo homem sem qualquer vírus detectável, ou seja, dividindo-se o esperma em seus componentes celulares, plasma e espermatozóide, o vírus é indetectável em todas estas frações. Utiliza-se também um procedimento de camas magnéticas, de modo a assegurar a remoção dos leucócitos da fração de esperma. O protocolo da ARP criopreserva o espermatozóide compactado para uso posterior, atendendo a questões legais e políticas relacionadas ao uso de sêmen obtido de homem HIV-positivo. Após avaliação de infertilidade, a mulher é submetida à indução da ovulação e à recuperação do óvulo. O espermatozóide compactado e criopreservado é utilizado na fertilização, e, então, o embrião é transferido para o útero. Esse procedimento praticamente elimina qualquer possibilidade da mulher ser exposta ao sêmen infectado, apesar de seus custos elevados e de a fertilização *in vitro* ser invasiva, impondo barreiras substanciais à participação de muitos casais.

Na Itália, foi desenvolvido um programa de processamento do sêmen e inseminação intra-uterina. Entre 2000 inseminações intra-uterinas, Semprini e colaboradores (1992) não identificaram qualquer caso de soroconversão entre as mulheres inseminadas. Sauer e Choi (2006) advertem que a soroconversão para o HIV após a inseminação intra-uterina ou após a fertilização *in vitro* nem sempre advém de inadequações da técnica de preparação do esperma. Aproximadamente, todos os casais sorodiscordantes para o HIV são sexualmente ativos e, por isso, estão sob risco de transmissão do vírus, em face do uso inconsistente/indevido do preservativo.

2.11 Opções reprodutivas para mulheres com HIV/AIDS

Quando lidamos com um casal no qual a mulher se encontra infectada pelo HIV, independente do status sorológico do parceiro masculino, a questão crucial é o potencial de transmissão do HIV para o feto ou para o recém-nascido. Quando o parceiro masculino é soronegativo, recomenda-se a concepção através da inseminação artificial, eliminando qualquer risco de transmissão do HIV para o homem, decorrente do ato sexual desprotegido com a parceira infectada.

Mas, ao contrário do cenário anterior, que se concentra nos aspectos técnicos visando a proteção da mulher não-infectada através do processamento do sêmen e fertilização *in vitro*, para a mulher infectada pelo HIV e fértil passa a ser importante minimizar o potencial de transmissão perinatal e, como para qualquer mulher com uma condição médica potencialmente grave e/ou crônica, avaliar sua condição de saúde, a longo prazo, no contexto de seus desejos reprodutivos. Assim como para as mulheres

com diabetes insulínodépendente, doenças do tecido conectivo ou que realizaram transplante renal, a mulher com HIV/AIDS deve ter o direito de decidir se está apta ou não a ter filhos. A mulher deve estar ciente de sua condição de saúde e dos possíveis efeitos da terapia anti-retroviral no desenvolvimento do feto.

Em relação ao potencial de transmissão perinatal, o nível de risco aceitável deve ser cuidadosamente avaliado. É essencial reduzir, por meio do uso da terapia anti-retroviral, o risco de transmissão para aproximadamente 1% em função de uma carga viral sanguínea não detectável. Diversas outras questões estão envolvidas na assistência à mulher soropositiva. Uma vez que a questão deve ser objeto do trabalho de uma equipe multidisciplinar, obter o apoio e compreensão de todos os membros da equipe é extremamente relevante. Não obstante, obter este apoio nem sempre é possível, tendo em vista o receio e a ignorância que ainda existem em relação ao HIV por parte dos diferentes profissionais de saúde.

2.12 Considerações éticas e legais: Direitos reprodutivos

No Brasil, o conceito de direitos reprodutivos e, mais recentemente, o de direitos sexuais, busca a integração de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade (Ventura, 2002). No âmbito dos direitos e deveres individuais e coletivos, a Constituição reconhece claramente: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a

inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.
(artigo 5º).

Alguns desses direitos são:

- o direito de decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição quanto ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos;
- o direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade;
- o direito de ter controle sobre o próprio corpo;
- o direito de exercer sua orientação sexual sem sofrer discriminação ou violência.

Em geral, a mulher HIV-positiva não pode optar pela interrupção da gravidez, uma vez que a legislação considera ilegal o aborto, podendo, no entanto, ser considerada irresponsável pela sociedade por gerar uma criança que pode nascer infectada e/ou ficar órfã, na eventualidade do seu adoecimento e morte.

Nos artigos 124 a 127 do Código Penal, existem duas exceções abertas na lei, permitindo o aborto: os casos de gravidez resultantes de estupro ou por razões terapêuticas, quando este é o único meio de proteger a vida da gestante.

O modelo mais adequado de assistência à saúde reprodutiva de mulheres com HIV/AIDS deveria oferecer aconselhamento sobre alternativas mais seguras de como conduzir a gestação, proteger o feto ou de como interrompê-la. Isto significa estabelecer

uma política social que ampare as mulheres e seus filhos de forma a que as mulheres possam exercer os seus direitos reprodutivos sem barreiras.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) implementou uma série de iniciativas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para as necessidades reprodutivas de casais com HIV/AIDS (MS, 2005).

Considerando a Portaria GM/MS nº 426, de 22 de março de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, e a necessidade de adotar mecanismos capazes de permitir o acesso dos casais inférteis, dos portadores de doenças genéticas e dos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das hepatites virais, usuários do Sistema Único de Saúde, aos serviços de Média e Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida, o Secretário de Atenção à Saúde determinou que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem, em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede (Anexos I e III da Portaria de nº 388, de 06 de julho de 2005).

Dados nacionais sobre a incidência de gestação em mulheres sabidamente infectadas pelo HIV, assim como os seus preditores, e o desejo de engravidar em populações de casais com HIV/AIDS e seus determinantes poderão nortear esta iniciativa do Ministério da Saúde. Assim, faz-se necessária uma melhor compreensão das questões relacionadas às escolhas reprodutivas e à fecundidade de casais com

HIV/AIDS em nosso meio, com foco nos principais temas: taxas de incidência de gestação, preditores de gestação e fatores associados ao desejo de engravidar.

Os dados obtidos pelo presente estudo poderão fornecer subsídios para o desenho de futuros estudos de intervenção, visando mudanças de comportamento mediante aconselhamento, para a prevenção da disseminação do HIV e/ou reinfeção de mulheres infectadas. Tais informações devem ser cuidadosamente avaliadas no Brasil, tendo em vista a extrema escassez de dados disponíveis no nosso meio. O presente estudo também poderá servir como linha de base para uma avaliação longitudinal dos preditores de gestação nessa população, assim como subsidiar uma futura proposta para o estabelecimento de um consenso com normas e regras para o aconselhamento de mulheres HIV-positivas voltado para a prevenção, concepção e contracepção.

Os objetivos gerais e específicos deste estudo foram:

- estimar a densidade de incidência de gestação e de aborto após a inclusão na coorte de mulheres com HIV/AIDS do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ e estudar os fatores preditores de gestação nesta coorte;
- descrever a frequência do desejo de engravidar e analisar os potenciais fatores sociodemográficos, comportamentais, subjetivos, clínicos e laboratoriais associados ao desejo de engravidar nessa coorte.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 A coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC: o acesso ao cuidado, a periodicidade do acompanhamento e a adesão

Na última década, o número crescente de mulheres infectadas pelo HIV levou o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/FIOCRUZ), no Rio de Janeiro, Brasil, a iniciar uma linha de pesquisa envolvendo especificamente esta população. A coorte de mulheres infectadas pelo HIV do IPEC-FIOCRUZ é uma coorte urbana, aberta, em andamento neste presente momento (outubro de 2006), estabelecida em 1996, com o objetivo de estudar a sua história natural de infecção por este vírus. São convidadas a integrar a coorte todas as mulheres com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV matriculadas no IPEC.

Entre 1996 e 2002, visando ampliar o conhecimento acerca dos aspectos clínicos, ginecológicos e laboratoriais, foi estabelecida a proposta de acompanhamento periódico anual das mulheres que integravam a coorte do IPEC/FIOCRUZ. Essas passaram a ser, então, acompanhadas prospectivamente no Ambulatório Integrado de Infectologia e Ginecologia do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, e no Setor de Patologia Cervical do Instituto Fernandes Figueira, ambas as unidades pertencentes à Fundação Oswaldo Cruz.

Em meados de 2001, novas frentes de pesquisas envolvendo a coorte de mulheres começaram a ser discutidas, principalmente no que tangia ao comportamento sexual e reprodutivo das mulheres com HIV/AIDS. Dessa forma, procedeu-se, ao longo do ano de 2002, a uma reestruturação dos formulários utilizados nas entrevistas, que teve como produto final um novo conjunto de formulários com perguntas objetivas, fechadas, acerca do comportamento sexual, das questões reprodutivas e contraceptivas voltadas para esta população de mulheres.

Em 2003, o aconselhamento sobre prevenção, concepção e contracepção foi instituído oficialmente como procedimento regular das visitas da coorte. A oferta de métodos contraceptivos passou a ocorrer de forma sistemática, sendo disponibilizados o método injetável (Depo-Provera) e o contraceptivo de emergência, além dos preservativos masculinos e femininos, que já vinham sendo fornecidos. Foram integrados à equipe psicólogos, responsáveis pela aplicação das entrevistas de comportamento e pelo aconselhamento. Baseada nestes procedimentos reformulados, uma nova proposta de acompanhamento foi estabelecida, cuja periodicidade entre as visitas regulares passou a ser semestral.

Ainda no ano de 2003, novas estratégias foram implementadas tendo como propósito a obtenção de uma adesão ótima às visitas de acompanhamento pré-agendadas. As intervenções implementadas para otimizar a adesão consistiram no envio de cartas-lembrete um mês antes das visitas regulares pré-agendadas, na confirmação sistemática destas consultas por telefone uma semana antes da data, em telegramas, quando necessário, e em visitas domiciliares, no caso de faltas consecutivas. Uma

pessoa devidamente habilitada da equipe foi treinada para implementar e desenvolver essas atividades.

O sucesso dessa estratégia foi avaliado através do cálculo da taxa de mulheres “em dia” com as suas visitas semestrais, da proporção de visitas semestrais realizadas com a periodicidade adequada e do número médio de visitas semestrais realizadas por cada paciente.

A partir de 1996 até dezembro de 2004, 503 mulheres foram incluídas na coorte, das quais 56 faleceram e 20 foram perdidas no processo de acompanhamento, em decorrência da mudança de domicílio (cidade). Entre as 427 mulheres em acompanhamento, 391 (91,6%) encontravam-se “em dia” com as visitas semestrais, 18 (4,2%) estavam atrasadas entre um e três meses e 18 (4,2%) atrasadas por mais de três meses em relação à data prevista para a visita semestral (Figura 3.1). Considerando o total de visitas semestrais realizadas nos anos de 2003 e 2004 (N= 1.354), constata-se que 95,9% ocorreram dentro da periodicidade esperada (Figura 3.2). O número médio de visitas semestrais realizadas por paciente foi de 3,0 visitas (desvio padrão [DP] $\pm 1,0$).

Até setembro de 2006, 636 mulheres foram incluídas na coorte, das quais 72 faleceram e 29 foram perdidas no processo de acompanhamento em decorrência de mudança de cidade. Entre as 535 mulheres em acompanhamento, 459 (85,8%) encontravam-se absolutamente “em dia” com as visitas semestrais, 26 (4,9%) estavam atrasadas entre um e três meses e 50 (9,3%) atrasadas mais de três meses em relação à data prevista para a visita semestral (Figura 3.3). Considerando-se o total de visitas semestrais realizadas entre os anos de 2003 e 2006 (N= 2766), 95,4% ocorreram com a

periodicidade esperada (Figura 3.4). O número médio de visitas semestrais realizadas por paciente foi 3,6 visitas (DP $\pm 2,1$). A distribuição das mulheres com HIV/AIDS inseridas na coorte do IPEC até o ano de 2006 (n = 636), considerando-se o município de residência no Estado de Rio de Janeiro, está apresentada na Tabela 3.1. O número de mulheres que residem fora do município do Rio de Janeiro é considerável (n = 230). A Figura 3.5 mostra a distribuição, por bairros de residência, das mulheres que residem no município do Rio de Janeiro (n = 406). De forma geral, verifica-se que não existe uma concentração de mulheres participantes da coorte apenas no entorno do IPEC/FIOCRUZ.

- Mulheres com última visita em dia
- Mulheres com última visita atrasada entre um e três meses
- Mulheres com última visita atrasada mais de três meses

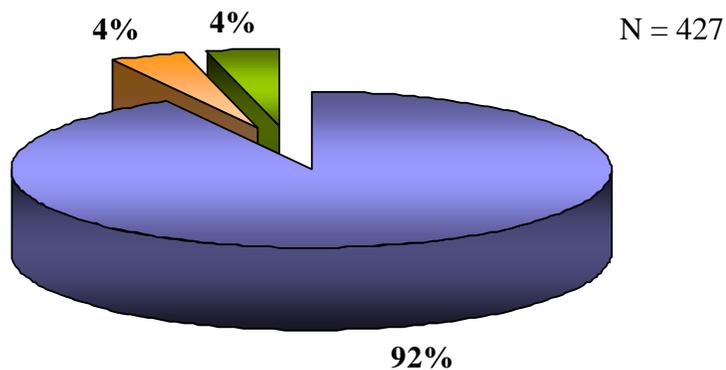


Figura 3.1: Percentual de adesão baseado na última visita de cada mulher realizada no ano de 2004. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.

- Visitas dentro da periodicidade esperada (2003 e 2004)
- Visitas fora da periodicidade esperada (2003 e 2004)

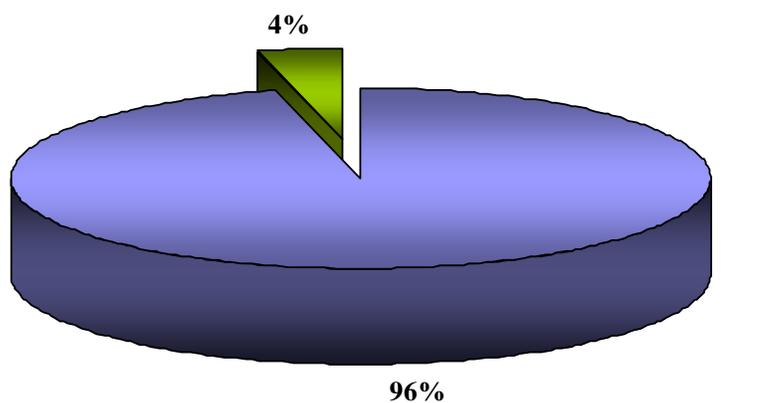


Figura 3.2: Percentual de adesão baseado na regularidade da periodicidade entre as visitas por mulher realizadas entre 2003 e 2004. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.

- Mulheres com última visita em dia
- Mulheres com última visita atrasada entre um e três meses
- Mulheres com última visita atrasada mais de três meses

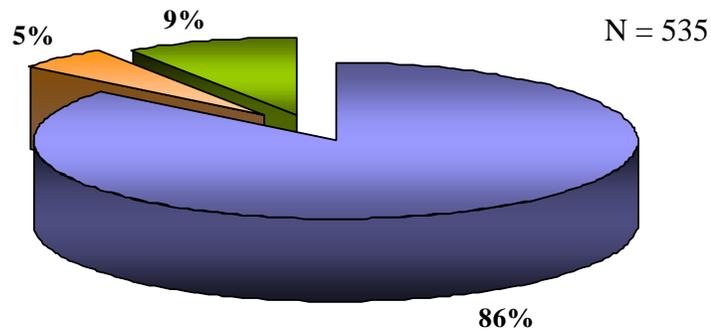


Figura 3.3: Percentual de adesão baseado na última visita de cada mulher realizada no ano de 2006. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.

- Visitas dentro da periodicidade esperada (2003 e 2006)
- Visitas fora da periodicidade esperada (2003 e 2006)

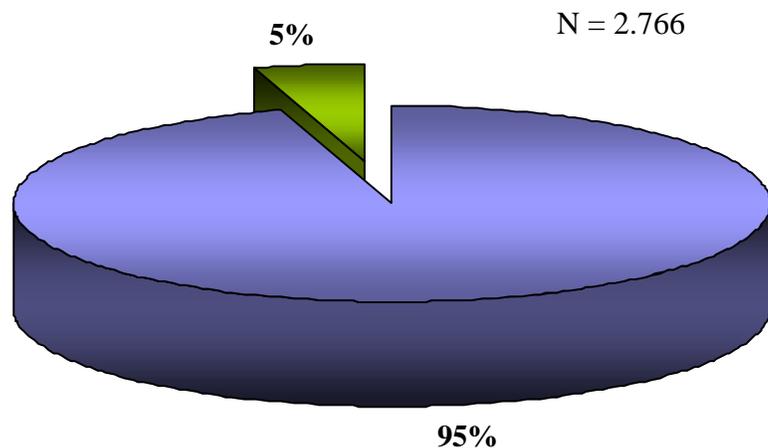


Figura 3.4: Percentual de adesão baseado na regularidade da periodicidade entre as visitas por mulher realizadas entre 2003 e 2006. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ.

Tabela 3.1: Distribuição das mulheres segundo municípios de residência no Estado do Rio de Janeiro. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2006.

Coorte de mulheres HIV+ - IPEC	
Município	Frequência
Angra dos Reis	4
Araruama	4
Belford Roxo	27
Campos dos Goytacazes	1
Duque de Caxias	50
Iguaba Grande	2
Itaboraí	3
Itaguaí	5
Japeri	3
Juiz de Fora	1
Macaé	1
Magé	4
Maricá	3
Mesquita	5
Nilópolis	10
Niterói	7
Nova Iguaçu	50
Paracambi	2
Paraíba do Sul	1
Petrópolis	1
Piabetá	2
Queimados	4
Quissamã	1
Rio das Ostras	2
Rio de Janeiro	406
São Gonçalo	13
São João de Meriti	23
Teresópolis	1
Total	636

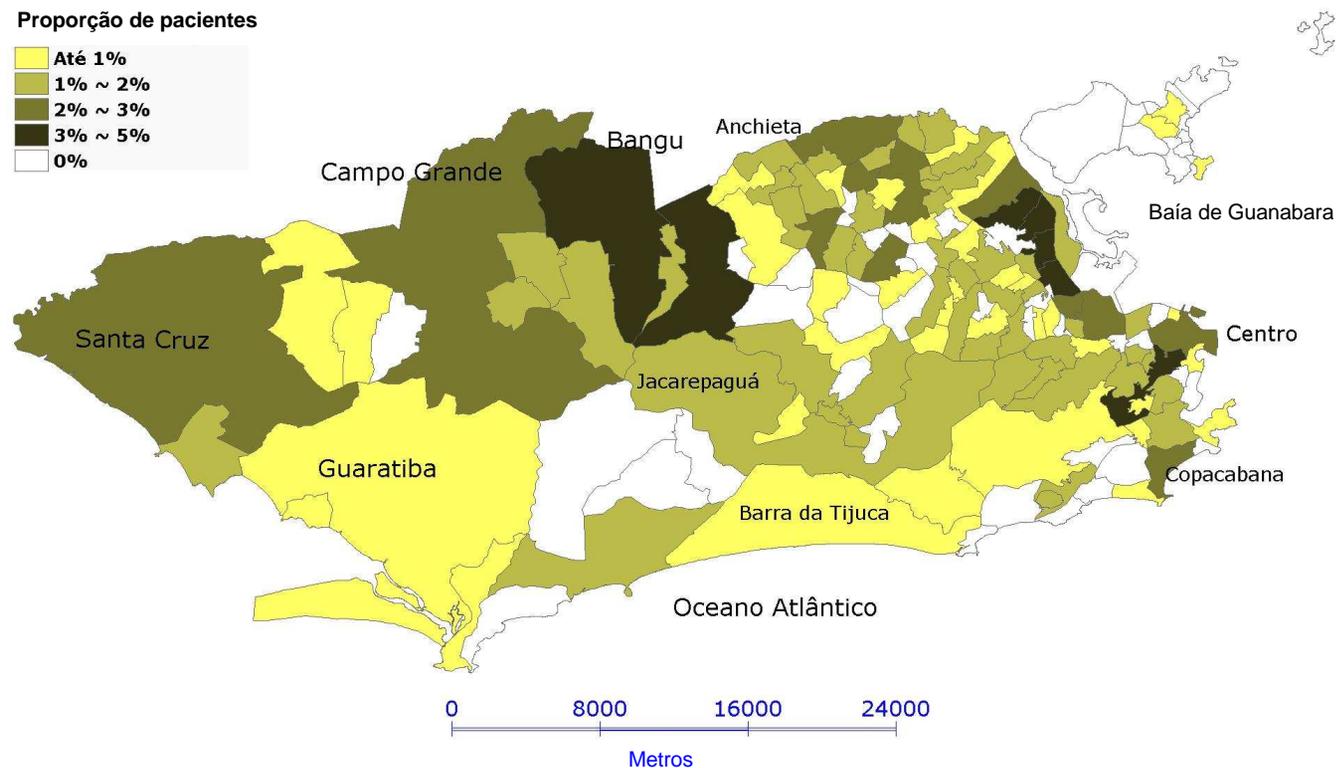


Figura 3.5: Distribuição das mulheres segundo o bairro de residência no município do Rio de Janeiro. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2006.

3.2 Procedimentos adotados na coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC

A partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os demais procedimentos realizados na coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC envolvem as entrevistas ginecológica e comportamental, por meio da aplicação de formulários pré-estruturados, cuidados ginecológicos, coleta de espécimes biológicos, assim como o aconselhamento sobre prevenção, concepção e contracepção (Tabelas 3.2 e 3.3). Com o objetivo de uniformizar a coleta de dados entre os profissionais que aplicam as entrevistas, os treinamentos com a equipe são realizados de forma periódica.

3.3 Exames laboratoriais

As pacientes em acompanhamento na coorte de mulheres com HIV/AIDS do IPEC têm espécimes colhidos para os seguintes exames laboratoriais (Tabela 3.2): pH vaginal, teste de Whiff, exame a fresco com pesquisa de *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp* e *clue cells*, colpocitologia oncótica tríplice, coloração de Gram e cultura para fungos (fundo de saco vaginal e cérvix uterino), pesquisa de HPV (*swab* cervical ou vaginal) através da técnica de Captura Híbrida (HC II-Digene Inc), carga viral do HPV (expressa em log/RLU), teste não treponêmico (VDRL ou RPR), seguido de exame confirmatório (FTAabs), caso seja positivo o primeiro exame para sífilis, e sorologia para as hepatites B (HbsAg, Anti-HBs e Anti-HBc) e C (Anti-HCV).

A avaliação imunológica, realizada através da contagem de linfócitos TCD4+ e TCD8+, segue o fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Em geral, esse exame é

realizado a cada quatro meses ou de acordo com a indicação clínica, assim como a carga viral plasmática para o HIV (PCR-RNA).

Tabela 3.2: Procedimentos realizados no âmbito da Assistência Ginecológica. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ

	Visita inicial/V0	Visita semestral	Visita Anual	Visita extra
Consulta ginecológica	x	x		X
Exame ginecológico	x	x		X
Colposcopia	x			*IM
Exames laboratoriais				
pH vaginal	x	x		*IM
Teste de Whiff	x	x		*IM
Exame a fresco para <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Candida sp</i> e <i>clue cells</i>	x	x		*IM
Colpocitologia	x	x		*IM
Coloração de Gram e cultura para fungos	x	x		*IM
Captura Híbrida para HPV	x	x		
Carga viral do HPV	x	x		
VDRL/FTA-aBS	x		X	*IM
HBsAG/Anti-HBS/Anti-HBC	x		x	*IM
Anti-HCV	x		x	*IM

Visita semestral – visita regular da assistência ginecológica.

Visita anual – procedimentos da assistência realizados anualmente.

*IM – procedimentos que são solicitados em visita extra, de acordo com a indicação médica (IM).

Tabela 3.3: Procedimentos gerais. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ

	Visita inicial	Visita semestral	Visita extra
Entrevista ginecológica	X	x	X
Entrevista comportamental	X	x	
Aconselhamento sobre prevenção, concepção/contracepção	X	X	X
Transcrição do prontuário *	X	x	

* Transcrição do prontuário – procedimento realizado na visita inicial e uma vez a cada semestre, e que inclui a coleta de dados clínicos e a captura dos resultados dos exames laboratoriais que constam do prontuário médico, utilizando-se para tal fim formulário pré-estruturado.

3.4 Coleta dos dados e estruturação das bases de dados

A coleta dos dados da coorte vem sendo realizada mediante entrevistas orientadas por meio da aplicação de *Kits* de formulários semi-estruturados intitulados: “Comportamento”, “Ginecológico”, “Queixas atuais”, “Exame físico ginecológico” e “Laboratório ginecológico” (Anexo I). A coleta dos dados clínicos e dos resultados de exames laboratoriais dos espécimes biológicos é realizada mediante captura das informações provenientes dos prontuários para formulário semi-estruturado.

Um sistema baseado no programa Teleform® for Windows, versão 6.1, Cardiff Software, Inc., realiza a exportação automática dos dados, o controle da qualidade e a validação e o armazenamento destes, permitindo a integração com os sistemas de gerenciamento e análise de dados comerciais amplamente utilizados e difundidos (SAS, SPSS, EpiInfo). Entre as vantagens oferecidas pelo sistema baseado no programa Teleform está a redução de tempo, custos e erros em comparação com sistemas que fazem uso de entrada manual de dados.

3.5 Desenho do estudo

Nesta tese duas análises foram realizadas. A primeira refere-se aos fatores preditores da gestação. Trata-se de uma análise de dados longitudinais, na qual uma coorte de mulheres, infectadas pelo HIV, é acompanhada ao longo do tempo, observando-se, assim, a ocorrência ou não de uma gestação ao longo do período. Por se tratar de uma análise de sobrevivência, o modelo de riscos proporcionais de Cox foi utilizado. Na segunda

análise, o objetivo foi identificar os fatores associados ao desejo de engravidar. Trata-se de uma análise seccional na qual a variável-desfecho refere-se ao desejo de engravidar, declarado durante a primeira visita de acompanhamento de mulheres fecundas realizadas no ano de 2004. Nesse caso, sendo a variável dicotômica, utilizou-se o modelo de regressão logística (Allison, 1999; Hosmer e Lemeshow, 2000).

3.6 Análise Estatística

3.6.1 Modelo de riscos proporcionais de Cox

Modelos de sobrevida são adequados para análises que levam em conta o tempo de exposição ao risco. Outra importante vantagem desses modelos é a possibilidade de incorporar observações censuradas, isto é, observações que, ao final do processo de acompanhamento, não experimentaram o evento (Allison, 1995). No caso da coorte do IPEC, um número considerável de mulheres não engravidou e, por isso, as observações referentes a essas mulheres devem ser censuradas. O modelo de riscos proporcionais de Cox foi utilizado para estimar o risco de engravidar após o início do acompanhamento na coorte. Esse modelo tem sido extremamente utilizado, principalmente pelo fato de não se precisar escolher uma estrutura paramétrica, a priori, para a função de risco – *hazard function* (Hosmer e Lemeshow, 1999). Além disso, o modelo de riscos proporcionais de Cox acomoda, facilmente, variáveis que se alteram ao longo do tempo, denominadas tempo-dependentes.

Uma função de risco pode ser expressa como o produto de duas funções:

$$h_i(t) = \lambda_0(t)r(x_i, \beta).$$

A primeira, $\lambda_0(t)$, caracteriza mudanças na função de risco como resultado do tempo de sobrevivência, enquanto a segunda – $r(x_i, \beta)$ – destaca mudanças em função das covariáveis relativas aos indivíduos. Essas funções devem ser escolhidas de modo que $h_i(t) > 0$. A função de risco será igual a $\lambda_0(t)$ quando $r(x_i, \beta) = 1$, no entanto, quando $r(x_i = 0, \beta) = 1$, $\lambda_0(t)$ é denominada função de risco da linha de base (*baseline hazard function*).

O modelo de riscos proporcionais de Cox é obtido, assumindo-se $r(x_i, \beta) = e^{\beta'x_i}$ (Cox, 1972):

$$h_i(t) = \lambda_0(t)e^{\beta'x_i}.$$

Tomando-se o logaritmo neperiano de ambos os lados, o modelo é expresso por:

$$\ln h_i(t) = \alpha(t) + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_p x_{ip}.$$

Onde: $\alpha(t) = \ln \lambda_0(t)$. Quando $\alpha(t)$ é igual a uma constante, α , independente do tempo t , o modelo obtido é o exponencial. Mas, se $\alpha(t)$ define uma relação linear com o tempo, $\alpha(t) = \alpha t$, temos o modelo de Gompertz. Finalmente, se $\alpha(t) = \alpha \ln t$, o modelo gerado é o de Weibull.

No modelo de riscos proporcionais de Cox, no entanto, tais escolhas não precisam ser feitas, pois a razão de risco (RR) - conhecido na língua inglesa por *hazard ratio* - de

dois indivíduos, i e j , não depende do tempo, mas somente da função das covariáveis dos indivíduos:

$$\frac{h_i(t)}{h_j(t)} = \exp\{\beta_1(x_{i1} - x_{j1}) + \dots + \beta_p(x_{ip} - x_{jp})\}.$$

Dessa forma, o modelo de Cox é definido como de riscos proporcionais, pois a razão de risco é constante ao longo do tempo. Além disso, é com base na razão de risco que os parâmetros são interpretados. Para uma variável dicotômica x que assume os valores 0 e 1, a razão de risco é expressa por:

$$RR = e^{\beta}.$$

O método da máxima verossimilhança tem sido amplamente utilizado para estimar parâmetros de uma enorme gama de modelos. Pode-se mostrar que a verossimilhança do modelo de riscos proporcionais pode ser fatorado em duas partes: uma que depende de $\lambda_0(t)$ e β e outra que depende apenas do vetor de parâmetros β (Allison, 1995; Hosmer e Lemeshow, 1999; Therneau e Grambsch, 2000). No entanto, a aplicação desse procedimento de estimação requer que a função de verossimilhança seja maximizada não somente em relação ao vetor de parâmetros β , mas também em relação à $\lambda_0(t)$. Da maneira como o modelo de riscos proporcionais é definido, não há uma forma explícita do componente de erro e, portanto, o método da máxima verossimilhança não pode ser utilizado. O método utilizado, então, é o da verossimilhança parcial, proposto por Cox (1972).

A verossimilhança parcial descarta a primeira parte que depende de $\lambda_0(t)$ e β , e trata a segunda que depende apenas do vetor de parâmetros de interesse, β , como se fosse uma função de verossimilhança comum. Uma vez que há uma perda de informação do vetor de parâmetros β , as estimativas não são inteiramente precisas, pois os erros padrão são maiores do que aqueles obtidos por meio da utilização da função de verossimilhança completa. No entanto, na maioria das vezes a perda de eficiência é muito pequena. Ademais, essas estimativas são consistentes e em grandes amostras são normalmente distribuídas (Allison, 1995).

O *software* SAS versão 9.1 foi utilizado no presente estudo para estimar os parâmetros do modelo de riscos proporcionais de Cox, por meio do procedimento “phreg” (SAS, 2002-2005). Esse procedimento permite o cálculo de vários tipos de resíduos para cada indivíduo: Cox-Snell, *martingale* e *deviance*. Segundo Allison (1995), o resíduo de Cox-Snell não é muito informativo para o modelo de Cox. Como o resíduo de *martingale* é uma transformação do resíduo de Cox-Snell, no presente estudo, o procedimento *deviance* é utilizado para avaliar o ajuste do modelo.

O resíduo *deviance* é simetricamente distribuído em torno de zero, com desvio padrão aproximadamente igual a 1. Resíduos negativos indicam tempo de sobrevida maior do que o esperado, enquanto resíduos positivos indicam tempo de sobrevida menor do que o esperado. Dessa forma, os resíduos podem ser analisados semelhantemente aos obtidos por meio de um modelo linear. Os resíduos podem identificar “*outliers*” e, quando plotados com as covariáveis, podem indicar se o modelo foi ajustado adequadamente.

3.6.2 Modelo de regressão logística

O modelo de regressão logística tem sido o mais utilizado para identificar fatores associados a variáveis-resposta binárias, ou seja, variáveis que assumem apenas dois valores (0 e 1). Na análise do desejo de engravidar, a variável-resposta assume o valor 1, se a mulher tiver declarado que desejou engravidar nos últimos seis meses, e valor 0 (zero), caso contrário. Dado um conjunto de p variáveis explicativas, o modelo logístico é expresso por:

$$\ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip},$$

onde p_i é a probabilidade de uma mulher ter desejado engravidar, isto é, a probabilidade de $y_i = 1$. A expressão $\ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ representa o logaritmo neperiano da chance de uma mulher manifestar o desejo de engravidar (Allison, 1999).

A interpretação dos parâmetros do modelo é feita por meio da razão de chance, que é simplesmente definida pela exponenciação do parâmetro:

$$\text{Razão de chance (RC)} = e^\beta.$$

O método utilizado para estimar os parâmetros é o da máxima verossimilhança, mas a solução não é explícita. Dessa forma, métodos iterativos são necessários no processo de estimação. O método mais usado é o de Newton-Raphson (Allison, 1999; Hosmer e Lemeshow, 2000).

O teste de Wald e o da razão de verossimilhança são utilizados para seleção das variáveis do modelo. O *software* SAS versão 9.1 foi utilizado para estimar os parâmetros por meio do procedimento para regressão logística “proc logistic” (SAS, 2002-2005). Esse procedimento disponibiliza uma série de estatísticas para avaliar os resíduos e, conseqüentemente, o ajuste do modelo. Nessa análise, utilizou-se a estatística “DFBETAS” que revela o quanto os parâmetros de um modelo se alteram quando uma observação específica é excluída. Essa variação é, então, dividida pelo erro padrão do parâmetro estimado (Allison, 1999).

No presente estudo, diversas variáveis apresentaram células esparsas (poucas observações), quando cruzadas com a variável-resposta. Nesses casos, as estimativas obtidas pelo método da máxima verossimilhança podem ser inapropriadas. Esse problema é resolvido utilizando-se o modelo logístico exato disponível no SAS desde a versão 8.1. Dessa forma, é possível calcular estimativas para os parâmetros, seus erros padrão e valor-p para os testes estatísticos, empregando a metodologia baseada na exata permutação das distribuições (Stokes, Davis *et al.*, 2000).

3.6.3 Multicolinearidade

Multicolinearidade ocorre quando as variáveis incluídas no modelo são altamente interdependentes. A multicolinearidade faz com que os parâmetros estimados sejam mais instáveis, com erros padrão maiores. Dessa forma, variáveis com efeitos frágeis individualmente podem apresentar forte efeito, quando analisadas em conjunto (Allison, 1999).

A forma mais usual de se avaliar a multicolinearidade é utilizar a correlação, no caso de variáveis contínuas ou ordinais, ou medidas de associação, para variáveis nominais. Mesmo quando nenhum par de variáveis apresenta alta correlação, é possível que um conjunto de variáveis, analisadas simultaneamente, possa apresentar forte interdependência. Assim, a multicolinearidade entre as variáveis foi avaliada utilizando-se o fator de inflação de variância – *FIV* (*Fator de Inflação de Variância*). O *FIV* para a k -ésima variável pode ser definido por:

$$FIV_k = \frac{1}{(1-R_k^2)}, \quad k = 1, 2, \dots, p,$$

onde: R_k^2 é o coeficiente de determinação múltipla obtido por meio do modelo de regressão, tendo X_k como variável-resposta e as demais $(p-1)$ variáveis como independentes.

Quando a variável X_k , não é linearmente relacionada com as demais variáveis independentes, $R_k^2 = 0$ e o fator de inflação de variância é igual a 1. Quando $R_k^2 \neq 0$, $FIV_k > 1$. Se X_k está perfeitamente associado linearmente a alguma variável independente no modelo, $R_k^2 = 1$ e, conseqüentemente, o valor de FIV_k tende a $+\infty$ (Neter & Wasserman, 1996). Outra forma de se avaliar a multicolinearidade é através da tolerância (TOL_k), que é definida como o inverso de FIV_k (Allison, 1999).

Valores de FIV_k maiores do que 10 indicam forte interdependência, ou seja, multicolinearidade (Neter, Kutner *et al.*, 1996). No entanto, em modelos logísticos, a

presença de multicolinearidade pode ser definida por valores de FIV_k acima de 2,5 - ($TOL_k < 0,4$) - (Allison, 1999).

3.7 Aspectos éticos

As pacientes são informadas regularmente quanto à importância de sua participação nas entrevistas, e são esclarecidas de que não são obrigadas a responder qualquer pergunta caso não concordem. São também informadas quanto ao sigilo e à confidencialidade de suas consultas médicas e de todas as informações por elas disponibilizadas quando dessas consultas. Igualmente são orientadas quanto à importância da adesão às consultas médicas e abordadas quanto à melhor forma de contato e esclarecimento, em caso de necessidade.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi lido e explicado para cada paciente, e a participação neste estudo somente ocorreu mediante a assinatura deste termo, sendo uma cópia entregue à paciente. Foram também informadas da relevância de sua participação nesta pesquisa e tiveram assegurada sua assistência no hospital, independentemente de sua participação ou não no estudo. A responsabilidade assistencial, incluindo seus aspectos médico-legais, cabe às unidades assistenciais envolvidas. Às pacientes que desejaram, foi fornecido atestado médico para justificar falta ao trabalho, sem mencionar o motivo da consulta.

CAPÍTULO 4

PREDITORES DE GESTAÇÃO

4.1 Introdução

A maioria das mulheres com HIV/AIDS encontra-se em idade reprodutiva (UNAIDS, 2005a). Assim sendo, a infecção pelo HIV nas mulheres constitui um relevante problema de saúde pública devido ao seu impacto sobre a saúde das mulheres e ao risco de transmissão do HIV para os seus bebês, porventura expostos, e para os seus parceiros sexuais masculinos não infectados. O problema é de especial importância nos países em desenvolvimento, onde se concentram a maioria das novas infecções pelo HIV (WHO, 2000; UNAIDS, 2005a) e onde a infra-estrutura deficiente dos sistemas de saúde e a limitação de recursos financeiros determinam impacto significativo sobre a implementação de programas de assistência e de prevenção de fato abrangentes e resolutivos, inclusive programas para redução do risco de transmissão do HIV de mãe para filho (conhecidos internacionalmente pela sigla em língua inglesa MTCT)(UNAIDS, 2005b).

O advento das terapias anti-retrovirais de alta potência (HAART) reduziu substancialmente a morbidade e a mortalidade associadas à infecção pelo HIV (Palella, Delaney *et al.*, 1998; Marins, Jamal *et al.*, 2003; Campos, Ribeiro *et al.*, 2005), melhorando a qualidade de vida das pessoas com o HIV/AIDS (conhecidos internacionalmente pela sigla em língua inglesa PLWA) (Mannheimer, Matts *et al.*, 2005).

Além disso, a MTCT pode ser reduzida a menos de 2% por meio do uso combinado da HAART, da substituição do aleitamento materno (por leite obtido de bancos de leite ou fórmula) e da cesariana eletiva (Mofenson, 2003). Onde há disponibilidade dessas intervenções, alguns autores têm relatado uma tendência de aumento do número de gestações entre mulheres com HIV/AIDS (Blair, Hanson *et al.*, 2004). Nesse sentido, as questões relacionadas às escolhas reprodutivas, em especial, à fecundidade, têm assumido relevância cada vez maior.

No Brasil, foi implementado um programa abrangente de assistência aos indivíduos com HIV/AIDS, com distribuição ampla e gratuita da HAART. Dados reportados ao Ministério da Saúde indicam que as mulheres correspondem a 35% dos 385.784 casos de AIDS registrados no Brasil até o final de 2005. Estima-se que aproximadamente 12.644 mulheres com HIV/AIDS dêem à luz por ano (MS, 2005). Não há, no entanto, no Brasil, dados disponíveis sobre a incidência de gestação nas mulheres com HIV/AIDS e, tampouco, sobre os seus preditores.

O objetivo do presente estudo foi estimar a taxa de incidência de gestação, assim como identificar os seus preditores na população de mulheres com HIV/AIDS em acompanhamento na coorte do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC).

4.2 Métodos

4.2.1 População do estudo

Foram incluídas na análise as mulheres com HIV/AIDS com plena capacidade reprodutiva (até 49 anos de idade, não-histerectomizadas, sem histórico de laqueadura

tubária ou menopausa), no momento da inclusão na coorte. Aquelas que estavam grávidas no momento da entrada na coorte, assim como aquelas que tiveram apenas uma visita durante o período de observação, foram excluídas. Esta análise compreendeu 225 mulheres com HIV/AIDS, acompanhadas até o final do período de observação, em dezembro de 2003.

4.2.2 Procedimentos

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as mulheres foram acompanhadas, prospectivamente, com avaliações ginecológico-obstétricas e comportamentais, através da aplicação de questionários pré-estruturados. Os procedimentos realizados nessa coorte encontram-se descritos no capítulo metodológico da presente tese e por Grinsztejn e colaboradores (2006). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC/FIOCRUZ.

4.2.3 Análise estatística

Trata-se de um estudo longitudinal, no qual este subgrupo de mulheres pertencentes à coorte do IPEC foi monitorado a partir de sua inclusão na coorte até a ocorrência da primeira gestação, o evento de interesse, ou a censura, que significa a não ocorrência de gestação até o fim do período sob observação.

As observações referentes às mulheres que foram submetidas à histerectomia (1,3%), à laqueadura tubária (8,0%), assim como aquelas que entraram na menopausa

(5,7%) após a entrada na coorte, foram censuradas no momento da ocorrência de tais eventos. Cabe enfatizar que também foram censuradas as mulheres à medida que completavam 50 anos durante o período de monitoramento, assim como aquelas que porventura evoluíram para óbito.

Utilizamos o modelo de riscos proporcionais de Cox para identificar fatores associados com o risco das mulheres engravidarem. Após a análise univariada, as covariáveis associadas à gravidez e significativas em nível de 25% foram inseridas na análise multivariada. Variáveis significativas em nível de 5% (valor-p=0,05) foram retidas no modelo multivariado. O pressuposto de proporcionalidade do modelo de riscos proporcionais de Cox foi testado por meio da inclusão de interações entre a variável “tempo” e as demais covariáveis. Foi realizada análise de resíduos visando avaliar a adequabilidade do modelo. O *software* SAS (SAS, 2002-2005) foi utilizado na geração de todos os modelos.

As variáveis explicativas utilizadas nessa análise foram extraídas da entrevista de inclusão das mulheres na coorte (Tabela1, Anexo II).

4.3 Resultados

A idade média da população de mulheres considerada foi de 32 anos, com variação entre 16 e 47 anos de idade, sendo que 135 (60,0%) delas tinham idade igual ou superior a 30 anos (Tabela 4.1). Cerca da metade das mulheres se auto-declarou como pertencente à raça branca (54,7%) e 45,3% delas como não-brancas. A grande maioria (75,1%) tinha renda média familiar mensal até cinco salários-mínimos. Em termos gerais, 49,1% estavam empregadas no momento de suas inclusões na coorte e 35,1% declararam ter apenas três

anos de escolaridade. Menos de um terço (30,2%) das mulheres estava vivendo em união quando de sua inclusão na coorte e 76,4% tinham ao menos um filho vivo. O percentual de mulheres que relataram ter ou já ter tido filhos infectados pelo HIV foi de 20,1%.

Quase metade das mulheres (43,1%) relatou ter consumido álcool e 81 (36,0%) reportaram haver usado algum tipo de droga ilícita, enquanto 8,6% destas (7/81) tinham histórico de uso de drogas injetáveis. A média do número de parceiros sexuais na vida foi de 9,6 (DP: 19,3; mediana: quatro parceiros) e a média de idade no momento do primeiro intercurso sexual foi de 17,9 anos (DP: 3,7). Histórias de abuso sexual e de violência doméstica foram relatadas por 20,9% e 24,4% das mulheres, respectivamente. Cerca da metade da população do estudo declarou ter tido outra infecção sexualmente transmissível (IST) em algum momento de suas vidas.

A aquisição da infecção pelo HIV através do contato heterossexual foi referida por 165 mulheres (73,3%), enquanto duas (0,9%) podem ter sido infectadas através do uso compartilhado de agulhas e seringas para injeção de drogas. No momento da inclusão na coorte, 27,6% das mulheres apresentavam contagem de células TCD4+ abaixo de 200 cels./ml; a média de células TCD4+ nestas mulheres foi de 397. História de infecção oportunista anterior ao momento da visita inicial foi relatada por aproximadamente um quarto (24,0%) das mulheres.

Tabela 4.1: Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas das mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 1996-2003.

Características	Número de casos (n)	Proporção (%)
Idade		
< 30 anos	90	40,0
≥ 30 anos	135	60,0
Raça/Cor		
Branca	123	54,7
Negra	39	17,3
Mulato	63	28,0
Nível de educação (anos)		
0 - 3	79	35,1
4 - 8	63	28,0
9 ou mais	83	36,9
Renda familiar mensal		
< 2 salários-mínimos	93	41,3
2 a 5 salários-mínimos	76	33,8
> 5 salários-mínimos	55	24,4
Número de filhos vivos		
Nenhum	53	23,6
Um ou mais	172	76,4
Vivendo em união na visita inicial		
Casada/em união	68	30,2
Não unidas	157	69,8
Número de parceiros na vida		
0-10	189	84,0
> 10	36	16,0
Idade no primeiro intercurso sexual		
≤ 16 anos	88	39,1
> 16 anos	137	60,9
História de abuso sexual		
Sim	47	20,9
Não	178	79,1
História de violência doméstica		
Sim	55	24,4
Não	170	75,6
História de outra IST		
Sim	109	48,4
Não	116	51,6
Consumo diário de álcool		
Não bebe	153	68,0
1-2 copos	23	10,2
3 ou mais copos	49	21,8
Já usou algum tipo de droga ilícita		
Sim	81	36,0
Não	144	64,0
Contagem de células TCD4+		
< 200	62	27,6
≥ 200	163	72,4
Usa anti-retrovirais		
Sim	147	65,3
Não	78	34,7
Já teve infecção oportunista		
Sim	54	24,0
Não	171	76,0

A quase totalidade (90,0%) da população do estudo relatou ao menos uma gestação prévia, e o número médio de gestações foi de 2,6. A idade média na ocasião da primeira gestação foi de 20,6 anos (DP: 5,0). Histórias de aborto induzido e espontâneo foram relatadas por 41,8% e 25,8% das mulheres, respectivamente. O tempo médio de acompanhamento para essa população foi de 4,2 anos.

Entre as 225 mulheres incluídas na análise, 17,0% (n = 39) ficaram grávidas pelo menos uma vez após o diagnóstico do HIV. Gestações repetidas ocorreram em 33,3% (13/39) das mulheres que ficaram grávidas após o diagnóstico da infecção pelo HIV. Ao todo, 60 gestações foram registradas durante o período considerado para esta análise. A taxa de incidência de gestação subsequente ao diagnóstico do HIV nessa população foi, portanto, de 6,9% mulheres/ano de acompanhamento (IC 95%: 5,2%-8,6%).

Os dados referentes aos desfechos dessas gestações estavam disponíveis para 58 das 60 gestações, das quais 31 (53,4%) resultaram em partos (um parto de gêmeos), 9 (15,5%) em abortos espontâneos e 18 (31,0%) em abortos induzidos. A incidência de abortos induzidos foi de 2,1% mulheres/ano de acompanhamento (IC 95%: 1,2%-3,0%). Todos os bebês, exceto um, eram HIV-negativos.

4.3.1 Modelo não ajustado

Os resultados do modelo de riscos proporcionais de Cox não ajustado estão apresentados na Tabela 4.2. As mulheres com menos de 30 anos de idade apresentaram maior risco de engravidar do que as mulheres com 30 anos ou mais (RR = 3,677). Aquelas

que moravam com um parceiro apresentaram um risco, aproximadamente duas vezes maior do que aquele observado para as mulheres que não moravam com um parceiro (RR = 2,077).

Foi observado um risco de engravidar 80,0% maior entre as mulheres com 16 anos de idade, ou menos, no momento do primeiro intercuro sexual, em comparação com aquelas com mais de 16 anos, considerando um nível de significância de 10% (i.e. valor-p = 0,10).

Mulheres em uso de terapia anti-retroviral no momento da inclusão na coorte se mostraram mais propensas a engravidar, em comparação com aquelas que não estavam em terapia anti-retroviral (RR = 1,935; valor-p<0,05). Verificou-se que as covariáveis “escolaridade igual ou superior a nove anos” (valor-p = 0,11), “consumo diário de bebida alcoólica entre um a dois copos” (valor-p = 0,12) e “contagem de TCD4+ <200 cels./ml” (valor-p = 0,19) se mostraram associadas a um menor risco de engravidar.

Tabela 4.2: Coeficientes, erros padrão, razão de risco e intervalo de confiança, obtidos pelo modelo de risco proporcional de Cox não ajustado. IPEC/FIOCRUZ, 1996-2003.

Características	Coeficiente	Erro padrão	Razão de risco	IC 95%
Idade				
< 30 anos	1,302 ^a	0,356	3,677	(1,830; 7,387)
≥ 30 anos	0,000	-	1,000	
Raça/Cor				
Branca	0,000	0,000	1,000	
Negra	-0,279	0,455	0,756	(0,310; 1,846)
Mulato	-0,471	0,406	0,624	(0,282; 1,384)
Nível de educação (anos)				
0 - 3	0,000	-	1,000	
4 - 8	-0,008	0,366	0,992	(0,484; 2,033)
9 ou mais	-0,660 ^c	0,417	0,517	(0,228; 1,170)
Renda familiar mensal				
< 2 salários-mínimos	0,165	0,405	1,179	(0,533; 2,609)
2 a 5 salários-mínimos	-0,150	0,450	0,861	(0,356; 2,079)
> 5 salários-mínimos	0,000	-	1,000	
Número de filhos vivos				
Nenhum	0,000	-	1,000	
Um ou mais	-0,063	0,367	0,938	(0,457; 1,928)
Vivendo em união				
Casada/em união	0,731 ^a	0,322	2,077	(1,105; 3,904)
Não unidas	0,000	-	1,000	
Número de parceiros na vida				
0-10	0,000	-	1,000	
> 10	0,108	0,418	1,114	(0,491; 1,528)
Idade no primeiro intercurso sexual				
≤ 16 anos	0,585 ^b	0,320	1,795	(0,959; 3,361)
> 16 anos	0,000	-	1,000	
História de abuso sexual				
Sim	0,242	0,368	1,273	(0,619; 2,620)
Não	0,000	-	1,000	
História de violência doméstica				
Sim	0,132	0,356	1,141	(0,568; 2,293)
Não	0,000	-	1,000	
História de outra IST				
Sim	-0,145	0,322	0,865	(0,460; 1,626)
Não	0,000	-	1,000	
Consumo diário de álcool				
Não bebe	0,000	-	1,000	
1-2 copos	0,714 ^c	0,455	2,042	(0,837; 4,982)
3 ou mais copos	-0,227	0,426	0,796	(0,346; 1,837)
Já usou algum tipo de droga ilícita				
Sim	0,176	0,326	1,192	(0,629; 2,259)
Não	0,000	-	1,000	
Contagem de células TCD4+				
< 200	-0,587 ^c	0,444	0,556	(0,233; 1,327)
≥ 200	0,000	-	1,000	
Usa anti-retrovirais				
Sim	0,660 ^a	0,321	1,935	(1,031; 3,630)
Não	0,000	-	1,000	
Já teve infecção oportunista				
Sim	-0,342	0,445	0,710	(0,297; 1,699)
Não	0,000	-	1,000	

^a p<0,05; ^b p<0,10; ^c p<0,25.

4.3.2 Modelo ajustado

Os resultados do modelo de risco proporcional de Cox ajustado encontram-se na Tabela 4.3. Conforme pode ser visto, mulheres com menos de 30 anos de idade apresentaram um risco de engravidar 2,4 vezes maior do que aquele observado entre as mulheres com idade igual ou superior a 30 anos (RR = 3,423). Aquelas que moravam com um parceiro apresentaram um risco 89% maior de engravidar do que aquelas que não moravam com um parceiro. Quanto maior o número de anos de escolaridade, menor a propensão para engravidar. As mulheres que estavam em uso de terapia anti-retroviral no momento da inclusão na coorte se mostraram mais propensas a engravidar, em comparação com aquelas que não estavam (RR = 1,645). A variável relacionada ao uso de anti-retrovirais foi mantida no modelo final, apesar de não significativa em nível de 5% (valor- $p = 0,10$) em decorrência da magnitude do seu efeito (RR = 1,645).

Tabela 4.3. Coeficientes, erros padrão, razão de risco e intervalo de confiança, obtidos pelo modelo de riscos proporcionais de Cox. IPEC/FIOCRUZ, 1996-2003.

Características	Coefficiente	Erros padrão	Razão de risco	IC 95%
Idade				
< 30 anos	1,230 ^a	0,361	3,423	(1,687; 6,947)
≥ 30 anos	0,000	-	1,000	
Vivendo em união				
Casada/em união	0,635 ^a	0,325	1,888	(1,000; 3,571)
Não unidas	0,000	-	1,000	
Nível de educação (anos)				
0 – 3	0,000	-	1,000	
4 – 8	-0,368	0,384	0,692	(0,326; 1,469)
9 ou mais	-0,841 ^a	0,422	0,431	(0,188; 0,987)
Usa anti-retrovirais				
Sim	0,498 ^b	0,336	1,645	(0,852; 3,177)
Não	0,000	-	1,000	

^a $p \leq 0,05$ ^b $p < 0,15$

4.1 Discussão

Estudos internacionais tanto na era pré quanto na era pós HAART têm descrito achados contrastantes com relação às escolhas reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS (Chu, Hanson *et al.*, 1996; De Vincenzi, Jadand *et al.*, 1997; Bedimo-Rung, Bessinger *et al.*, 1998; Gray, Wawer *et al.*, 1998; Van Benthem, De Vincenzi *et al.*, 2000).

Em nosso estudo, encontramos uma taxa de gestação de 6,9% mulheres/ano. Essa foi substancialmente mais baixa do que a taxa de 12,3% mulheres/ano observada em Burkina Faso, na África Subsaariana (Nebie, Meda *et al.*, 2001), mas comparável à taxa de 5,5% mulheres/ano encontrada por Blair e colaboradores (2004) entre mulheres na faixa etária de 14 a 44 anos. Nos EUA, Massad e colaboradores (2004) observaram uma taxa anual de gestação de 7,4% mulheres/ano na coorte WIHS (n = 1271).

A gestação não planejada parece representar a maioria dos casos de gestação entre as mulheres com HIV/AIDS. Além disso, é difícil avaliar até que ponto uma gravidez é de fato desejada ou não, em função da subjetividade envolvida nas decisões reprodutivas. Em nosso estudo, encontramos uma taxa de 31% de abortos induzidos, representando uma densidade de incidência de 2,1% mulheres/ano. Estudos desenvolvidos em diferentes contextos observaram uma grande variabilidade nas taxas de aborto induzido (19%-53%) (Thackway, Furner *et al.*, 1997; Gray, Wawer *et al.*, 1998; Van Benthem, De Vincenzi *et al.*, 2000). Em um pequeno estudo conduzido nos EUA, em 1997/8, 26 mulheres (37,7%) relataram ter engravidado após o diagnóstico de HIV. Dessas, 22 (85%) eram casos de gestação não planejada e quatro delas foram planejadas. Entre os casos de gestação indesejada, 45% resultaram em aborto (Duggan, Walerius *et al.*, 1999). As taxas de aborto

que encontramos no presente estudo deveriam ser analisadas no contexto de um país em desenvolvimento, onde o aborto induzido é ilegal e onde as complicações do aborto constituem uma das principais causas de óbito feminino (Olinto e Moreira-Filho, 2006).

Como era de se esperar, encontramos uma taxa de gestação maior após o diagnóstico do HIV entre as mulheres com menos de 30 anos de idade, em comparação com aquela observada para as mulheres com 30 anos ou mais. Nos EUA, Levin e colaboradores (2001) observaram uma taxa de gestação de 20,6/100 mulheres/ano entre 242 mulheres na faixa etária entre 12 e 19 anos, integrantes da coorte REACH. A idade mais jovem se mostrou um forte preditor de gestação na população do estudo, sendo este resultado consistente com os resultados observados em vários estudos, conduzidos em diferentes contextos (Chu, Hanson *et al.*, 1996; De Vincenzi, Jadand *et al.*, 1997; Bedimorung, Bessinger *et al.*, 1998; Blair, Hanson *et al.*, 2004; Massad, Springer *et al.*, 2004).

O presente estudo também evidenciou ser a estabilidade marital um fator associado de forma significativa à ocorrência de gravidez após a infecção pelo HIV. As mulheres que moravam com seus parceiros sexuais se mostraram mais propensas a engravidar, em comparação com as mulheres que não o faziam. Resultado semelhante foi constatado por Van Bentem e colaboradores (2000), que também observaram um menor risco de engravidar entre as mulheres solteiras, comparadas àquelas com maior estabilidade marital. Por outro lado, Massad e colaboradores (2004) encontraram entre as mulheres solteiras uma chance de engravidar 60% maior que aquela observada entre as mulheres casadas (RC: 1,59; IC 95%:1,02–2,44).

O nível de escolaridade também aparece como um preditor importante da gravidez

subseqüente ao diagnóstico do HIV. Nessa população, quanto maior o nível educacional, menor foi o risco de engravidar. A mesma tendência não foi observada em estudos conduzidos nos EUA (Bedimo-Rung, Bessinger *et al.*, 1998; Levin, Henry-Reid *et al.*, 2001). Segundo dados do censo brasileiro de 2000, a influência da escolaridade sobre a fecundidade pode ser observada em todo o país. As mulheres com o maior número de anos de escolaridade têm menos filhos. Aquelas com oito anos ou mais de escolaridade tinham, em média, 1,7 filho, enquanto aquelas com menos de quatro anos de escolaridade tinham, em média, 3,7 filhos (IBGE, 2000). Deve-se observar que em um contexto de grande heterogeneidade social, como é o brasileiro, a escolaridade desempenha, habitualmente, um papel significativo na determinação de inúmeros agravos e eventos no campo da saúde, com resultados muitas vezes discrepantes dos norte-americanos.

No presente estudo, o uso de anti-retrovirais no momento da inclusão na coorte se mostrou positivamente associado ao risco de gestação no período subseqüente à inclusão. Apesar do fato deste estudo não ter avaliado o uso da terapia anti-retroviral potente ao longo do tempo, cabe observar que o período sob análise (correspondente à inclusão das mulheres na coorte) constitui um período no qual a HAART já estava disponível no Brasil. Assim sendo, nossos resultados parecem ser coerentes com aqueles encontrados por Blair e colaboradores (2004), que observaram maiores taxas de incidência de gestação entre as mulheres usando HAART, em comparação com as que utilizavam regimes terapêuticos menos potentes, o que sugere que a reversão parcial da imunodeficiência e a melhoria do estado geral das mulheres através do uso de tratamentos mais potentes podem reavivar o desejo reprodutivo dessas mulheres.

Por outro lado, Massad e colaboradores (2004) observaram que o uso de anti-

retrovirais no momento da inclusão na coorte se mostrou associado a uma menor chance de engravidar. Dado que o uso de anti-retrovirais está ligado à manifestação clínica da síndrome do HIV (AIDS), a hipótese de que mulheres em estágios avançados da doença estariam menos propensas a engravidar se mostra plausível. Contudo, no presente estudo, não se verificou qualquer associação significativa entre as manifestações relacionadas ao HIV e o risco de engravidar.

Uma limitação deste estudo está vinculada ao fato de que esta coorte foi composta apenas por mulheres infectadas pelo HIV. Portanto, não foram possíveis comparações com populações de mulheres HIV-negativas. O pequeno tamanho da amostra também pode ser apontado como outra limitação. No entanto, ele resultou de critérios de inclusão sabidamente restritos.

Em suma, os achados de nosso estudo evidenciaram que as mulheres mais jovens com HIV/AIDS, com menor nível educacional, que moravam com seus esposos/parceiros, sob tratamento anti-retroviral, estavam mais propensas a engravidar, frente às demais. Por serem os fatores sociodemográficos (idade, situação marital e nível de escolaridade) variáveis objetivas e mensuráveis, estudos futuros devem investigar até que ponto estes fatores estão associados e/ou são modulados por fatores subjetivos de natureza cultural e psicossocial. Pesquisas futuras também devem avaliar variáveis psicossociais, como o otimismo decorrente do uso da HAART, uma questão especialmente relevante em contextos de acesso universal a estes tratamentos e de drásticos aumentos das taxas de sobrevivência.

CAPÍTULO 5

FATORES ASSOCIADOS AO DESEJO DE ENGRAVIDAR

5.1 Introdução

Em contextos nos quais a terapia anti-retroviral está amplamente disponível, tal como no Brasil, as escolhas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS vêm se tornando progressivamente relevantes diante do inegável progresso em termos do aumento da sobrevivência e da melhora na qualidade de vida daquelas sob uso regular de anti-retrovirais (Marins, Jamal *et al.*, 2003; Hacker, Petersen *et al.*, 2004; Campos, Ribeiro *et al.*, 2005).

As maiores chances de tratamento, de cuidados voltados para mulheres com HIV/AIDS e de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV podem despertar o desejo de gravidez ou reforçar um desejo pré-existente de filhos, um aspecto chave da realização pessoal, plena, da mulher, em todas as culturas e sociedades.

Algumas questões centrais devem ser consideradas, entre elas a harmonização entre os desejos da mulher e seus projetos pessoais e familiares com os riscos associados à reinfeção (no caso de casais soroconcordantes), a infecção do parceiro masculino (no caso de casais sorodiscordantes, em que a mulher é o caso índice), e as chances de transmissão do HIV à prole. Tais questões parecem especialmente relevantes para aquelas mulheres sob uso prolongado de terapia anti-retroviral, diante das conseqüências, boas e adversas, destas terapias, tais como, por um lado, o bem-estar e o otimismo relacionados à terapia (Kerrigan, Bastos *et al.*, 2006), e por outro lado, os efeitos colaterais e a necessidade de

mudanças dos regimes terapêuticos (Pena, Klein *et al.*, 2003; Tupinambas, Ribeiro *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV compreende necessariamente a expansão da cobertura, através da inserção plena do aconselhamento e da testagem para o HIV na rotina do pré-natal e o acesso pleno a regimes anti-retrovirais (ARV), mas deve incluir igualmente uma avaliação abrangente do desejo de engravidar, principalmente em casais com o HIV/AIDS. A identificação e a disponibilização de cuidados e suporte psicossocial para mulheres e/ou casais que manifestam o desejo de ter filhos em um futuro próximo representam uma oportunidade para a implementação de aconselhamento sensível às especificidades culturais e para a instituição de profilaxia, visando evitar a transmissão materno-infantil do HIV.

A implementação do aconselhamento reprodutivo/contraceptivo integrada à rotina dos centros que prestam acompanhamento e cuidados a pessoas com HIV/AIDS é atualmente mandatória, a partir de perspectiva dupla da ética e das políticas de saúde pública baseadas em evidências.

O preconceito arraigado face às mulheres com HIV/AIDS por parte dos membros da família, profissionais de saúde e por parte da comunidade em geral pode contribuir para um cuidado aquém do ideal, aumentando, com isso, o risco de transmissão materno-infantil do vírus e dificultando qualquer tentativa de oferecer a estas mulheres suporte pleno, em contraposição ao estigma e à marginalização. Nesse sentido, essas mulheres devem ser assistidas e providas com informações sobre as possibilidades e riscos envolvendo o desejo de gravidez, métodos de concepção assistida e contracepção (WHO, 1996).

No Brasil, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, implementada pelo Ministério da Saúde, em março de 2005, tem suas ações voltadas para o planejamento familiar. Entre os seus três eixos principais de ação, somente o da introdução da reprodução humana assistida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está integrado ao Programa Nacional de DST/AIDS. Todavia, a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos) e a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária são ações desempenhadas no âmbito dos programas de planejamento familiar, nem sempre aptos a atender as peculiaridades do planejamento familiar para pessoas com HIV/AIDS.

Uma melhor compreensão acerca dos desejos e intenções de ter filhos é essencial para a oferta de cuidados para as mulheres com HIV/AIDS (assim como para os seus parceiros masculinos) que estão planejando engravidar e criar seus filhos em um futuro próximo. A necessidade de aconselhamento e de serviços específicos para essa população difere daqueles destinados às mulheres (e casais) que experimentam uma gravidez indesejada. Porém, pouco se sabe a respeito dessas questões no contexto internacional e, especialmente, no contexto brasileiro.

A presente análise tem como objetivo identificar os fatores associados ao desejo de engravidar entre as mulheres com HIV/AIDS na coorte do IPEC (Instituto de Pesquisa Evandro Chagas), em 2004.

5.2 Métodos

5.2.1 População do estudo

Foram analisados os dados da primeira visita de acompanhamento, realizada no ano de 2004, das mulheres com idade entre 18 e 49 anos, sem história de histerectomia, laqueadura tubária ou menopausa. As mulheres que estavam grávidas no momento dessa visita, mas com idade gestacional superior a seis meses, foram excluídas, assim como aquelas que realizaram apenas a visita de inclusão no ano de 2004 e não tiveram consulta subsequente. Ao final desse processo, a população do estudo era composta por 157 mulheres.

5.2.2 Análise estatística

Trata-se de uma análise seccional na qual a variável-desfecho refere-se ao desejo de engravidar manifestado por meio da seguinte pergunta “você teve vontade de engravidar nos últimos seis meses?”. Cabe aqui ressaltar que essa variável foi adicionada aos formulários utilizados nas entrevistas regulares da coorte em 2003, em decorrência do aumento observado empiricamente do número de mulheres que buscavam informações sobre uma possível gestação e riscos a ela associados. As covariáveis avaliadas na presente análise compreenderam: idade no momento da entrevista; nível de educação; raça/cor; se trabalhou ou não nos últimos seis meses; renda familiar mensal; suporte financeiro nos últimos seis meses; número de filhos vivos; se tem filho(s) HIV-positivo (s); filho(s) falecido(s) em decorrência de AIDS; se esteve em união nos últimos seis meses; suporte

emocional proporcionado pelo parceiro nos últimos seis meses; parceria sexual nos últimos seis meses, de acordo com status sorológico do parceiro; sexo vaginal e uso de preservativos nos últimos seis meses; uso de métodos contraceptivos nos últimos seis meses; uso de algum tipo de droga ilícita nos últimos seis meses; consumo de álcool nos últimos seis meses; tempo transcorrido desde o diagnóstico do HIV; se estava ou não em uso de terapia anti-retroviral; tempo transcorrido desde a última infecção oportunista. Foi utilizada a contagem de células TCD4+ mais próxima à data da visita em 2004.

Tendo em vista que a variável-desfecho é binária e que há várias células com poucas observações, foi utilizado o modelo logístico exato para a identificação dos fatores associados ao desejo de engravidar. A análise desenvolveu-se em três estágios. No primeiro, procedeu-se a uma análise univariada. Levando-se em consideração que o processo de estimação dos parâmetros do modelo logístico exato é computacionalmente intensivo, fez-se necessário restringir o número de variáveis do modelo. Sendo assim, nessa etapa apenas variáveis significativas em nível de 10% foram selecionadas. No segundo estágio, a colinearidade entre as variáveis selecionadas foi avaliada com base no valor da tolerância, definida como o inverso do fator de inflação de variância $\left(\frac{1}{FIV}\right)$.

Baixa tolerância implica em elevada multicolinearidade e, ainda que não exista uma definição clara para baixa tolerância, neste estudo ela foi definida por valores da tolerância abaixo de 0,40 (Allison, 1999). Assim, todas as variáveis consideradas significantes em nível de 10% na análise univariada exata, cuja tolerância foi igual ou superior a 0,40, foram incluídas no modelo multivariado. O *software* SAS foi utilizado em todas as análises implementadas neste estudo (SAS, 2002-2005).

5.3 Resultados

O tempo médio transcorrido desde o diagnóstico do HIV dessas mulheres até a data da primeira entrevista de acompanhamento, realizada no ano de 2004, foi de 6,4 anos (DP: 3,4 anos).

A Tabela 5.1 apresenta as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas da população sob estudo. Como pode ser constatado, a maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária entre 30 e 49 anos de idade (82,2%), sendo a média da idade igual a 36 anos (DP: 6,6 anos). A raça branca foi predominante (53,5%) e quase 50,0% das mulheres possuíam nove ou mais anos de escolaridade. Cerca de 80,0% reportaram ter renda familiar até cinco salários-mínimos nos seis meses anteriores à entrevista, 43,0% estiveram desempregadas e 56,0% não receberam qualquer suporte financeiro neste mesmo período.

Quase três quartos (73,0%) das mulheres sabiam estar infectadas há quatro anos ou mais, e 57,0% receberam o diagnóstico de AIDS de acordo com os critérios dos CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de 1993 (CDC, 1993); destas últimas (n = 89), 46,1% (n = 41) apresentaram infecção oportunista até o momento considerado para esta análise, tendo as demais mulheres sido definidas como “caso de AIDS”, em função, exclusivamente, do critério de contagem de células TCD4+.

Observou-se que 26,0% das mulheres relataram não ter tido parceiro sexual nos seis meses anteriores à visita. Entre as mulheres que relataram ter tido parceiro (n = 116), 57,8% (n = 67) estavam vivendo em união e 59,5% referiram não ter recebido apoio

emocional nos últimos seis meses por parte do mesmo. Nesse mesmo grupo de mulheres, notou-se que 32,8% desconheciam o status sorológico para o HIV de seus parceiros e 34,5% tinham parceiros sorodiscordantes.

O uso inconsistente de preservativos foi reportado por 31,3% das mulheres que praticaram sexo vaginal nos últimos seis meses ($n = 112$), sendo que 28,7% do total das mulheres ($n = 157$) referiram não ter praticado sexo vaginal nesse período. O uso inconsistente de preservativos nos últimos seis meses foi declarado por 29,0% das mulheres que praticaram sexo anal ($n = 31$).

Entre as 119 mulheres que tinham um ou mais filhos, 16,8% ($n = 20$) tinham filhos infectados pelo HIV.

O desejo de engravidar nos seis meses anteriores à entrevista foi reportado por 20,4% ($n = 32$) mulheres.

Tabela 5.1: Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas das mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.

Características	Número de casos (n)	Proporção (%)
Idade		
< 30 anos	28	17,8
30 - 39 anos	77	49,0
≥ 40 anos	52	33,1
Raça/Cor		
Branca	84	53,5
Não branca	73	46,5
Nível de educação		
0-3 anos	55	35,0
4-8 anos	27	17,2
9 ou mais anos	75	47,8
Trabalhou nos últimos seis meses		
Sim	89	56,7
Não	68	43,3
Renda familiar mensal		
< 2 salários-mínimos	57	36,3
2 - 5 salários-mínimos	65	41,4
> 5 salários-mínimos	35	22,3
Suporte financeiro nos últimos seis meses		
Sim	69	44,0
Não	88	56,0
Número de filhos vivos		
Nenhum	38	24,2
Um ou mais	119	75,8
Tem filhos HIV positivos		
Sim	20	12,7
Não	137	87,3
Tem filhos falecidos em decorrência de AIDS		
Sim	6	3,9
Não	151	96,1
Teve parceiros nos últimos seis meses		
Sim	116	73,9
Não	41	26,1
Viveu em união nos últimos seis meses		
Casada/em união	67	43,0
Não unidas	89	57,0
Suporte emocional do parceiro nos últimos seis meses		
Não teve parceiro	41	26,1
Teve suporte emocional do parceiro	47	29,9
Não teve suporte emocional do parceiro	69	44,0
Status sorológico para o HIV do parceiro		
Positivo	34	21,7
Negativo	44	28,0
Desconhecido	38	24,2
Sem parceiro	41	26,1
Sexo vaginal nos últimos seis meses		
Não	45	28,7
Sim, sempre com preservativos	77	49,0
Sim, nem sempre com preservativos	35	22,3
Contracepção nos últimos seis meses		
Sim	112	71,3
Não	45	28,7
Usou algum tipo de droga ilícita nos últimos seis meses		
Sim	7	4,5
Não	150	95,5
Consumo de álcool nos últimos seis meses		
Não	103	65,6
1-2 copos	11	7,0
3 ou mais copos	43	27,4

Continua na próxima página

Continuação da Tabela anterior

Tempo desde o diagnóstico do HIV		
< 4 anos	43	27,4
4 - 7 anos	66	42,0
≥ 8 anos	48	30,6
Em uso de anti-retrovirais na ocasião da visita		
Sim	139	88,5
Não	18	11,5
Contagem de TCD4+ mais próxima à visita		
< 200	25	15,9
≥ 200	132	84,1
Tempo desde a última infecção oportunista		
Não teve doença oportunista	117	74,5
< 2 anos	17	10,8
≥ 2 anos	23	14,7

Os resultados do modelo logístico exato na análise univariada são apresentados na Tabela 5.2. A interpretação dos resultados foi realizada apenas para as covariáveis que se mostraram significativamente associadas à variável-desfecho, em nível de 10%. A chance de ter o desejo entre as mulheres que trabalharam nos últimos seis meses foi 2,3 vezes maior que aquela observada entre as mulheres que não trabalharam nos seis meses anteriores à entrevista (RC = 2,273).

As mulheres que tinham um ou mais filhos se mostraram menos propensas a ter o desejo de engravidar, se comparadas àquelas que não tiveram filhos (RC = 0,181).

A chance de ter o desejo de engravidar entre as mulheres que relataram ter tido parceiro sexual nos últimos seis meses foi, aproximadamente, seis vezes maior (RC = 6,744) do que àquela observada entre mulheres que relataram o contrário.

As mulheres que declararam ter recebido apoio emocional dos seus parceiros nos seis meses anteriores à entrevista, assim como as mulheres que declararam não ter recebido tal apoio, apresentaram chances maiores de relatar o desejo de engravidar, quando comparadas às mulheres que reportaram não ter tido parceiros sexuais nos seis meses anteriores (RC = 6,560 e RC = 6,787, respectivamente). Ou seja, as chances de relatar o desejo de engravidar foram de magnitude similar em ambas as categorias de mulheres que mencionaram parceria masculina, independentemente de contar ou não com o apoio dos parceiros. Por isso, essa variável não foi incluída na análise multivariada, uma vez que o diferencial parecia residir, de fato, em ter ou não parceiro sexual nos últimos seis meses.

As mulheres que relataram parceria com homens não infectados pelo HIV e aquelas que ignoravam o status sorológico dos seus parceiros apresentaram chance de ter tido o desejo de engravidar nos últimos seis meses quase oito vezes maior do que aquela observada entre as mulheres que reportaram não ter tido parceiros (RC = 8,890 e RC = 8,767, respectivamente).

O uso consistente de preservativos na prática do sexo vaginal se mostrou associado a uma maior chance das mulheres reportarem o desejo de engravidar, se comparadas às mulheres que não praticaram sexo vaginal (RC = 6,481). Contudo, entre as mulheres que declararam ter praticado sexo vaginal e nas quais o uso do preservativo ocorreu de forma inconsistente, a chance de manifestar o desejo foi ainda maior, ou seja, quase 11 vezes mais do que aquela observada entre as mulheres que relataram não ter praticado sexo vaginal (RC = 10,883).

As mulheres que sabiam estar infectadas há menos de quatro anos apresentaram menor chance de ter o desejo de engravidar frente àquelas cujo tempo desde o diagnóstico do HIV foi de oito anos ou mais (RC = 0,323). De forma semelhante, quanto maior o tempo transcorrido desde a última infecção oportunista maior a chance de expressar o desejo de engravidar (RC = 3,087).

Tabela 5.2: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico exato univariado. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.

Características	Razão de chance exato	Valor-p exato	IC exato (95%)
Idade			
< 30 anos	1,740	0,538	(0,428;6,889)
30 - 39 anos	2,094	0,179	(0,760;6,430)
≥ 40 anos	1,000	-	
Raça/Cor			
Branca	1,000	-	
Não branca	1,914	0,150	(1,914;4,620)
Nível de educação			
0-3 anos	1,000		
4-8 anos	0,699	0,807	(0,146;2,706)
9 ou mais anos	1,171	0,886	(0,463;3,066)
Trabalhou nos últimos seis meses			
Sim	2,273	0,078	(0,923;6,046)
Não	1,000	-	
Renda familiar mensal			
< 2 salários-mínimos	1,000	-	
2 – 5 salários-mínimos	1,147	0,938	(0,434;3,098)
> 5 salários-mínimos	1,045	1,000	(0,305;3,366)
Suporte financeiro nos últimos seis meses			
Sim	0,844	0,826	(0,350;1,983)
Não	1,000	-	
Número de filhos vivos			
Nenhum	1,000	-	
Um ou mais	0,181	0,000	(0,071;0,450)
Tem filhos HIV positivo			
Sim	0,181	0,105	(0,004;1,234)
Não	1,000	-	
Tem filhos falecidos em decorrência de AIDS			
Sim	1,000	-	
Não	0,769	1,000	(0,016;7,240)
Teve parceiros nos últimos seis meses			
Sim	6,744	0,004	(1,575;61,092)
Não	1,000		
Viveu em união nos últimos seis meses			
Casada/em união	1,220	0,758	(0,516;2,865)
Não unidas	1,000	-	
Suporte emocional do parceiro nos últimos seis meses			
Não teve parceiro	1,000	-	
Teve suporte emocional do parceiro	6,560	0,015	(1,322;64,403)
Não teve suporte emocional do parceiro	6,787	0,007	(1,482;63,811)
Status sorológico para o HIV do parceiro			
Positivo	2,567	0,504	(0,342;30,167)
Negativo	8,890	0,003	(1,827;86,547)
Desconhecido	8,767	0,004	(1,739;87,043)
Sem parceiro	1,000	-	
Sexo vaginal nos últimos seis meses			
Não	1,000	-	
Sim, sempre com preservativos	6,481	0,009	(1,429;60,559)
Sim, nem sempre com preservativos	10,883	0,001	(2,151;108,365)
Contracepção nos últimos seis meses			
Sim	1,957	0,238	(0,711;6,290)
Não	1,000	-	
Usou algum tipo de droga ilícita nos últimos seis meses			
Sim	1,595	0,872	(0,145;10,337)
Não	1,000	-	

Continua na próxima página

Continuação da tabela anterior

Consumo de álcool nos últimos seis meses			
Não	1,000	-	
1-2 copos	2,857	0,234	(0,551;12,797)
3 ou mais copos	1,732	0,299	(0,658;4,426)
Tempo desde o diagnóstico do HIV			
< 4 anos	0,323	0,070	(0,082;1,077)
4 - 7 anos	0,598	0,341	(0,228;1,560)
≥ 8 anos	1,000	-	
Em uso de anti-retrovirais na ocasião da visita			
Não	1,000	-	
Sim	0,629	0,581	(0,189;2,449)
Contagem de TCD4+ mais próxima à visita			
< 200	1,000	-	
≥ 200	0,778	0,800	(0,263;2,622)
Tempo desde a última infecção oportunista			
Não teve doença oportunista	1,000	-	
< 2 anos	1,039	1,000	(0,175;4,241)
≥ 2 anos	3,087	0,044	(1,030;8,967)

A variável “teve parceiro nos últimos seis meses” não foi incluída no modelo multivariado, pois ela pode ser expressa pela combinação linear das categorias da variável “status sorológico para o HIV do parceiro” e, portanto, seus efeitos não poderiam ser estimados conjuntamente. Isso também ocorreria com a variável “sexo vaginal nos últimos seis meses” se todas as mulheres com parceiros tivessem praticado necessariamente sexo vaginal, o que, no entanto, não se verificou na população estudada.

Na Tabela 5.3 são apresentados os fatores de inflação de variância e a tolerância para os três conjuntos de variáveis. As covariáveis “status sorológico para o HIV do parceiro” e “sexo vaginal nos últimos seis meses” se mostraram altamente correlacionadas segundo o fator de inflação de variância e a tolerância. Esse resultado era esperado, pois as duas variáveis mensuram o efeito da presença ou não do parceiro no desejo de engravidar. Deve-se ressaltar, no entanto, que semanticamente elas nos dão indicações distintas sobre as motivações subjacentes a esse desejo. A covariável “status sorológico para o HIV do parceiro” diz respeito à motivação subjacente ao desejo da gestação condicionada à situação sorológica do casal quanto às perspectivas futuras relacionadas à geração e criação de um filho. Já a covariável “sexo vaginal nos últimos seis meses” diz respeito às atitudes do casal em decorrência do desejo ou não de ter filhos. À luz da hipótese de que uma das justificativas para o uso inconsistente de preservativos entre essas mulheres seria o desejo de ter filhos, os resultados apontaram esta direção. Dessa forma, optamos por apresentar dois modelos para a descrição dos fatores associados ao desejo de engravidar entre as mulheres com HIV/AIDS em acompanhamento na coorte do IPEC. Pode-se observar que a tolerância referente às categorias das duas covariáveis aumentou sensivelmente quando

avaliadas separadamente (conjunto II e conjunto III). Além disso, os valores da tolerância associados às demais covariáveis não se alteraram.

Tabela 5.3: Fator de inflação de variância e tolerância das covariáveis selecionadas na análise univariada, de acordo com os três conjuntos estabelecidos. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.

Variáveis	Conjunto I		Conjunto II		Conjunto III	
	Tolerância	FIV	Tolerância	FIV	Tolerância	FIV
Trabalhou nos últimos seis meses	0,87	1,15	0,87	1,15	0,87	1,15
Número de filhos vivos	0,86	1,16	0,92	1,09	0,87	1,15
Parceiro HIV positivo	0,19	5,24	—	—	0,66	1,53
Parceiro HIV negativo	0,14	6,98	—	—	0,61	1,63
Parceiro HIV desconhecido	0,17	5,95	—	—	0,64	1,56
Sexo vaginal sempre com preservativos	0,13	7,46	0,67	1,49	—	—
Sexo vaginal nem sempre com preservativos	0,19	5,27	0,67	1,50	—	—
Tempo desde o diagnóstico do HIV < 4 anos	0,70	1,43	0,70	1,42	0,70	1,43
Tempo desde o diagnóstico do HIV 4-7 anos	0,67	1,49	0,67	1,49	0,68	1,48
Tempo desde a última doença oportunista < 2 anos	0,90	1,11	0,91	1,10	0,91	1,10
Tempo desde a última doença oportunista ≥ 2 anos	0,92	1,09	0,93	1,08	0,93	1,08

Os resultados dos modelos multivariados encontram-se nas Tabelas 5.4 e 5.5. As mulheres que possuíam um ou mais filhos se mostraram menos propensas a ter o desejo de engravidar, se comparadas àquelas que não tiveram filhos, tanto para o modelo que incluiu a covariável “status sorológico para o HIV do parceiro” (RC = 0,204), como para o modelo com a covariável “sexo vaginal nos últimos seis meses” (RC = 0,191).

Ambos os modelos mostraram uma forte relação entre o tempo transcorrido desde o diagnóstico da infecção pelo HIV e a chance de ter o desejo de engravidar, ainda que os parâmetros não tenham sido estatisticamente significativos em nível de 5%. Quanto menor o tempo decorrido desde o diagnóstico da infecção, menor a chance de ter o desejo de engravidar. A chance de ocorrer o desejo de engravidar entre as mulheres que tiveram a última infecção oportunista há mais de dois anos foi maior comparada àquela observada entre as mulheres que não desenvolveram infecção oportunista em ambos os modelos (RC = 3,308 e RC = 3,559).

O desconhecimento do status sorológico do parceiro se mostrou associado a uma maior chance das mulheres reportarem o desejo de engravidar, se comparadas às mulheres que referiram não ter tido parceiros nos últimos seis meses (RC = 5,900). Mas, entre as mulheres que referiram ter tido parceiros não infectados pelo HIV, nos últimos seis meses, as chances de ocorrer o desejo de engravidar foi ainda maior, ou seja, em torno de oito vezes aquela observada entre as mulheres que relataram não ter tido parceiros sexuais nos últimos seis meses (RC = 8,334).

O uso consistente de preservativos no sexo vaginal se mostrou associado a uma maior chance das mulheres reportarem o desejo de engravidar, se comparadas às mulheres

que não praticaram sexo vaginal (RC = 6,154). Ainda assim, entre as mulheres que praticaram sexo vaginal e em que o uso do preservativo ocorreu de forma inconsistente, a chance de ocorrer o desejo de engravidar foi ainda maior, ou seja, cerca de 10 vezes maior (RC = 11,099).

Tabela 5.4. Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico ajustado (pela covariável “status sorológico para o HIV do parceiro”). Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.

Covariáveis	Razão de chance	Valor-p	IC 95%
Trabalhou nos últimos seis meses			
Sim	1,555	0,513	(0,534;4,766)
Não	1,000		
Número de filhos vivos			
Nenhum	1,000		
Um ou mais	0,204	0,003*	(0,065;0,598)
Status sorológico para o HIV do parceiro			
Não teve parceiro	1,000		
Teve parceiro HIV- positivo	3,866	0,274	(0,474;49,012)
Teve parceiro HIV- negativo	8,334	0,009*	(1,504;88,525)
Teve parceiro HIV-desconhecido	5,900	0,042*	(1,052;62,416)
Tempo desde o diagnóstico do HIV			
< 4 anos	0,308	0,110***	(0,065;1,236)
4 - 7 anos	0,632	0,520	(0,202;1,974)
≥ 8 anos	1,000	-	
Tempo desde a última doença oportunista			
Não teve doença oportunista	1,000		
< 2 anos	1,228	1,000	(0,146;7,990)
≥ 2 anos	3,316	0,076**	(0,897;12,342)

* p≤0,05 ** p<0,10 ***p<0,15

Tabela 5.5: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico ajustado (pela covariável “sexo vaginal nos últimos seis meses”). Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.

Covariáveis	Razão de chance	Valor-p	IC 95%
Trabalhou nos últimos seis meses			
Sim	1,538	0,537	(0,519;4,777)
Não	1,000	-	-
Número de filhos vivos			
Nenhum	1,000	-	-
Um ou mais	0,191	0,001*	(0,063;0,551)
Sexo vaginal nos últimos seis meses			
Não praticou	1,000	-	-
Praticou com uso consistente de preservativos	6,154	0,022*	(1,216;62,007)
Praticou com uso inconsistente de preservativos	11,099	0,004*	(1,868;124,029)
Tempo desde o diagnóstico do HIV			
< 4 anos	0,248	0,056**	(0,049;1,028)
4 - 7 anos	0,554	0,380	(0,172;1,761)
≥ 8 anos	1,000	-	-
Tempo desde a última doença oportunista			
Não teve doença oportunista	1,000	-	-
< 2 anos	1,275	1,000	(0,140;8,937)
≥ 2 anos	3,559	0,064**	(0,937;13,665)

* p≤0,05 **p<0,10

5.4 Discussão

Os estudos conduzidos em populações de mulheres com HIV/AIDS apontam diferentes abordagens referentes ao desejo de engravidar. O período de tempo com referência ao qual essa pergunta é formulada deve ser estabelecido com precisão e deve ser considerado quando da comparação entre os achados, uma vez que o desejo de engravidar pode variar de forma pronunciada nas diferentes fases da vida da mulher. Há que considerar ainda a modulação exercida pelas parcerias, o papel da família e os hábitos e valores sociais e culturais que atuam sobre os desejos individuais de cada mulher.

Na presente análise, a variável-desfecho (“você teve desejo de engravidar nos últimos seis meses?”) se deteve no passado recente. Um quinto das mulheres sob análise responderam que desejaram ter filhos nos últimos seis meses, taxa semelhante àquela encontrada por Panozzo e colaboradores (2003), em um estudo conduzido na Suíça, em 2000-2001, que avaliou o percentual de mulheres com HIV/AIDS que respondeu desejar filhos no presente (20%). Não obstante, nesse mesmo estudo 47,5% das mulheres responderam desejar filhos no futuro, ou seja, proporções correspondentes a 2,4 vezes o valor anteriormente citado (Panozzo, Battegay *et al.*, 2003).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, em 1998, 29% das mulheres responderam desejar filhos no futuro (Santos, Buchalla *et al.*, 2002).

No Brasil, há resultados comparáveis àquele encontrado em nosso estudo; Santos e colaboradores observaram que 20,9% das mulheres com HIV/AIDS entrevistadas na

cidade de São Paulo, no ano de 1997, desejavam ter filhos (Paiva, Latorre *et al.*, 2002). No entanto, um menor percentual de mulheres com HIV/AIDS desejava ter filhos (13,3%) no estudo conduzido por Paiva, na mesma cidade, em 1999-2000 (Nakayiwa, Abang *et al.*, 2006).

Em Uganda, país da África Subsaariana, em um estudo transversal com 1092 homens e mulheres infectados pelo HIV, em 2003-2004, Nakayiwa e colaboradores observaram que 18% dos indivíduos desejavam ter filhos, com proporções substancialmente diferentes entre homens e mulheres, correspondendo a 27% e 7%, respectivamente (Chen, Philips *et al.*, 2001; Paiva, Latorre *et al.*, 2002; Santos, Buchalla *et al.*, 2002).

A maioria dos estudos evidencia a relevância de variáveis sociodemográficas (idade e número de filhos), significativa e independentemente associadas à ocorrência do desejo de engravidar nessa população. O presente estudo não observou ser a idade mais jovem um fator associado ao maior desejo de engravidar; contudo, observamos que as mulheres que tinham um ou mais filhos mostraram-se menos propensas a ter o desejo de engravidar, se comparadas àquelas que não tiveram filhos, resultado similar àquele encontrado por outros autores (Panozzo, Battegay *et al.*, 2003; Oladapo, Daniel *et al.*, 2005).

O impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV parece influenciar o desejo de ter filhos. Todavia, existem alguns fatores que devem ser considerados na atenuação ou na intensificação desse impacto, entre eles, o fato do diagnóstico ter ocorrido na era pré-terapia anti-retroviral de alta potência (HAART) vs. era pós-HAART, além do impacto do diagnóstico do HIV ao longo do tempo, na vida de cada mulher, individualmente. No

presente estudo, o desejo de engravidar foi menos freqüente entre as mulheres cujo diagnóstico da infecção pelo HIV era mais recente. Resultado contrário foi encontrado por Oladapo e colaboradores (Oladapo, Daniel *et al.*, 2005), na Nigéria, outro país da África Subsaariana duramente afetado pela epidemia de AIDS, em estudo transversal conduzido em novembro-dezembro de 2004 (Santos, Buchalla *et al.*, 2002). Cabe observar que os benefícios decorrentes da introdução da HAART estão ainda restritos a uma pequena fração das pessoas com HIV/AIDS na Nigéria, diferentemente do que ocorre no Brasil, onde existe uma política de acesso universal à terapia anti-retroviral.

Além do impacto causado pela revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV, há que se considerar o impacto causado pelo diagnóstico da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e, principalmente, a forma como este diagnóstico de adoecimento clínico se relaciona com as decisões reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS. Do total de mulheres que participaram da presente análise, 89 (56,7%) tiveram diagnóstico de AIDS norteados pelos critérios dos Centers for Disease Control and Prevention - CDC (1993). Dessas, quarenta e uma tiveram a síndrome clínica definida a partir de manifestação de infecção oportunista, sendo as demais mulheres diagnosticadas como pessoas com AIDS em função da baixa contagem de células TCD4+. Aparentemente, trata-se de outra questão controversa, cuja interpretação pode deixar margem a dúvidas. Em primeiro lugar, cabe ponderar sobre a compreensão e impacto sobre cada indivíduo provenientes de um diagnóstico clínico (com a presença de sinais, sintomas e afecções associados) ou de um diagnóstico exclusivamente laboratorial. Este diagnóstico influiria em aspectos psicossociais não só das próprias mulheres com HIV/AIDS, como dos seus parceiros e familiares. Em segundo lugar, o impacto das manifestações associadas à AIDS com

expressão clínica e/ou exclusivamente laboratorial se modifica ao longo do tempo, em uma evolução clínica que se caracteriza exatamente pelo seu dinamismo.

Na presente análise, avaliamos a possível interação entre o impacto da última infecção oportunista e do tempo transcorrido desde então sobre o desejo de engravidar. Nossos achados permitem supor que ter tido AIDS diagnosticada a partir de uma infecção oportunista, ocorrida há dois anos ou mais, aumenta as chances de as mulheres desejarem ter filhos. Provavelmente, essas mulheres foram submetidas a tratamentos anti-retrovirais potentes, com posterior melhora do seu estado de saúde. É razoável supor que mulheres que desenvolveram a síndrome clínica, e que superaram uma situação adversa e ameaçadora, encontrem nos filhos uma razão para viver. Santos e colaboradores observaram que um dos fatores associados positivamente ao desejo de ter filhos entre as 148 mulheres com HIV/AIDS foi a motivação para lutar pela vida (Santos, Buchalla *et al.*, 2002). Panozzo e colaboradores (2003) reportaram que a melhora no estado de saúde, em decorrência do uso da HAART, se mostrou associada de forma positiva ao desejo de ter filhos.

Nossos resultados apontaram que entre casais nos quais as mulheres ignoravam a sorologia do parceiro existia uma tendência maior ao desejo de ter filhos, tendência esta maior ainda entre os casais sorodiscordantes para o HIV. Uma possível explicação poderia estar relacionada a uma maior segurança da mulher em relação ao futuro do filho. Ter um parceiro com sorologia ignorada e, principalmente, com sorologia negativa pode significar (ao menos em tese) a existência do pai como provedor ao longo da vida do filho, por ocasião do eventual adoecimento da mãe. A relação entre o status sorológico do parceiro e o desejo de engravidar reportado pelas mulheres com HIV/AIDS pode ser mais bem

explicada através de estudos qualitativos e da triangulação de achados de estudos quantitativos e qualitativos.

O desejo de ter filhos pode ser uma razão, deliberada ou não, para a prática do sexo desprotegido entre casais sorodiscordantes e casais nos quais ambos os parceiros são HIV-positivos. De forma similar, a gestação indesejada pode ser consequência de um comportamento sexual desprotegido.

Nossos resultados sugerem que o uso consistente de preservativos no sexo vaginal estaria associado a uma maior chance das mulheres reportarem o desejo de engravidar, se comparadas às mulheres que não praticaram o sexo vaginal. O desejo de ter filhos não deve ser subestimado na população de mulheres com HIV/AIDS que fazem uso de método contraceptivo reversível, como, por exemplo, o preservativo. Rossi e colaboradores observaram em um estudo realizado na cidade de Campinas, Brasil, que mulheres usuárias de métodos contraceptivos reversíveis tiveram um menor número de gestações e reportaram, mais freqüentemente, o desejo de ter filhos, se comparadas às mulheres esterilizadas e grávidas, no momento da entrevista (Rossi, Fonsechi-Carvasan *et al.*, 2005).

As mulheres usuárias de métodos contraceptivos reversíveis que relatam o desejo de ter filhos podem, no futuro, vir a explicitar a intenção de engravidar, seja através da interrupção do método ou do seu uso de forma inconsistente. Isto é, entre as mulheres do presente estudo que praticaram sexo vaginal e em que o uso do preservativo ocorreu de forma inconsistente, a chance de ocorrer o desejo de engravidar foi ainda mais elevada, ou seja, cerca de 10 vezes maior que aquela observada entre as mulheres que não praticaram sexo vaginal.

Conforme mencionado anteriormente, nossos resultados evidenciam que o desejo de engravidar foi significativamente maior entre as mulheres com parceiros soronegativos e com sorologia anti-HIV ignorada, que correspondem a 67% das mulheres que tiveram parceiros nos seis meses anteriores à entrevista. Cabe ressaltar que o aconselhamento reprodutivo deve integrar sempre a assistência de mulheres com HIV/AIDS com parceiros sorodiscordantes e daquelas com parceiros com sorologia ignorada que desejam filhos e fazem uso inconsistente do preservativo, pois estes são os subgrupos mais vulneráveis ao risco de adquirir novas infecções pelo HIV.

O aconselhamento sobre contracepção se mostra essencial, assim como o acesso aos cuidados e orientações por profissionais treinados em planejamento familiar. Cerca de 80% das mulheres com HIV/AIDS, na presente análise, relataram não ter tido desejo de engravidar nos seis meses anteriores à entrevista. Dessas, 18,4 % fizeram uso inconsistente de preservativos. Programas destinados à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e prevenção da infecção e reinfecção pelo HIV devem estar plenamente integrados a serviços de planejamento familiar para as populações de indivíduos com o HIV/AIDS que não desejam ter filhos.

Uma possível limitação deste e de outros estudos similares refere-se à análise de mulheres sem parceiro sexual nos últimos seis meses, uma vez que a ocorrência de gravidez tem relação evidente com a existência de um parceiro. Porém, incluímos em nossas análises as mulheres sem parceiro sexual nos últimos seis meses, uma vez que a variável de interesse é o desejo de engravidar e não a ocorrência da gravidez propriamente dita. Além disso, as mulheres que tinham desejo de engravidar nos últimos seis meses, mas não tinham parceiros naquela ocasião, constituem um subgrupo vulnerável ao risco de

engravidar e, portanto, passível de demandar serviços especializados em aconselhamento e reprodução assistida. Os critérios utilizados na seleção das participantes, tais como a faixa etária, mulheres com capacidade reprodutiva e com vida sexual ativa, uso de contraceptivos, entre outros, devem ser sempre levados em conta quando da comparação dos achados de diferentes estudos.

Outra limitação do presente estudo se deve à impossibilidade de estimar os parâmetros dos modelos não ajustados por meio da utilização do modelo logístico exato. Embora esse seja mais preciso, não houve convergência, por falta de memória, devido ao elevado número de covariáveis. Apesar disso, há poucas diferenças entre os parâmetros estimados pelo modelo logístico univariado exato e padrão (Anexo III).

Os achados deste estudo evidenciam a relevância de uma melhor estruturação da assistência e da premência de pesquisas voltadas para as mulheres/casais com HIV/AIDS, tendo como foco questões reprodutivas e contraceptivas, assim como os aspectos da prevenção da transmissão/reinfecção pelo HIV, de forma a viabilizar uma compreensão integral das necessidades e desejos da mulher com HIV/AIDS.

CAPÍTULO 6

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

A maioria das novas infecções pelo HIV, em todo o mundo, é adquirida através do contato heterossexual sem uso de preservativos. As mulheres representam, de forma global e no Brasil, a população em que se observa o maior crescimento da epidemia de AIDS. Uma das conseqüências diretas desse maior acometimento de mulheres em idade fértil é o progressivo aumento de casos de transmissão vertical do HIV. A transmissão heterossexual do HIV, assim como a transmissão vertical, pode ocorrer em conseqüência de uma gestação desejada ou indesejada entre casais sorodiscordantes, soroconcordantes, ou casais nos quais um ou ambos os parceiros desconhece(m) a sua condição sorológica para o HIV.

A disponibilização de intervenções, tais como a terapia anti-retroviral de alta potência (HAART), o protocolo AACTG 076, a substituição do aleitamento materno pelo uso de fórmulas/leite de bancos de leite e a cesariana eletiva, com impacto significativo sobre a morbi-mortalidade advinda do HIV e as taxas de transmissão vertical, no sentido de uma redução pronunciada da morbi-mortalidade e da transmissão mãe-bebê, tornam prementes as questões relacionadas à prevenção e às escolhas reprodutivas e contraceptivas de mulheres/casais com HIV/AIDS.

No Brasil, a taxa de fecundidade total caiu de 6,3 filhos, em 1960, para 2,2 filhos, em 2001. Esta queda da fecundidade ocorreu em todo o território brasileiro, compreendendo todas as classes sociais e faixas etárias, com exceção das mulheres com idade até 19 anos (em que, ao contrário, as taxas sofreram um aumento nesse período).

Entre as mulheres infectadas pelo HIV, as taxas de fecundidade são habitualmente menores do que entre as não infectadas. Estas taxas de fecundidade mais baixas podem ser decorrentes de várias razões, entre elas o uso habitual de preservativos recomendado para a prevenção da transmissão sexual do HIV. Entretanto, à luz da disponibilidade da HAART e de intervenções mais efetivas para o controle da transmissão vertical do HIV, especulações acerca do aumento da taxa de fecundidade nessa população se mostram plausíveis e devem ser avaliadas em detalhe.

Esta tese teve como tema central as escolhas reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS em acompanhamento no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/ FIOCRUZ, abrangendo o período de 1996-2004, com o objetivo de compreender melhor as questões acerca da fecundidade nesta população.

Procedeu-se a duas análises distintas ao longo da presente tese. O modelo de riscos proporcionais de Cox foi empregado na análise dos fatores preditores de gestação. Os modelos de regressão logística exato e padrão foram utilizados para a análise dos fatores associados ao desejo de engravidar nessa população de mulheres.

6.4 Sumário dos resultados

Os resultados apresentados nesta tese refletem, sob duas abordagens distintas, a do desejo de gestação e a da ocorrência de gestação, a tentativa, através de métodos e análises quantitativos, de compreender melhor o perfil das mulheres com HIV/AIDS sob acompanhamento na coorte do IPEC/ FIOCRUZ que buscam engravidar. Embora o desejo e a intenção de engravidar não tenham sido avaliados no contexto dos preditores de

gestação (esta variável foi adicionada aos formulários apenas em 2003) e, portanto, não podemos distinguir gestações desejadas e gestações indesejadas, assim como não nos é possível distinguir gestações planejadas e gestações não planejadas entre as gestações ocorridas, os achados das duas análises nos permitem especular, em uma perspectiva integrada, sobre as características dessas mulheres.

Cabe enfatizar que, na primeira análise, a variável-desfecho, ocorrência/não ocorrência de gravidez, se reporta a uma questão objetiva, ao contrário da segunda análise, na qual a variável-desfecho, o desejo de engravidar, é de natureza subjetiva e de difícil mensuração.

As taxas de gestação e de aborto induzido observadas neste estudo foram de 6,9% mulheres/ano e de 2,1% mulheres/ano, respectivamente. Os estudos internacionais apontam diferentes, por vezes, mesmo, contrastantes, taxas de incidência de gestação e de aborto após o diagnóstico de infecção pelo HIV, mesmo quando se comparam estudos realizados em contextos semelhantes, isto é, no período que antecede e/ou sucede a introdução da HAART e do protocolo AACTG 076 (em torno de 1996/7). Tal discrepância sugere diversidade de conceitos, composição amostral, procedimentos operacionais e/ou estratégias de mensuração e deve ser objeto de estudos futuros, de natureza transcultural.

Da mesma forma, os estudos disponíveis na literatura nacional e internacional também apontam diferentes taxas de desejo de engravidar entre as mulheres com HIV/AIDS. As diferentes taxas parecem ser, em parte, decorrentes da imprecisão na definição do desfecho, principalmente em função da não padronização do período de tempo com referência ao qual essa pergunta é formulada. Os resultados aqui apresentados

podem contribuir para a definição de uma linha de base referente à demanda pela gestação por parte das mulheres com HIV/AIDS.

A idade mais jovem se mostrou um preditor independente de gestação, mas não um fator associado a um maior desejo de engravidar.

O nível de escolaridade aparece como um preditor significativo em relação à gravidez subsequente ao diagnóstico do HIV, mas não se mostrou associado ao desejo de ter filhos. Nessa população, observou-se que, quanto maior o nível educacional, menor o risco de engravidar.

O status marital se mostrou associado, de forma significativa, à ocorrência de gravidez após a infecção pelo HIV. As mulheres que moravam com seus parceiros sexuais se mostraram mais propensas a engravidar, se comparadas às mulheres que moravam sem eles. Mas, o status marital não se mostrou associado ao desejo de ter filhos.

O número de filhos não se mostrou um preditor independente de gestação, mas sim um fator associado ao desejo de ter filhos. Observamos que as mulheres que tinham um ou mais filhos se mostraram menos propensas a ter o desejo de engravidar, se comparadas àquelas que não tiveram filhos.

Os resultados apresentados e discutidos na presente tese evidenciam, portanto, a relevância de variáveis sociodemográficas (idade, status marital e escolaridade, à exceção do número de filhos) como significativa e independentemente associadas à ocorrência de gestação nessa população, não sendo, não obstante, evidenciadas como fatores associados ao desejo de engravidar. Sendo elas variáveis objetivas e mensuráveis, cabe investigar em

estudos futuros “se” e “o quanto” elas estão associadas a fatores subjetivos, de natureza cultural e psicossocial.

O impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV parece influenciar o desejo de filhos, sendo o desejo de engravidar menos freqüente entre as mulheres cujo diagnóstico da infecção pelo HIV era mais recente.

O tempo transcorrido desde a última manifestação clínica da síndrome da imunodeficiência adquirida se mostrou associado ao desejo de filhos, o que evidencia que o impacto do adoecimento pode modificar os efeitos do transcurso do tempo. Mulheres com AIDS diagnosticada a partir de uma infecção oportunista, ocorrida há pelo menos dois anos, apresentaram maior chance de ter o desejo de engravidar. Provavelmente, essas mulheres foram submetidas a tratamentos anti-retrovirais potentes, com posterior melhora do seu estado de saúde. É razoável supor que mulheres que desenvolveram a síndrome clínica, e que superaram uma situação adversa e ameaçadora, encontrem nos filhos uma razão para viver. No entanto, a análise univariada dos fatores preditores de gestação não sugeriu qualquer associação significativa entre ter tido manifestações clínicas relacionadas ao HIV até o momento da inclusão na coorte e o risco de engravidar.

Futuros estudos que analisem, de forma integrada, o desejo, a intenção (isto é, o planejamento de filhos) e a ocorrência de gestação propriamente dita podem contribuir para uma melhor compreensão da complexa relação entre estas variáveis e a dimensão temporal.

O uso de anti-retrovirais no momento da inclusão na coorte se mostrou positivamente associado à gestação no período subsequente ao diagnóstico do HIV.

Contudo, o uso de anti-retrovirais não se mostrou associado ao desejo de filhos na análise univariada exata, não tendo sido, portanto, incluído no modelo final. Isso poderia ser explicado pela natureza distinta dos desfechos analisados. A ocorrência de gestação expressa um desfecho concreto, frente ao qual a reversão parcial da imunodeficiência e a melhora do estado de saúde das mulheres, através do uso de tratamentos potentes, fazem-se, na maioria das vezes, necessários. O desejo de filhos, todavia, se sobrepõe ao estado de saúde da mulher e, conseqüentemente, ao uso dos anti-retrovirais. A suposição de que o estado geral de saúde da mulher desempenhe o papel principal na decisão da mulher pela gestação é plausível, sendo o uso de anti-retrovirais apenas um meio (ainda que fundamental na recuperação efetiva da saúde) para o alcance do bem-estar.

Dessa forma, pesquisas acerca do desejo e da intenção de filhos devem buscar incorporar parâmetros objetivos sobre o estado de saúde, tais como a contagem de células TCD4+, a manifestação de infecções oportunistas e o uso de ARV, assim como parâmetros subjetivos que permitam mensurar a percepção da mulher acerca de seu estado de saúde. Assim, visando uma melhor compreensão do papel da terapia anti-retroviral nas decisões reprodutivas das mulheres com HIV/AIDS é fundamental estudar três grupos de mulheres: as virgens de terapia anti-retroviral, as mulheres que não utilizam ARV, a despeito de terem indicação para tal, e aquelas em uso efetivo da HAART. Um melhor conhecimento acerca das decisões e intenções reprodutivas e seus fatores associados na população geral de mulheres também pode contribuir para a identificação de aspectos peculiares da relação destas questões com o HIV.

Nossos achados evidenciaram que, entre casais nos quais as mulheres ignoravam a sorologia do parceiro, existia uma tendência maior ao desejo de ter filhos, tendência ainda

mais pronunciada entre os casais sorodiscordantes para o HIV. Ter um parceiro com sorologia ignorada e, principalmente, com sorologia negativa, pode significar uma maior segurança da mulher em relação ao futuro do filho. Esta variável não foi incluída na análise dos preditores, pois nesta análise utilizamos os dados coletados quando da visita de inclusão na coorte. A variável “status sorológico do parceiro” pode se modificar ao longo do tempo, ou seja, a mulher pode deixar de se relacionar com um dado parceiro (e ter iniciado relacionamento com outro parceiro) ou este pode ter experimentado mudança em sua condição sorológica (no sentido de ter soroconvertido, ou de estar, hoje, a par do seu status, o que não ocorria em momento anterior). Dado que, a partir de 2003, observamos um percentual bastante elevado (acima de 95%) e sustentado de adesão às visitas semestrais da coorte, futuros estudos poderão ser conduzidos a partir da análise dessa variável enquanto variável tempo-dependente. A relação entre o status sorológico do parceiro e o desejo de engravidar reportado pelas mulheres com HIV/AIDS pode ser mais bem explicada através de estudos qualitativos e da triangulação de achados de estudos quantitativos e qualitativos.

Nossos resultados sugerem que o uso consistente de preservativos na prática do sexo vaginal estaria associado a uma maior chance de as mulheres reportarem o desejo de engravidar, se comparadas às mulheres que não praticaram o sexo vaginal. O desejo de ter filhos não deve ser subestimado na população de mulheres com HIV/AIDS que fazem uso de método contraceptivo reversível, como, por exemplo, o uso de preservativo.

As mulheres usuárias de métodos contraceptivos reversíveis que relatam o desejo de ter filhos podem, no futuro, vir a explicitar a intenção de engravidar, através da interrupção do método ou da sua utilização de forma inconsistente. Ou seja, entre as

mulheres do presente estudo que praticaram sexo vaginal e em que o uso do preservativo ocorreu de forma inconsistente, a possibilidade de ocorrer o desejo de engravidar foi ainda mais elevada, isto é, cerca de 10 vezes maior do que aquela observada entre as mulheres que não praticaram sexo vaginal.

Assim como o status sorológico do parceiro, a prática do sexo vaginal e o uso de preservativos também podem se modificar ao longo do tempo, ou melhor, a mulher pode deixar de praticar sexo vaginal ou mudar o seu hábito com relação ao uso de preservativos. Como a periodicidade das visitas de acompanhamento das mulheres da coorte se modificou, isso impossibilitou a inclusão dessas variáveis como tempo-dependentes, que seria a forma apropriada de analisá-las.

Em suma, os achados da análise referentes aos fatores preditores de gestação mostraram que as mulheres mais jovens com HIV/AIDS, com menor formação escolar, morando com seus esposos/parceiros e sob tratamento anti-retroviral, estavam mais propensas a engravidar. Por serem os fatores sociodemográficos (idade, situação marital e nível de escolaridade) variáveis objetivas e mensuráveis, caberá a estudos futuros avaliar até que ponto e de que modo estas variáveis estão associadas a fatores subjetivos de natureza cultural e psicossocial. Pesquisas futuras também devem avaliar variáveis psicossociais, como o otimismo decorrente do uso da HAART, uma questão especialmente relevante em contextos de acesso universal a estes tratamentos e de drásticos aumentos da sobrevida.

Os achados da análise dos fatores associados ao desejo de engravidar evidenciaram que as mulheres com menor número de filhos, com maior tempo transcorrido a partir do

diagnóstico do HIV, que manifestaram a síndrome clínica do HIV e em que a última infecção oportunista ocorreu há dois ou mais anos, que tiveram nos últimos seis meses parceiros sorodiscordantes ou com sorologia para o HIV ignorada e que praticaram sexo vaginal, especialmente, com o uso inconsistente de preservativos, estavam mais propensas a reportar o desejo de filhos.

Tabela 6.1: Sumário dos efeitos das covariáveis utilizadas na análise das escolhas reprodutivas de acordo com os diferentes desfechos. IPEC/FIOCRUZ, 1996-2004.

Variáveis	Fatores preditores de gestação	Fatores associados ao desejo de engravidar
Taxas	6,9% mulheres-ano	20,4%
Idade	●	○
Raça/cor	○	○
Nível de educação (anos)	●	○
Trabalhou nos últimos seis meses	Na	○
Renda familiar mensal	○	○
Suporte financeiro nos últimos seis meses	Na	○
Número de filhos vivos	○	●
Tem filhos HIV-positivos	Ni	○
Tem filhos falecidos em decorrência de AIDS	Ni	○
Número de parceiros na vida	○	Na
Teve parceiros nos últimos seis meses	Na	Ni
Vivendo em união na visita inicial	●	Na
Viveu em união nos últimos seis meses	Na	○
Suporte emocional do parceiro nos últimos seis meses	Na	Ni
Status sorológico para o HIV do parceiro	Ni	●
Idade no primeiro intercuro sexual	○	Ni
Sexo vaginal nos últimos seis meses	Na	●
Contracepção nos últimos seis meses	Na	○
História de abuso sexual	○	Ni
História de violência doméstica	○	Ni
História de outra IST	○	Ni
Consumo diário de álcool	○	○
Já usou algum tipo de droga ilícita	○	○
Tempo desde o diagnóstico do HIV	Ni	◆ ■ *
Contagem de células TCD4+	○	○
Usa anti-retrovirais	◆	○
Já teve infecção oportunista	○	Ni
Tempo desde a última infecção oportunista	Na	◆

● Significante em nível de 5%

◆ Significante em nível de 10%

■ Significante em nível de 15%

○ Não significante

na Não se aplica

ni Não incluída

* Níveis de significância distintos nos dois modelos multivariados apresentados na análise do desejo de engravidar

6.2 Implicações para a formulação de políticas públicas

Algumas implicações no âmbito das políticas públicas podem ser apontadas através dos achados encontrados na presente tese.

Inicialmente, vale ressaltar que, ao longo do desenvolvimento deste trabalho e, mais especificamente, da construção da semestralidade como unidade temporal estruturante do acompanhamento, foram implementadas estratégias destinadas à adesão das mulheres com HIV/AIDS aos procedimentos assistenciais e científicos, específicos, da coorte (envio de cartas-lembrete, confirmação sistemática das visitas semestrais por telefone, telegramas e visitas domiciliares, quando necessárias, por parte de uma pessoa qualificada da equipe). A partir de 2003, observamos um percentual elevado e sustentado de adesão às visitas semestrais da coorte, o que nos permite concluir que a implementação dessas estratégias de baixo custo resultou em um elevado nível de adesão das mulheres às visitas regulares de acompanhamento e aos demais procedimentos utilizados na coorte. Considerando-se a importância da adesão para o sucesso da terapia anti-retroviral, estratégias semelhantes deveriam ser implementadas na assistência às pessoas com HIV/AIDS e recursos deveriam ser disponibilizados para tal fim nas unidades de saúde que acompanham pacientes com HIV/AIDS.

O uso de anti-retrovirais se mostrou um preditor independente de gravidez entre as mulheres com capacidade reprodutiva na coorte do IPEC/FIOCRUZ. Cabe observar que, de forma global, os benefícios decorrentes da introdução da HAART estão ainda restritos a uma pequena fração das pessoas com HIV/AIDS, diferentemente do que ocorre no Brasil, onde existe uma política de acesso universal à terapia anti-retroviral, desde 1996. A

identificação das necessidades de planejamento familiar para mulheres/casais sob tratamento anti-retroviral constitui uma estratégia fundamental no sentido de uma redução da incidência de gestações não planejadas e do potencial de transmissão sexual (infecção ou reinfecção do parceiro) e materno-infantil do HIV.

O status sorológico do parceiro e a atividade sexual vaginal se mostraram importantes fatores determinantes do desejo de engravidar entre as mulheres com HIV/AIDS com capacidade reprodutiva na coorte do IPEC. O aconselhamento sobre reprodução e prevenção deve integrar sempre a assistência de todas as mulheres com HIV/AIDS, em especial aquelas com parceiros sorodiscordantes e aquelas mulheres com parceiros com sorologia ignorada que desejam filhos e fazem uso inconsistente do preservativo, pois estes são os subgrupos mais vulneráveis ao risco de adquirir novas infecções pelo HIV.

As mulheres que não têm parceiros e manifestam o desejo de engravidar constituem um subgrupo vulnerável ao risco de engravidar na eventualidade de encontrarem parceiros e, portanto, passível de demandar serviços especializados em aconselhamento e reprodução assistida.

Os resultados sugerem que grande parte das mulheres férteis não manifestam o desejo de filhos, sendo o uso inconsistente de preservativos uma prática observada em uma parcela destas mulheres. O aconselhamento sobre contracepção é essencial, assim como o acesso aos cuidados e orientações por profissionais treinados em planejamento familiar. Programas destinados à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e prevenção da infecção e reinfecção pelo HIV devem estar plenamente integrados a serviços de

planejamento familiar para as populações de indivíduos com o HIV/AIDS que não desejam ter filhos.

Os achados deste estudo evidenciam a relevância de uma melhor estruturação da assistência e da premência de pesquisas voltadas para as mulheres/casais com HIV/AIDS, tendo como foco questões reprodutivas e contraceptivas, assim como para os aspectos da prevenção da transmissão/reinfecção pelo HIV, de forma a viabilizar uma compreensão integral das necessidades e desejos da mulher com HIV/AIDS.

6.3 Trabalhos futuros

Os fatores relacionados às decisões reprodutivas podem ser de natureza fundamentalmente objetiva ou subjetiva (com importante superposição entre ambas). Em se tratando de uma mulher infectada pelo HIV, os principais fatores objetivos que podem influenciar o desejo de engravidar incluem aspectos sociodemográficos e clínicos. Porém, na maioria dos estudos, fatores subjetivos, de natureza cultural e psicossocial, parecem ter maior peso nas decisões reprodutivas. Estudos em profundidade são mais adequados para captar as nuances da subjetividade e devem ser conduzidos para a avaliação desses aspectos.

Pesquisas acerca da percepção e do grau de informação da mulher sobre seu estado de saúde e sobre os riscos de transmissão vertical e/ou horizontal do HIV e suas relações com a terapia anti-retroviral devem ser implementadas.

O impacto do acesso às terapias anti-retrovirais, com a conseqüente melhora do estado de saúde, sobre o comportamento sexual, sobre o desejo e a intenção de filhos deve ser mais explorado no contexto de países e sociedades com acesso mais ou menos abrangente e sistemático à terapia. Da mesma forma, fazem-se necessárias pesquisas sobre a demanda, as escolhas, o acesso e o uso de métodos para a contracepção por mulheres/casais com HIV/AIDS em diferentes contextos econômicos, sociais e culturais.

Futuros estudos interligando a análise do desejo, a intenção (isto é, o planejamento da gravidez) e a ocorrência de gestação propriamente dita podem contribuir para uma melhor compreensão da relação entre estas variáveis, assim como a relação entre elas e o transcurso do tempo.

Apesar de se tratar de dados longitudinais, as informações utilizadas na análise dos fatores preditores de gestação foram coletadas na visita de inclusão na coorte, não utilizando, portanto, variáveis tempo-dependentes. Considerando-se a elevada e sustentada adesão às visitas periódicas da coorte, futuros estudos devem ser conduzidos de modo a incorporar variáveis que se modificam ao longo do tempo, tais como, a natureza da parceria, o número de filhos, a contagem de TCD4+, o uso de diferentes esquemas de anti-retrovirais, entre outras.

Estudos acerca das escolhas reprodutivas e contraceptivas, e referentes ao comportamento sexual da população geral de mulheres e, em especial, desenvolvidos entre mulheres HIV-negativas, poderão trazer uma melhor compreensão sobre o verdadeiro impacto do HIV. Recentemente, o Centro de Referências em Ensaio Clínicos em HIV/AIDS do IPEC/FIOCRUZ iniciou uma coorte de casais sorodiscordantes para o HIV,

com a inclusão de homens e mulheres anti-HIV negativo com parceria positiva. Essa coorte poderá, no futuro, viabilizar tais estudos comparativos.

Provavelmente devido a diferentes critérios de inclusão e de exclusão, composição da população sob estudo e período de observação (coincidente com a introdução da HAART), além das características sociodemográficas e culturais particulares de cada local, não há por enquanto consistência quanto às diferentes associações evidenciadas pela literatura internacional. Estudos adicionais, de natureza quali-quantitativa, lançando mão da triangulação de informações de cunho marcadamente subjetivo, devem ser conduzidos e avaliados a partir da utilização de diferentes metodologias e miradas conceituais.

6.3.1 Estrutura conceitual para trabalhos futuros

A Figura 6.1 esboça uma proposta de estrutura conceitual, desenvolvida a partir dos resultados deste trabalho, para a condução de futuros estudos envolvendo as decisões reprodutivas e contraceptivas das mulheres com HIV/AIDS. O novo fluxograma sugere: 1- analisar, de forma integrada, os três desfechos, ou seja, o desejo, a intenção e a ocorrência de gestação; 2- estudar a dinâmica contraceptiva nessa população e os seus fatores associados, correlacionando-a com os desfechos descritos no item anterior; 3- analisar o comportamento sexual através de uma escala de perfis de risco para a transmissão sexual do HIV; 4- analisar, de forma integrada, o comportamento sexual, reprodutivo e contraceptivo das mulheres com HIV/AIDS e 5- incorporar, às futuras análises, variáveis que permitam um melhor discernimento e mensuração dos fatores subjetivos associados ao comportamento sexual, reprodutivo e contraceptivo das mulheres com HIV/AIDS.

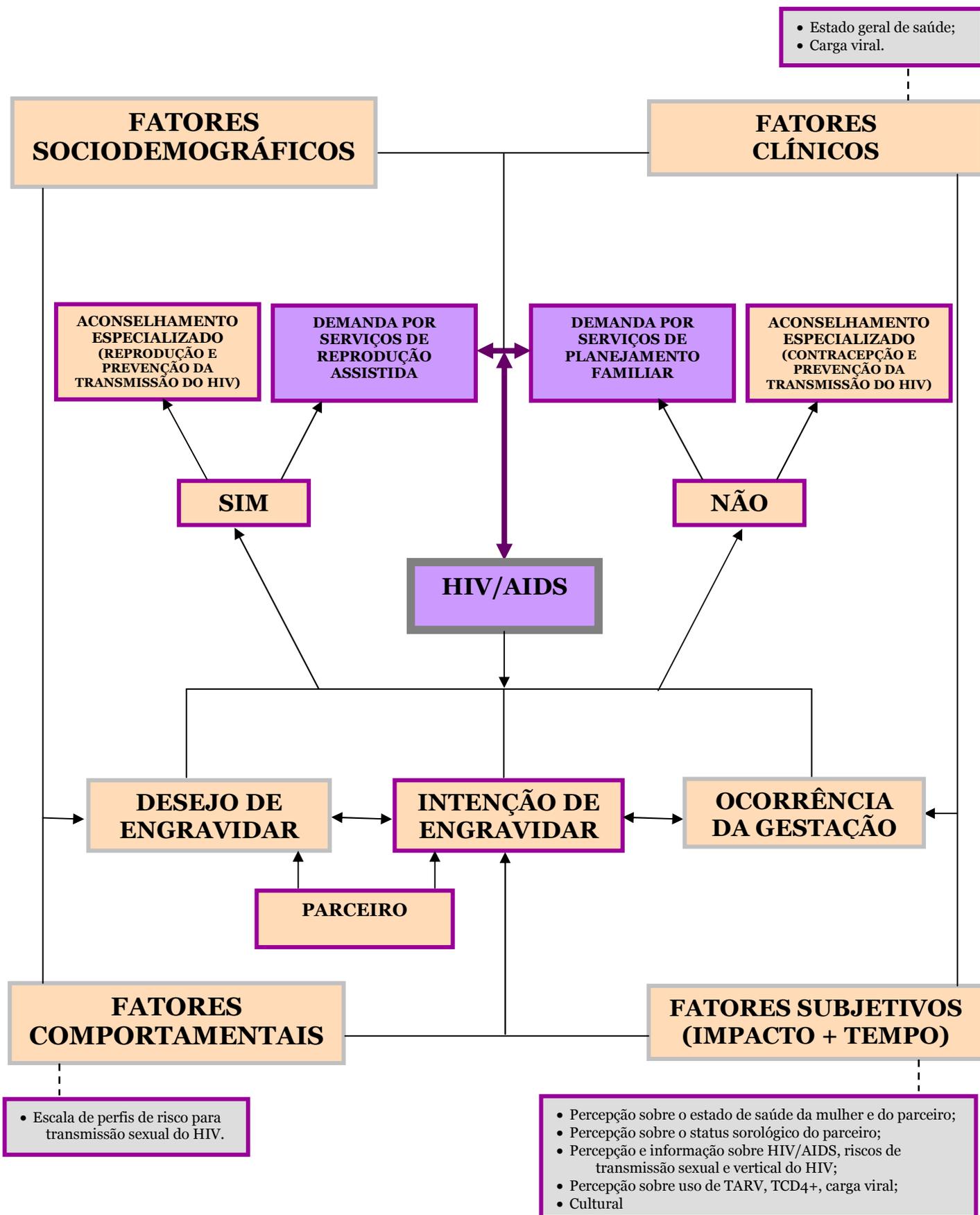


Figura 6.1: Estrutura conceitual para futuros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGI. Clandestine abortion: A Latin American Reality. The Alan Guttmacher Institute. New York. 1994
- AHLUWALIA, I. B., R. F. DEVELLIS, *et al.* Reproductive decisions of women at risk for acquiring HIV infection. **AIDS Educ Prev**, v.10, n.1, Feb, p.90-7. 1998.
- ALLEN, S., J. MEINZEN-DERR, *et al.* Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. **Aids**, v.17, n.5, Mar 28, p.733-40. 2003.
- ALLIEGRO, M. B., M. DORRUCCI, *et al.* Incidence and consequences of pregnancy in women with known duration of HIV infection. Italian Seroconversion Study Group. **Arch Intern Med**, v.157, n.22, Dec 8-22, p.2585-90. 1997.
- ALLISON, P. D. Survival Analysis Using SAS: A Practical Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc. 1995
- _____. Logistic Regression Using SAS System: Theory and Application. Cay, NC: SAS Institute Inc. 1999
- ANDERSON, D. J. Assisted reproduction for couples infected with the human immunodeficiency virus type 1. **Fertil Steril**, v.72, n.4, Oct, p.592-4. 1999.
- BADIANI, R., F. I., *et al.* Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. BENFAM-DHS (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). Rio de Janeiro. 1997. (Relatório Preliminar)
- BARBACCI, M., R. CHAISSON, *et al.* Knowledge of HIV serostatus and pregnancy decisions. International Conference AIDS, 1989. 223 p.
- BASTOS, F. I., C. M. LOWNDES, *et al.* Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. **Int J STD AIDS**, v.11, n.6, Jun, p.383-92. 2000.
- BEDIMO-RUNG, A. L., R. BESSINGER, *et al.* Reproductive choices among HIV-positive women. **Soc Sci Med**, v.46, n.2, Jan, p.171-9. 1998.
- BEDIMO-RUNG, A. L., A. R. CLARK, *et al.* Reproductive decision-making among HIV-Infected women. **J Natl Med Assoc**, v.97, n.10, Oct, p.1403-10. 2005.
- BERER, M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. **Health Policy Plan**, v.19 Suppl 1, Oct, p.i62-i70. 2004.

- BESSINGER, R., R. CLARK, *et al.* Pregnancy is not associated with the progression of HIV disease in women attending an HIV outpatient program. **Am J Epidemiol**, v.147, n.5, Mar 1, p.434-40. 1998.
- BLAIR, J. M., D. L. HANSON, *et al.* Trends in pregnancy rates among women with human immunodeficiency virus. **Obstet Gynecol**, v.103, n.4, Apr, p.663-8. 2004.
- BLOWER, S. M., H. B. GERSHENGORN, *et al.* A tale of two futures: HIV and antiretroviral therapy in San Francisco. **Science**, v.287, n.5453, Jan 28, p.650-4. 2000.
- BURATTINI, M., E. MASSAD, *et al.* Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. **Rev Saude Publica**, v.34, n.5, Oct, p.431-6. 2000.
- CAMPOS, D. P., S. R. RIBEIRO, *et al.* Survival of AIDS patients using two case definitions, Rio de Janeiro, Brazil, 1986-2003. **Aids**, v.19 Suppl 4, Oct, p.S22-6. 2005.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. 1993. (MMWR RR-17, 1992)
- _____. HIV Prevention through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases -- United States Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention. Centers for Disease Control and Prevention July 31, p.1-24. 1998. (MMRW 47 RR-12)
- _____. HIV/AIDS Surveillance Report. Centers for Disease Control and Prevention, p.1-42. 2000. (MMRW 12(1))
- CHEN, J. L., K. A. PHILIPS, *et al.* Fertility desires and intentions of HIV-positive men and women. **Fam Plann Perspect**, v.33, n.4, Jul-Aug, p.144-52, 165. 2001.
- CHERVENAK, F. A. e L. B. MCCULLOUGH. Common ethical dilemmas encountered in the management of HIV-infected women and newborns. **Clin Obstet Gynecol**, v.39, n.2, Jun, p.411-9. 1996.
- CHU, S. Y., D. L. HANSON, *et al.* Pregnancy rates among women infected with human immunodeficiency virus. Adult/Adolescent HIV Spectrum of Disease Project Group. **Obstet Gynecol**, v.87, n.2, Feb, p.195-8. 1996.
- CONNOR, E. M., R. S. SPERLING, *et al.* Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. **N Engl J Med**, v.331, n.18, Nov 3, p.1173-80. 1994.

- COX, D. R. Regression models and life tables (with discussion). **Journal of Royal Statistical Society**, v.34, series B, p.187-220. 1972.
- DA SILVEIRA ROSSI, A., G. A. FONSECHI-CARVASAN, *et al.* Factors associated with reproductive options in HIV-infected women. **Contraception**, v.71, n.1, Jan, p.45-50. 2005.
- DE VINCENZI, I., C. JADAND, *et al.* Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. **Aids**, v.11, n.3, Mar, p.333-8. 1997.
- DIAZ, T., B. SCHABLE, *et al.* Relationship between use of condoms and other forms of contraception among human immunodeficiency virus-infected women. Supplement to HIV and AIDS Surveillance Project Group. **Obstet Gynecol**, v.86, n.2, Aug, p.277-82. 1995.
- DUGGAN, J., H. WALERIUS, *et al.* Reproductive issues in HIV-seropositive women: a survey regarding counseling, contraception, safer sex, and pregnancy choices. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v.10, n.5, Sep-Oct, p.84-92. 1999.
- ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Human immunodeficiency virus and infertility treatment. **Fertil Steril**, v.82 Suppl 1, Sep, p.S228-31. 2004.
- FELDMAN, R. e C. MAPOSHERE. Voices and Choices: a participatory research and advocacy study of reproductive health and rights of HIV positive women in Zimbabwe. The XIII International AIDS Conference. Durban, South Africa. July 9-14, 2000. p.
- GALAVOTTI, C. e D. J. SCHNELL. Relationship between contraceptive method choice and beliefs about HIV and pregnancy prevention. **Sex Transm Dis**, v.21, n.1, Jan-Feb, p.5-7. 1994.
- GRAY, R. H., M. J. WAWER, *et al.* Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. **Lancet**, v.351, n.9096, Jan 10, p.98-103. 1998.
- GRECO, P., A. VIMERCATI, *et al.* Reproductive choice in individuals HIV-1 infected in south eastern Italy. **J Perinat Med**, v.27, n.3, p.173-7. 1999.
- GRINSZTEJN, B., F. I. BASTOS, *et al.* Assessing sexually transmitted infections in a cohort of women living with HIV/AIDS, in Rio de Janeiro, Brazil. **Int J STD AIDS**, v.17, n.7, Jul, p.473-8. 2006.
- GUIMARAES, M. D., C. PINTO, *et al.* Safe sexual behavior among female partners of HIV infected men in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of STD/AIDS**, v.5(12), p.334-341. 2001.

- HACKER, M. A., M. L. PETERSEN, *et al.* Highly active antiretroviral therapy in Brazil: the challenge of universal access in a context of social inequality. **Rev Panam Salud Publica**, v.16, n.2, Aug, p.78-83. 2004.
- HANKINS, C., T. TRAN, *et al.* Sexual behaviour and pregnancy outcome in HIV-infected women: Canadian women's HIV study group. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology.**, v.18, p.479-487. 1998.
- HARRISON, L. H., R. F. DO LAGO, *et al.* Incident HIV infection in a high-risk, homosexual, male cohort in Rio de Janeiro, Brazil. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.21, n.5, Aug 15, p.408-12. 1999.
- HATCHER, R., J. TRUSSELL, *et al.* Contraceptive Technology, Seventeenth Revised Edition. New York: Ardent Media, inc. 1998
- HOSMER, D. W. e S. LEMESHOW. Applied Survival Analysis: regression modeling of time to event data: John Wiley & Sons, Inc. 1999 (Wiley Series in Probability and Statistics)
- _____. Applied Logistic Regression: A Wiley-Interscience Publication. 2000 (Wiley Series in Probability and Statistics)
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000.
- _____. Síntese de Indicadores Sociais 2005. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.17. 2006.
- JANSSEN, R. S., D. R. HOLTGRAVE, *et al.* The Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic: prevention strategies for infected individuals. **Am J Public Health**, v.91, n.7, Jul, p.1019-24. 2001.
- KERRIGAN, D., F. I. BASTOS, *et al.* The search for social validation and the sexual behavior of people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: understanding the role of treatment optimism in context. **Soc Sci Med**, v.62, n.10, May, p.2386-96. 2006.
- KIRSHENBAUM, S. B., A. E. HIRKY, *et al.* "Throwing the dice": pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. **Perspect Sex Reprod Health**, v.36, n.3, May-Jun, p.106-13. 2004.
- KLINE, A., J. STRICKLER, *et al.* Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. **Soc Sci Med**, v.40, n.11, Jun, p.1539-47. 1995.
- LEE, L., P. WORTLEY, *et al.* Reduced fertility and duration of HIV-1 infection in American women. International Conference AIDS, 1998. 479-80 p.

- LEITZ, G., D. MILDVAN, *et al.* Nevirapine (VIRAMUNE, NCP) and ethinyl estradiol/norethindrone (ORTHO-NOVUM 1/35 [21 pack] EE/NET) interaction study in HIV-1 infected women. The 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, 2000. p.
- LEVIN, L., L. HENRY-REID, *et al.* Incident pregnancy rates in HIV infected and HIV uninfected at-risk adolescents. **J Adolesc Health**, v.29, n.3 Suppl, Sep, p.101-8. 2001.
- LIGNANI, L., JR., E. I. OLIVEIRA, *et al.* Sexually transmitted diseases in homosexual and bisexual males from a cohort of human immunodeficiency virus negative volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v.95, n.6, Nov-Dec, p.783-5. 2000.
- LURIE, P., M. E. FERNANDES, *et al.* Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil. Instituto Adolfo Lutz Study Group. **Aids**, v.9 Suppl 1, Jul, p.S31-7. 1995.
- LUTALO, T., M. KIDUGAVU, *et al.* Contraceptive use and HIV testing and counseling in rural Rakai district, SW Uganda. The XIII International AIDS Conference. Durban, South Africa. July 9-14, 2000. p.
- MANNHEIMER, S. B., J. MATTS, *et al.* Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. **AIDS Care**, v.17, n.1, Jan, p.10-22. 2005.
- MARINS, J. R., L. F. JAMAL, *et al.* Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v.17, n.11, Jul 25, p.1675-82. 2003.
- MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-95: A fresh look at key factors. **Population and Development Review**, v.22, n.1, Mar, p.47-75. 1996.
- MASSAD, L. S., G. SPRINGER, *et al.* Pregnancy rates and predictors of conception, miscarriage and abortion in US women with HIV. **Aids**, v.18, n.2, Jan 23, p.281-6. 2004.
- MEURSING, K. Barriers to sexual behaviour change after an HIV diagnosis in sub-Saharan Africa. In: (Ed.). Resistances to Behavioural change to Reduce HIV/AIDS Infection., 1999. Barriers to sexual behaviour change after an HIV diagnosis in sub-Saharan Africa., p.Chap III:35-39
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Secretária de Políticas de Saúde - Boletim Epidemiológico AIDS - MS.**, v.Semana de 48/1998 a 08/1999. 1999.

_____. Aspectos Epidemiológicos do HIV/AIDS no Brasil. Ministério da Saúde. 2005

- MOFENSON, L. M. Advances in the prevention of vertical transmission of human immunodeficiency virus. **Semin Pediatr Infect Dis**, v.14, n.4, Oct, p.295-308. 2003.
- MORRISON, C., C. SEKADDE-KIGONDU, *et al.* Is the IUD appropriate contraception for HIV-infected women? Thirteenth Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. Denver, CO, 1999. p.
- MURPHY, D. A., T. MANN, *et al.* Number of pregnancies, outcome expectancies, and social norms among HIV-infected young women. **Health Psychol**, v.17, n.5, Sep, p.470-5. 1998.
- NAKAYIWA, S., B. ABANG, *et al.* Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. **AIDS Behav**, v.10, n.4 Suppl, Jul, p.S95-104. 2006.
- NDUATI, R., G. JOHN, *et al.* Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. **Jama**, v.283, n.9, Mar 1, p.1167-74. 2000.
- NEBIE, Y., N. MEDA, *et al.* Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.28, n.4, Dec 1, p.367-72. 2001.
- NETER, J., M. H. KUTNER, *et al.* Applied Linear Statistical Models: Irwin, Inc. 1996
- OLADAPO, O. T., O. J. DANIEL, *et al.* Fertility desires and intentions of HIV-positive patients at a suburban specialist center. **J Natl Med Assoc**, v.97, n.12, Dec, p.1672-81. 2005.
- OLINTO, M. T. e D. C. MOREIRA-FILHO. [Risk factors and predictors of induced abortion: a population-based study]. **Cad Saude Publica**, v.22, n.2, Feb, p.365-75. 2006.
- OLIVEIRA, L. A. e I. FRANCA JUNIOR. [Reproductive demands and health care for people living with HIV/AIDS: limits and possibilities within the context of specialized health services]. **Cad Saude Publica**, v.19 Suppl 2, p.S315-23. 2003.
- PACHECO-ACOSTA, E., T. ANTONELLA, *et al.* Reproductive choices in the Women and Infant Transmission Study (WITS):pre and post ACTG 076 results. The 12th World AIDS conference. Geneve, Switzerland, 1998. Abstract 13565 p.
- PAINTER, T. M. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. **Soc Sci Med**, v.53, n.11, Dec, p.1397-411. 2001.
- PAIVA, V., R. LATORRE, *et al.* [Sexuality of women living with HIV/AIDS in Sao Paulo]. **Cad Saude Publica**, v.18, n.6, Nov-Dec, p.1609-20. 2002.

- PALELLA, F. J., JR., K. M. DELANEY, *et al.* Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. **N Engl J Med**, v.338, n.13, Mar 26, p.853-60. 1998.
- PANOZZO, L., M. BATTEGAY, *et al.* High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner--two challenging issues. **Swiss Med Wkly**, v.133, n.7-8, Feb 22, p.124-7. 2003.
- PENA, J. E., J. KLEIN, *et al.* Providing assisted reproductive care to male haemophiliacs infected with human immunodeficiency virus: preliminary experience. **Haemophilia**, v.9, n.3, May, p.309-16. 2003.
- PERPÉTUO, I. H. O. e S. WAJNMANN. A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.10, n.1-2, p.25-39. 1993.
- PISCITELLI, S. C., C. FLEXNER, *et al.* Drug interactions in patients infected with human immunodeficiency virus. **Clin Infect Dis**, v.23, n.4, Oct, p.685-93. 1996.
- ROSS, A., D. MORGAN, *et al.* Reduced fertility associated with HIV: the contribution of pre-existing subfertility. **Aids**, v.13, n.15, Oct 22, p.2133-41. 1999.
- ROSSI, A. S., G. A. FONSECHI-CARVASAN, *et al.* Factors associated with reproductive options in HIV-infected women. **Contraception**, v.71, n.1, Jan, p.45-50. 2005.
- RYDER, R. W., V. L. BATTER, *et al.* Fertility rates in 238 HIV-1-seropositive women in Zaire followed for 3 years post-partum. **Aids**, v.5, n.12, Dec, p.1521-7. 1991.
- SANTOS, N. J., C. M. BUCHALLA, *et al.* [Reproduction and sexuality in HIV-positive women, Brazil]. **Rev Saude Publica**, v.36, n.4 Suppl, Aug, p.12-23. 2002.
- SAS. SAS OnlineDoc 9.1.3. Cary, NC: SAS Institute Inc. 2002-2005.
- SAUER, M. V. Providing fertility care to those with HIV: time to re-examine healthcare policy. **Am J Bioeth**, v.3, n.1, Winter, p.33-40. 2003.
- SAUER, M. V. e J. CHOI. HIV seroconversion in a woman preparing for assisted reproduction: an inherent risk in caring for HIV-serodiscordant couples. **Reprod Biomed Online**, v.12, n.3, Mar, p.375-7. 2006.
- SEGURADO, A. C., S. D. MIRANDA, *et al.* Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS in Sao Paulo, Brazil. **AIDS Patient Care STDS**, v.17, n.2, Feb, p.85-93. 2003.
- SEMPRINI, A. E., P. LEVI-SETTI, *et al.* Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners. **Lancet**, v.340, n.8831, Nov 28, p.1317-9. 1992.

- SIMÕES-BARBOSA, R. H. Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. (Doutorado). ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001. 310 p.
- SMITS, A. K., C. A. GOERGEN, *et al.* Contraceptive use and pregnancy decision making among women with HIV. **AIDS Patient Care STDS**, v.13, n.12, Dec, p.739-46. 1999.
- STEPHENSON, J. M. e A. GRIFFIOEN. The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. Study Group for the Medical Research Council Collaborative Study of Women with HIV. **Aids**, v.10, n.14, Dec, p.1683-7. 1996.
- STOKES, M. E., C. S. DAVIS, *et al.* Categorical Data Analysis Using the SAS System. Cary, NC: SAS Institute Inc. 2000
- SUNDERLAND, A., H. L. MINKOFF, *et al.* The impact of human immunodeficiency virus serostatus on reproductive decisions of women. **Obstet Gynecol**, v.79, n.6, Jun, p.1027-31. 1992.
- SUNDERLAND, A., G. MOROSO, *et al.* Influence of HIV infections on pregnancy decisions. The Fifth International Conference on AIDS. Montreal, Quebec, Canada, 1989. Abstract W.D.P.58. p.
- SZWARCWALD, C. e M. CARVALHO. Estimativa do Número de Indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. **Boletim Epidemiológico**, Janeiro a Março. 2001.
- THACKWAY, S. V., V. FURNER, *et al.* Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. **Aids**, v.11, n.5, Apr, p.663-7. 1997.
- THE INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. **N Engl J Med**, v.340, n.13, Apr 1, p.977-87. 1999.
- THERNEAU, T. M. e P. M. GRAMBSCH. Modeling Survival Data: modeling survival data: Springer. 2000 (Statistics for Biology and Health)
- TUPINAMBAS, U., F. A. RIBEIRO, *et al.* Treatment switch guided by HIV-1 genotyping in Brazil. **Braz J Infect Dis**, v.10, n.2, Apr, p.82-8. 2006.
- UNAIDS. AIDS epidemic update, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2005a

- _____. Where prevention and care meet: voluntary counselling and testing and prevention mother-to-child transmission, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2005b
- _____. Report on the global AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2006
- VAN BENTHEM, B. H., I. DE VINCENZI, *et al.* Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV-infected women. European Study on the Natural History of HIV Infection in Women. **Aids**, v.14, n.14, Sep 29, p.2171-8. 2000.
- VAN DER STRATEN, A., C. A. GOMEZ, *et al.* Sexual risk behaviors among heterosexual HIV serodiscordant couples in the era of post-exposure prevention and viral suppressive therapy. **AIDS**, v.14, n.4, Mar 10, p.F47-54. 2000.
- VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. Conceitos Preliminares. The John D. and Catharine T. 2002. 14 p.
- VIMERCATI, A., P. GRECO, *et al.* Immunological markers in HIV-infected pregnant and non-pregnant women. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.90, n.1, May, p.37-41. 2000.
- _____. Impact of counseling on the sexual habits and reproductive decisions in HIV-1-positive subjects. **Minerva Ginecol**, v.51, n.9, Sep, p.331-3. 1999.
- WILLIAMS, H. A., C. E. WATKINS, *et al.* Reproductive decision-making and determinants of contraceptive use in HIV-infected women. **Clin Obstet Gynecol**, v.39, n.2, Jun, p.333-43. 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. World Health Organization. Geneve. 1996
- _____. Pregnancy and HIV/AIDS. World Health Organization (WHO), p.Fact Sheet No. 250. 2000

ANEXO I



COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006



Visita: Número Coorte:

Registro HEC: Data da entrevista: / / Iniciais do Entrevistador:

Assinatura _____

ATENÇÃO: Aplicar todas as perguntas deste formulário relativamente aos últimos seis meses, ou a partir da última entrevista de comportamento, isto é, desde -----

/ /

1) Estado civil legal:

- Solteira
- Casada
- Divorciada/desquitada
- Viúva
- Outro

2) Tipo de convivência nos últimos seis meses:

- Não viveu maritalmente
- Vivendo maritalmente
- Viveu maritalmente, mas não no momento

3) Escolaridade:

- Analfabeta
- Primeiro grau incompleto até a quarta série
- Primeiro grau incompleto até a oitava série
- Primeiro grau completo
- Segundo grau incompleto
- Segundo grau completo
- Terceiro grau incompleto
- Terceiro grau completo

Quantos anos de estudo você tem: IGN

4) Trabalhou nos últimos seis meses:

- Sim Não NQI

5) Parou de trabalhar ou não trabalhou nos últimos seis meses: (Se teve mais de um trabalho, marcar os motivos pelos quais parou de trabalhar em todos)

- Sim, por decisão própria independente do HIV
- Sim, por decisão própria, em decorrência do HIV
- Sim, por decisão própria, em decorrência de outra doença não relacionada ao HIV
- Sim, porque foi afastada em decorrência da AIDS
- Sim, porque foi afastada por motivo não relacionado à AIDS
- Sim, porque foi demitida nos últimos seis meses, em decorrência do HIV
- Sim, porque foi demitida nos últimos seis meses, por motivo não relacionado ao HIV
- Sim, não trabalhou porque não conseguiu emprego
- Não, continua trabalhando regularmente
- Não, continua trabalhando com serviços esporádicos ("bicos")





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06 / 0001



6) Renda familiar mensal em Reais: . IGN

7) Quantas pessoas contribuem na sua família para esta renda: IGN

8) Quantas pessoas vivem desta renda: IGN

9) Auxílio-doença INSS:

Sim Não NQI

10) Pensão de companheiro/familiar falecido:

Sim Não NQI

11) Auxílio-transporte (FETRANSPOR):

Sim Não NQI

12) Recebeu regularmente cesta básica de alguma instituição: (Regularmente: pelo menos três vezes em seis meses)

Sim Não NQI

13) Moradia:

- Própria dos pais/parentes/amigos - Própria
 Alugada dos pais/parentes/amigos - Alugada
 Mora na rua Outro _____
 Abrigo/Alojamento

14) Tipo de domicílio:

- Casa Barraco
 Quarto Outro _____
 Apartamento

Quantas pessoas moram com você: IGN

15) Recebe apoio financeiro de: (Pode-se marcar mais de uma opção)

- Pais Ex-parceiro
 Irmãos Amigos
 Filhos Outros _____
 Parceiro Ninguém

16) Recebe apoio emocional de: (Pode-se marcar mais de uma opção)

- Pais Ex-parceiro
 Irmãos Amigos
 Filhos Outros _____
 Parceiro Ninguém





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06/0001



17) **Sentiu-se discriminada devido à AIDS nos últimos seis meses:** (Pode-se marcar mais de uma opção)

- Não, pois ninguém sabe
 Não
 Sim, por família
 Sim, por parceiro
 Sim, por amigo
 Sim, por ex-parceiro
 Sim, no trabalho
 Sim, por profissional de saúde
 Sim, por outros _____

PERGUNTAS SOBRE FUMO, BEBIDAS ALCOÓLICAS E USO DE DROGAS

18) **Tabagismo: você fumou cigarros nos últimos seis meses:**

- Sim Não IGN NQI (Se "Não", "IGN" ou "NQI", pular para a questão 26)

19) **Número de cigarros por dia, em média:** IGN

20) **Etilismo: você fez uso de bebidas alcoólicas nos últimos seis meses:**

- Sim Não IGN NQI (Se "Não", "IGN" ou "NQI" pular para a questão 26)

21) **Quando você bebe cerveja, vinho (bebidas fermentadas), qual a quantidade usual:**

- 1 a 2 copos
 3 a 4 copos
 5 ou mais copos
 Não bebo cerveja, vinho (bebidas fermentadas)

22) **Quando você bebe cachaça, conhaque (bebidas destiladas), qual a quantidade usual:**

- 1 a 2 doses
 3 a 4 doses
 5 ou mais doses
 Não bebo cachaça, conhaque (bebidas destiladas)

23) **Nos últimos seis meses, quantos dias por mês você fez uso de bebidas alcoólicas, em média:** IGN

24) **Você sentiu necessidade de diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, nos últimos seis meses:**

- Sim Não IGN NQI

25) **Alguém comentou que você fez uso exagerado de bebidas alcoólicas, nos últimos seis meses:**

- Sim Não IGN NQI





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06/0001



26) Drogas: você usou drogas, nos últimos seis meses:

Sim Não IGN NQI (Se "Não", "IGN" ou "NQI", pular para a questão 29)

27) Usou:

Maconha:	Se "Sim", número aproximado de vezes:	<input type="checkbox"/> IGN	LSD:	Se "Sim", número aproximado de vezes:	<input type="checkbox"/> IGN
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	
Cocaína IV:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IGN	Outras:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IGN
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cocaína (pó):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IGN	Remédios para dormir, sem prescrição médica:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Crack:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IGN	Remédios para acalmar, sem prescrição médica:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cola:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IGN	ATENÇÃO: se usou drogas injetáveis, preencher questão 28		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

28) Você compartilhou seringa com alguém: (Pode-se marcar mais de uma opção)

Não Sim, com amigos
 Sim, com parceiro atual Sim, com família
 Sim, com ex-parceiro Sim, com outros _____
 Sim, com estranhos

PERGUNTAS SOBRE PARCEIROS SEXUAIS

29) Número total de parceiro(s) com os quais teve ou teve relações sexuais, nos últimos seis meses: IGN

OBS: Relações sexuais significa: sexo oral, chupando ou sendo chupado, sexo vaginal e/ou sexo anal (Se "ZERO", pular para a questão 44)

30) Destes, quantos eram HIV positivos, nos últimos seis meses: IGN

31) Algum destes parceiros faleceu de AIDS, nos últimos seis meses:

Sim Não IGN NQI

32) Você teve algum parceiro usuário de droga injetável (UDI), nos últimos seis meses:

Sim Não IGN NQI

33) Número total de parceiro(s) sexuais, nos últimos seis meses: IGN

OBS: Parceiros sexuais: com quem você manteve relações sexuais, que significa sexo oral, chupando ou sendo chupado, sexo vaginal e/ou sexo anal (Se "ZERO", pular para a questão 39)





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06 / 0001



34) Prática(s) sexual(is) nos últimos seis meses: (Pode-se marcar mais de uma opção)

- Oral receptiva (foi chupada) Anal (foi penetrada)
 Oral ativa (chupou) IGN
 Vaginal NQI

35) Você usou/usa preservativos: (Pode-se marcar mais de uma opção)

- Masculino Nenhum
 Feminino IGN
 Ambos NQI

36) Você teve/tem parceiro(s) testados e que eram (são) HIV positivos:

- Sim Não IGN NQI (Se "Sim", responder o bloco I, a seguir - questões 36.1 a 36.11)

37) Você teve/tem parceiro(s) testados e que eram (são) HIV negativos:

- Sim Não IGN NQI (Se "Sim", responder o bloco II, a seguir - questões 37.1 a 37.11)

38) Você teve/tem parceiro(s) que você não sabia (sabe) se eram (são) positivos ou negativos para o HIV (vírus da AIDS):

- Sim Não IGN NQI (Se "Sim", responder o bloco III, a seguir - questões 38.1 a 38.11)

	Bloco I: Parceiros HIV+ testados	Bloco II: Parceiros HIV- testados	Bloco III: Parceiros com sorologia desconhecida para o HIV
- Número de parceiros:	36.1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IGN	37.1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IGN	38.1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IGN
- Número de novos parceiros:	36.2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IGN	37.2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IGN	38.2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IGN
- Parceiro(s) sabia(m) do seu diagnóstico de infecção pelo HIV:	36.3 <input type="checkbox"/> todos eles <input type="checkbox"/> alguns deles <input type="checkbox"/> nenhum deles <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	37.3 <input type="checkbox"/> todos eles <input type="checkbox"/> alguns deles <input type="checkbox"/> nenhum deles <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	38.3 <input type="checkbox"/> todos eles <input type="checkbox"/> alguns deles <input type="checkbox"/> nenhum deles <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI
- Teve relações desprotegidas com:	36.4 <input type="checkbox"/> parceiro fixo <input type="checkbox"/> parceiro casual <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> Não teve relações desprotegidas <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	37.4 <input type="checkbox"/> parceiro fixo <input type="checkbox"/> parceiro casual <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> Não teve relações desprotegidas <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	38.4 <input type="checkbox"/> parceiro fixo <input type="checkbox"/> parceiro casual <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> Não teve relações desprotegidas <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06 / 0001



	Bloco I: Parceiros HIV+ testados	Bloco II: Parceiros HIV- testados	Bloco III: Parceiros com sorologia desconhecida para o HIV
- As relações sexuais desprotegidas foram acidentais:	36.5 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Em algumas <input type="checkbox"/> Em nenhuma <input type="checkbox"/> Não teve relações desprotegidas <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	37.5 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Em algumas <input type="checkbox"/> Em nenhuma <input type="checkbox"/> Não teve relações desprotegidas <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	38.5 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Em algumas <input type="checkbox"/> Em nenhuma <input type="checkbox"/> Não teve relações desprotegidas <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI
- Seu(s) parceiro(s) concordaram em usar preservativos:	36.6 <input type="checkbox"/> Todos eles <input type="checkbox"/> A maioria <input type="checkbox"/> Alguns deles <input type="checkbox"/> Nenhum deles <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	37.6 <input type="checkbox"/> Todos eles <input type="checkbox"/> A maioria <input type="checkbox"/> Alguns deles <input type="checkbox"/> Nenhum deles <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	38.6 <input type="checkbox"/> Todos eles <input type="checkbox"/> A maioria <input type="checkbox"/> Alguns deles <input type="checkbox"/> Nenhum deles <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI
- Você teve contato com esperma quando fez sexo oral:	36.7 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral ativo (chupou) <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	37.7 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral ativo (chupou) <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	38.7 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral ativo (chupou) <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI
- O(s) seu(s) parceiro(s) teve(tiveram) contato com secreção vaginal quando fez (fizeram) sexo oral com você:	36.8 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral receptivo (chupada) <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	37.8 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral receptivo (chupada) <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI	38.8 <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral receptivo (chupada) <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> NQI





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06 / 0001



Bloco I: Parceiros HIV+ testados	Bloco II: Parceiros HIV- testados	Bloco III: Parceiros com sorologia desconhecida para o HIV
<p>- O(s) seu(s) parceiro(s) teve(tiveram) contato com sangue menstrual quando fez (fizeram) sexo oral com você:</p> <p>36.9</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral receptivo</p> <p><input type="checkbox"/> Não menstrua mais</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>	<p>37.9</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral receptivo</p> <p><input type="checkbox"/> Não menstrua mais</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>	<p>38.9</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo oral receptivo</p> <p><input type="checkbox"/> Não menstrua mais</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>
<p>- Você usou preservativos para sexo vaginal:</p> <p>36.10</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>	<p>37.10</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>	<p>38.0</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>
<p>- Você usou preservativos para sexo anal:</p> <p>36.11</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo anal</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>	<p>37.11</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo anal</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>	<p>38.11</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não praticou sexo anal</p> <p><input type="checkbox"/> IGN</p> <p><input type="checkbox"/> NQI</p>





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06/0001



39) Número total de parceiro(s) com os quais mantém, ou não, relações sexuais, atualmente:

IGN

Relações sexuais significa: sexo oral, chupando ou sendo chupada, sexo vaginal e/ou sexo anal

(Se "ZERO", pular para a questão 44)

40) Destes parceiros atuais, quantos são HIV+:

IGN

41) Número total de parceiros sexuais, atualmente:

IGN

Parceiros sexuais: com quem você mantém relações sexuais, que significa sexo oral, chupando ou sendo chupada, sexo vaginal e/ou sexo anal

(Se "ZERO", pular para a questão 44)

42) Destes parceiros sexuais atuais, quantos são HIV+:

IGN

43) Tem atualmente (um ou mais) parceiro(s) usuário(s) de droga injetável (UDI):

Sim Não Sem parceiro IGN NQI

44) Quando foi a sua última relação sexual (mês e ano):

IGN

45) Você usou preservativos nesta última relação sexual:

Sim Não IGN NQI

PERGUNTAS SOBRE ABUSO E VIOLÊNCIA SEXUAL

46) Sexo não consentido nos últimos seis meses (ESTUPRO):

Sim Não IGN NQI (Se "Não", "IGN" ou "NQI", pular para a questão 51)

47) Sexo não consentido por: (Pode-se marcar mais de uma opção)

Familiar Parceiro Ex-parceiro Estranho Outro

48) Sexo não consentido resultando em gravidez:

Sim Não IGN NQI

49) Sexo não consentido - teve assistência médica:

Sim Não IGN NQI

50) Sexo não consentido foi notificado judicialmente:

Sim Não IGN NQI

51) Sofreu alguma agressão física não ligada diretamente à prática sexual (VIOLÊNCIA):

Sim Não IGN NQI (Se "Não", "IGN" ou "NQI", pular para a questão 57)





COMPORTAMENTO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006

CVS06 / 0001



52) A agressão física foi por: (Pode-se marcar mais de uma opção)

Familiar Parceiro Ex-parceiro Estranho Outro

53) Esta agressão física foi durante a gravidez:

Sim Não IGN NQI

54) Esta agressão física se agravou durante o período da gravidez:

Sim Não IGN NQI

55) Agressão física - teve assistência médica:

Sim Não IGN NQI

56) Agressão física foi notificada judicialmente:

Sim Não IGN NQI

57) Alguma pessoa foi recentemente diagnosticada como sendo portadora do HIV (ou da AIDS) na família:

(Pode-se marcar mais de uma opção)

Sim, parceiro Sim, irmã/irmão

Sim, mãe Sim, tios

Sim, pai Sim, outros _____

Sim, filho Não





GINECOLÓGICO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2005



Visita: Número Coorte:

Registro HEC: Data da entrevista: / / Iniciais do Entrevistador:

Assinatura _____

Aplicar as perguntas relativas aos últimos seis meses, ou seja, de / / até hoje.

01) Menstruou nos últimos seis meses:

sim não ign nqi

Se "NÃO", "IGN" ou "NQT"
pular para a questão 04

02) Ciclos menstruais:

regulares irregulares

03) Alterações menstruais: (pode-se marcar mais de uma opção)

- amenorréia
- hipermenorréia
- hipomenorréia
- polimenorréia
- oligomenorréia
- nenhuma

04) Idade na menopausa (anos):

Não se aplica

05) Laqueadura feita após a última consulta ginecológica:

sim não ign Se "SIM",
pular para a questão 20

Se sim, data: / /

06) Histerectomia feita após a última consulta ginecológica:

sim não ign Se "SIM",
pular para a questão 20

Se sim, data: / /

07) Quantas vezes engravidou nos últimos seis meses:

zero uma duas três quatro cinco seis sete oito nove dez onze doze treze catorze quinze dezesseis dezessete dezoito dezenove vinte

NÃO incluir gestações ocorridas há mais de seis meses, ou seja, gestações que já foram contempladas na visita anterior.

Preencher um formulário "HISTÓRIA DA GESTAÇÃO" para cada ocorrência de gestação neste novo período.

08) Você está grávida:

sim
 não
 ign

Se "NÃO" ou "IGN",
pular para a questão 10

09) Idade gestacional (semanas):

10) Você pariu nos últimos seis meses:

sim não Se "NÃO", pular para a questão 17

Se "SIM", registrar somente o que ocorreu nos últimos seis meses

11) Parto:

prematuro à termo

12) Número de partos normais:

IGN

13) Número de cesáreas eletivas:

IGN

14) Número de cesáreas de urgência:

IGN

15) Número de filhos que nasceram mortos (natimortos):

IGN

16) Você amamentou seu(s) filho(s) recém-nascido(s):

sim não





GINECOLÓGICO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2005



17) Número de abortos após a última consulta ginecológica:

IGN

(Se "ZERO",
pular para a questão 20)

25) Número de filhos vivos:

IGN

18) Quantos abortos espontâneos nos últimos seis meses:

IGN

26) Número de filhos falecidos de AIDS:

IGN

19) Quantos abortos provocados nos últimos seis meses:

IGN

27) Número de filhos ainda sem resultado definitivo para o teste da AIDS e que podem ter sido expostos ao vírus durante a gestação:

IGN

20) Você sentiu vontade de engravidar nos últimos seis meses:

sim

não

ign

nqi

28) Número de filhos HIV positivos, possivelmente expostos ao vírus durante a gestação:

IGN

21) Você deseja engravidar nos próximos 6 meses:

sim

não

ign

29) Número de filhos HIV negativos, que podem ter sido expostos ao vírus durante a gestação:

IGN

22) Seu parceiro deseja ter filhos:

sim

não

sem parceiro

ign

30) Número de filhos HIV positivos, e que foram amamentados ao seio:

IGN

23) Você tentou engravidar nos últimos 6 meses:

sim (Se "Sim", responder as questões seguintes)

não

ign

31) Número de filhos HIV negativos, que podem ter sido expostos ao vírus durante a gestação e que foram amamentados ao seio:

IGN

24) Como você tentou engravidar nos últimos 6 meses:

(Marque todas as opções que se aplicarem)

interrompeu uso de contraceptivo

coito sem uso de preservativo → N° de vezes:

auto-inseminação com seringa → N° de vezes:





GINECOLÓGICO - Visita de Seguimento

Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2005



32) Método(s) anticoncepcional (ais) usados: Não se aplica (No caso de Menopausa ou Histerectomia)

	Nos últimos seis meses:	Atualmente:
Nenhum: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Pílula: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Contraceptivo injetável: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Preservativos masculinos: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
DIU: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Preservativos femininos: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Diafragma: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Espemicida: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Tabela: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Coito interrompido: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Vasectomia: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Outros: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign
Contraceptivo de Emergência: -----	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ign	
Se "Sim", n° de vezes que usou: <input type="text"/>		

33) DST e/ou outra infecção ginecológica nos últimos seis meses:

sim não ign (Se "NÃO" ou "IGN", pular para a questão 34)

Sífilis: ----- sim não ign

Gonorréia: ----- sim não ign

Clamídia: ----- sim não ign

Candidíase vaginal: ----- sim não ign

Tricomoníase: ----- sim não ign

Herpes genital (vesículas/úlceras): ----- sim não ign

Herpes anal (vesículas/úlceras): ----- sim não ign

Herpes labial: ----- sim não ign

Condiloma genital: ----- sim não ign

Condiloma anal: ----- sim não ign

Cancróide: ----- sim não ign

Molusco contagioso (genital/anal): ----- sim não ign

Doença inflamatória pélvica: ----- sim não ign

Linfogranuloma venéreo: ----- sim não ign

Vaginose bacteriana: ----- sim não ign

Outras: ----- sim não ign

34) Histerectomia:

sim não ign (Se "SIM", pular para a questão 36)

35) Miomatose:

sim não ign

36) Outra intercorrência ginecológica:

sim não ign

Se "SIM", especificar:

37) Há quanto tempo fez seu último exame ginecológico (meses):

IGN

38) Você completou as três doses da vacinação contra hepatite B:

sim não ign





GINECOLÓGICO / QUEIXAS ATUAIS
Modificado para verificação e teste em
Fevereiro/2006



Visita:

Número Coorte:

Registro HEC:

Data da Entrevista:

 / /

Iniciais do Entrevistador:

Assinatura

1) Atualmente está com corrimento:

Sim Não

2) Cor:

- Transparente
- Branco
- Amarelado/Purulento
- Acizentado
- Sanguinolento
- Outro

3) Características do corrimento:

- Normal
- Homogêneo
- Flocular
- Bolhoso
- Outro

4) Odor:

Sim Não

5) Atualmente está com prurido:

Sim Não

13) Sangramento vaginal fora do período menstrual:

Sim Não Ignorado

6) Atualmente está com dor pélvica:

Sim Não

14) Hipermenorréia:

Sim Não

7) Dispareunia:

Sim Não Sem atividade sexual

15) Dismenorreia:

Sim Não

8) Sangramento pós-coito:

Sim Não Sem atividade sexual

16) Mastalgia:

Sim Não

9) Ardência ao urinar:

Sim Não

17) "Caroços" (nódulos) nos seios:

Sim Não Ignorado

10) Polaciúria:

Sim Não

18) Descarga papilar:

Sim Não

11) Lesões genitais:

Sim Não

19) Relação sexual desprotegida com suposto risco de gravidez:

Sim Não

12) Lesões anais:

Sim Não

63916





EXAME GINECOLÓGICO
Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006



Visita:

Número Coorte:

Registro HEC:

Data da entrevista:

 / /

Iniciais do Entrevistador:

Assinatura

MAMAS:

01) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a Questão 11)

02) Mama alterada:

Regulares Irregulares Não Avaliado

03) Nodulação:

Sim Não NA

04) Ulceração:

Sim Não NA

05) Descarga papilar:

Sim Não NA

06) Linfonodos auxiliares:

Sim Não NA

07) Linfonodos supraclaviculares:

Sim Não NA

08) Condensação:

Sim Não NA

09) Outros:

Sim Não NA

10) Especificar:

VULVA:

11) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 24)

12) Lesões:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 18)





EXAME GINECOLÓGICO
Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006



13) Lesão ulcerada:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

14) Lesão vesiculosa:

Sim Não NA

15) Lesão vegetante:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

16) Lesão plana:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

17) Lesão papulosa:

Sim Não NA

18) Bartholinite:

Sim Não NA

19) Skenite:

Sim Não NA

20) Fissuras:

Sim Não NA

21) Pigmentação:

Hipopigmentação Hiperpigmentação Ausência de pigmentação Normal

22) Outros:

Sim Não NA

23) Especificar:

.....
.....

URETRA:

24) Dolorosa:

Sim Não NA

25) Espessada:

Sim Não NA





EXAME GINECOLÓGICO
Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006



26) Secreção:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 30)

27) Cor da secreção:

Amarelada Sanguinolenta Esbranquiçada Esverdeada

28) Outros:

Sim Não NA

29) Especificar:

.....
.....

VAGINA:

30) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 41)

31) Secreção:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 35)

32) Cor da secreção:

Esbranquiçada Sanguinolenta Amarelo-esverdeada Acinzentada NA

33) Consistência:

Fluida Aderente/Floculada NA

34) Volume:

Abundante Escasso NA

35) Lesão:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 41)

36) Lesão ulcerada:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

37) Lesão vegetante:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

38) Lesão fistulosa:

Sim Não NA

39) Outros:

Sim Não IGN NA

40) Especificar:

.....
.....





COLO DO ÚTERO:

41) Presente:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 53)

42) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 53)

43) Sangramento:

Sim Não NA

44) Hiperemia:

Sim Não NA

45) Muco cervical:

Sim Não NA

46) Ectopia (mácula rubra):

Sim Não NA

47) Lesão plana:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

48) Lesão polipóide:

Sim Não NA

49) Lesão ulcerada:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

50) Lesão vegetante:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

51) Outros:

Sim Não NA

52) Especificar:

TOQUE:

53) Doloroso:

Sim Não NA





EXAME GINECOLÓGICO
Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006



ÚTERO:

54) Presente:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 62)

55) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 62)

56) Volume aumentado:

Sim Não NA

57) Consistência:

Normal Anormal NA (Se "Normal", pular para a questão 59)

58) Consistência anormal:

Endurecida Amolecida Outra

59) Forma irregular:

Sim Não NA

60) Mobilidade:

Normal Reduzida Fixa IGN NA

61) Dor à mobilização:

Sim Não NA

REGIÃO ANEXIAL:

62) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a Questão 69)

63) Anexos alterados:

Direito Esquerdo Ambos

64) Volume:

Normal 5 cm <5 cm NA

Anexo com maior volume:

Direito Esquerdo

65) Consistência:

Cística Sólida Mista NA

66) Dor à palpação:

Direito Esquerdo Ambos Não

67) Outros:

Sim Não NA

68) Especificar:





REGIÃO PERINEAL:

69) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 77)

70) Lesão plana:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

71) Lesão ulcerada:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

72) Lesão vesiculosa:

Sim Não NA

73) Lesão vegetante:

Sim Não NA

74) Lesão fistulosa:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

75) Outros:

Sim Não NA

76) Especificar:

REGIÃO ANAL:

77) Alterações:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 89)

78) Lesão:

Sim Não NA (Se "Não" ou "NA", pular para a questão 88)

79) Eritema:

Sim Não NA

80) Edema:

Sim Não NA

81) Hemorróida:

Sim Não NA

82) Fissura:

Sim Não NA





EXAME GINECOLÓGICO
Modificado para verificação e teste
Fevereiro/2006



83) Lesão plana:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

84) Lesão ulcerada:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

85) Lesão vesiculosa:

Sim Não NA

86) Lesão vegetante:

Sim Não NA

Número:

Tamanho da maior lesão (cm):

,

87) Lesão fistulosa:

Sim Não NA

88) Secreção:

Sim Não NA

89) Realizada coleta de amostras para exames laboratoriais:

Sim Não NA

(Se "Sim", preencher Questão 90 de LABORATÓRIO GINECOLÓGICO)

90) Diagnóstico clínico-ginecológico:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vaginose bacteriana | <input type="checkbox"/> Condiloma genital |
| <input type="checkbox"/> Trichomoníase | <input type="checkbox"/> Herpes genital |
| <input type="checkbox"/> Candidíase genital | <input type="checkbox"/> Herpes anal |
| <input type="checkbox"/> Candidíase anal | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Clamídia | <input type="checkbox"/> Câncer mole |
| <input type="checkbox"/> Gonorréia | <input type="checkbox"/> Molusco contagioso |
| <input type="checkbox"/> Cervicite inespecífica | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Condiloma genital | |

(Se "Outros", preencher questão 91.
Caso contrário, encerre o questionário aqui)

91 - Outros diagnósticos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIPA | <input type="checkbox"/> Dor pélvica |
| <input type="checkbox"/> Alteração menstrual | <input type="checkbox"/> Tumor uterino |
| <input type="checkbox"/> Doença mamária | <input type="checkbox"/> Tumor anexial |
| <input type="checkbox"/> Patologia endometrial | <input type="checkbox"/> Outros |





Visita:

Número Coorte:

Registro HEC:

Data da entrevista:

 / /

Iniciais do Entrevistador:

Assinatura

1- Exame direto realizado:

Sim Não IGN NA

Se "Sim", especifique a data

 / /

2 - Presença de hifas:

Sim Não IGN NA

3 - Presença de tricomonas

Sim Não IGN NA

4 - Ph

>4.5 <4.5 =4.5 IGN NA

5 - Presença de 'clue cells':

Sim Não IGN NA

6 - Teste Whiff:

Sim Não IGN NA

7- Colpocitológico oncócito triplíce: (Pode-se marcar mais de uma opção)

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> Inflamatório inespecífico	<input type="checkbox"/> LSIL
<input type="checkbox"/> Inflamatório por Gardnerella	<input type="checkbox"/> HSIL
<input type="checkbox"/> Inflamatório por cândida	<input type="checkbox"/> Carcinoma Invasivo
<input type="checkbox"/> Inflamatório por trichomonas	<input type="checkbox"/> Colpite atípica
<input type="checkbox"/> ASCUS	<input type="checkbox"/> Não Realizado
<input type="checkbox"/> AGUS	

Se "Sim", especifique a data

 / /

Aguardando Resultado

8 - GRAM Score NUGENT:

0-3 4-6 7-8 >=9 Não realizado

9 - Bacteriologia/Cultura (fundo de saco/v. qim. /cervix): (Pode-se marcar mais de uma opção)

<input type="checkbox"/> Negativa	<input type="checkbox"/> Cândida
<input type="checkbox"/> Diplococos Gram-Negativos	<input type="checkbox"/> Lactobacilos
<input type="checkbox"/> Gardnerella	<input type="checkbox"/> Não Realizada
<input type="checkbox"/> Outros _____	

Se "Sim", especifique a data

 / /

Aguardando resultado

10 - LCR para clamídia (Urina):

Positiva Negativa Não realizado

Se "Positiva", especifique a data

 / /

Aguardando resultado

11 - LCR para Neisseria (Urina):

Positiva Negativa Não realizado

Se "Positiva", especifique a data

 / /

Aguardando resultado





12 - Captura Híbrida para HPV:

Positiva Negativa Não realizado

(Se "Negativa" ou "Não realizada", pular para a Questão 14)

Especifique a data

□□ / □□ / □□□□

Aguardando resultado

13 - Genotipagem do HPV:

Oncogênico Não Oncogênico Ambos

14 - RLU:

Aguardando resultado

15 - VDRL:

Reativo Não Reativo Indeterminado Não realizado

Especifique a data

□□ / □□ / □□□□

Aguardando resultado

16 - TPHA:

Positivo Negativo Indeterminado Não realizado Aguardando resultado

17 - HBSAG:

Reativo Não Reativo Indeterminado Não realizado

Especifique a data

□□ / □□ / □□□□

Aguardando resultado

18 - Anti - HBS:

Reativo Não Reativo Indeterminado Não realizado Aguardando resultado

19 - Anti - HBC:

Reativo Não Reativo Indeterminado Não realizado Aguardando resultado

20 - Anti - HCV:

Reativo Não Reativo Indeterminado Não realizado

Especifique a data

□□ / □□ / □□□□

Aguardando resultado

21- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (CLÍNICO-LABORATORIAL):

Vaginose bacteriana

Sim Não NA

Vaginose bacteriana diagnosticada por critérios de Amsel:

Sim Não NA

Vaginose bacteriana diagnosticada por critérios de Nugent:

Sim Não NA

Tricomoníase

Sim Não Indeterminado NA

Candidíase genital

Sim Não Indeterminado NA



ANEXO II

PREVALÊNCIA DE DST'S E OUTRAS MANIFESTAÇÕES GINECOLÓGICAS EM PACIENTES INFECTADAS PELO HIV

QUESTIONÁRIO E FICHA CLÍNICA-LABORATORIAL

NOME: _____

REGISTRO: _____ Nº DO ESTUDO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO:

- 1- UDI
- 2- Hemotransfundida
- 3- Heterossexual com parceiro UDI
- 4- Heterossexual com parceiro bissexual
- 5- Heterossexual com parceiro hemotransfundido
- 6- Heterossexual com parceiro com múltiplos parceiros
- 7- Heterossexual com parceiro sem risco conhecido
- 8- Não sabe

1- VOCÊ ALGUMA VEZ JÁ FOI CASADA OU VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA?

- 1-Nunca
- 2- Já
- 3- Atualmente vivo com alguém
- 4- Divorciada / Separada
- 5- Viúva

2- Você sabe ler?

- 1- Sim
- 2- Não

3- Você sabe escrever?

- 1- Sim
- 2- Não

4- Escolaridade

- 1- Nenhuma
- 2- I grau incompleto, até _____ série
- 3- I grau completo
- 4- II grau incompleto
- 5- II grau completo
- 6- Superior incompleto
- 7- Superior completo
- 8- Outro _____

5- Renda familiar mensal: _____ SM

6- Número de pessoas compondo a renda familiar: _____

7- No momento você está:

- 1- Empregada regularmente
- 2- Desempregada
Há quanto tempo: _____
- 3- Serviços esporádicos

8- Você mora na sua própria casa?

- 1- Sim
- 2- Não

9- Você mora em casa de parentes ou amigos?

- 1- Sim
- 2- Não

10- Tipo de domicílio:

- 1- Casa
- 2- Apartamento
- 3- Barraco
- 4- Quarto
- 5- Outro _____

11- Nº de pessoas que moram no domicílio: _____

12- Você recebe apoio de:

- 1- Pais
- 2- Irmãos
- 3- Amigos

EXEMPLO

6
2,

- 13- Idade da menarca: _____ anos
- 14- Idade da menopausa: _____ anos
- 15- Idade da primeira relação sexual: _____ anos
- 16- Data da última relação sexual: ____/____/____
 1- Com preservativo 2- Sem preservativo
- 17- Duração dos ciclos menstruais: _____ dias
- 18- Intervalo entre os ciclos menstruais: _____ dias
- 19- DUM: ____/____/____
- 20- Há quanto tempo fez o seu último exame ginecológico: _____ meses
- 21- Idade da primeira gestação : _____ anos
- 22- Idade do primeiro parto: _____ anos
- 23- Gesta: _____ Para: _____
 Aborto: _____ Aborto induzido: _____ Aborto espontâneo: _____
- 24- Nº de partos normais : _____ Nº de partos cesáreos: _____
- 25- Você está grávida?
 1- Sim 2- Não
 Se sim, Idade gestacional: _____
- 26- Quantos filhos vivos você tem? _____
- 27- Você tem ou teve algum filho com AIDS?
 1- Sim 2- Não
 Se sim, quantos? _____
- 28- Amamentou seus filhos?
 1- Sim 2- Não
 Se sim, quais? _____
- 29- O que voce faz para evitar gravidez atualmente?
 1- Nada 5- DIU 9- Diafragma
 2- Preservativo 6- Tabela 10- Laqueadura
 3- Contraceptivo oral 7- Espermicida 11- Outros
 4- Depoprovera 8- Coito interrompido 12- Mais de um mét.

6

3

30- Você está com corrimento vaginal atualmente?

1- Sim 2- Não

Se sim, de que tipo?

1- Claro

4- Turvo

2- Escuro

5- Com prurido

3- Esbranquiçado (tipo queijo) 6- Odor fétido

31- Quais destes remédios você usou nos últimos meses?

1- Nenhum

8- SMZ+TMP

15- Ketoconazol

2- Amoxicilina

9- Penic. Benzatina

16- Fluconazol

3- Eritromicina

10- Doxiciclina

17- Itraconazol

4- Ofloxacin

11- Tetraciclina

18- Metronidazol

5- Ciprofloxacina

12- Espiramicina

19- Cefalosporina

6- Ampicilina

13- Clindamicina

20- Sulfadiazina

7- Roxitromicina

14- Azitromicina

21- Outros: _____

32- Você já teve alguma DST?

1- Sim 2- Não 3- Ignora

33- Quantos parceiros você tem atualmente? _____

34- Quantos parceiros você teve no último ano? _____

35- Quantos parceiros você teve na vida? _____

36- Seu parceiro alguma vez fez um teste para AIDS?

1- Sim 2- Não 3- Ignora

Se fez, você sabe o resultado?

1- Não, não sei

2- Sim, positivo

3- Sim, negativo

37- Algum dos seus parceiros morreu com AIDS?

1- Sim 2- Não 3- Ignora

38- Seu parceiro usa algum tipo de droga?

1- Sim 2- Não 3- Ignora

39- Seu(s) parceiro(s) sabe(m) da sua sorologia positiva?

1- Sim 2- Não

40- História de abuso sexual?

1- Sim 2- Não

41- História de violência doméstica?

1- Sim 2- Não

42- Quando foi o seu primeiro teste anti-HIV positivo? _____ / _____

6
4

- 43- Porque você fez o teste anti-HIV?
 1- Rotina de pré-natal 4- Filho doente e/ou HIV+
 2- Parceiro doente ou HIV+ 5- Por curiosidade
 3- Doação de sangue 6- Outro _____
- 44- Algum teste anti-HIV foi negativo?
 1- Sim 2- Não
 Se sim em que data: ____/____/____
- 45- Data da primeira consulta especializada (AIDS): ____/____/____
- 46- Tempo entre HIV+ e decidir procurar tratamento: _____
- 47- Tempo entre decidir tratar e encontrar local para acompanhamento: _____
- 48- Data da matrícula no HEC: ____/____/____
- 49- Data da AIDS: ____/____/____
- 50- Doença que definiu AIDS: _____
- 51- Classificação na inclusão no protocolo (CDC95): _____
- 52- Classificação ao iniciar acompanhamento no HEC: _____
- 53- Primeira contagem de CD4/ CD8 disponível: Data ____/____/____
 CD4: _____ % _____ céls/mm³
 CD8: _____ % _____ céls/mm³
- 54- Primeira contagem de CD4 abaixo de 200 céls/mm³. Data: ____/____/____
- 55- Última contagem de CD4: _____ % _____ céls/mm³ Data: ____/____/____
- 56- Atualmente você está usando anti retroviral?
 1- Sim 2- Não
 Se sim, data do início: ____/____/____
- 57- Que anti retrovirais você já usou?
 1- AZT 4- Stavudine
 2- ZDV 5- Inibidor da protease
 3- DDC
- 58- Atualmente está usando profilaxia para PCP?
 1- Sim 2- Não

59- Está fazendo ou já fez profilaxia para tuberculose?

() 1- Sim () 2- Não

60- Doenças Sexualmente Transmissíveis

Doença / Sintoma	1- Nunca Teve	2- Já teve	3- Não sabe	Nº de vezes em toda a vida	Nº de vezes nos últimos 6 meses
Gonorréia					
Sífilis					
Clamídia					
Herpes					
HPV					
Linfadenomegalia na virilha					
Úlceras dolorosas com secreção					
Vesículas dolorosas e/ou com queimação					
Úlceras não dolorosas					
Corrimento vaginal (claro ou opaco)					
Disúria ou estrangúria					

61- Você já fumou cigarros?

() 1- Não () 2- Fumava, mas não fumo mais
() 3- Sim, fumo atualmente _____ cigarros/dia

62- Há quanto tempo você fuma? _____

63- Você bebe álcool?

() 1- Sim () 2- Não

64- No último mês, quanto você bebeu?

() 1- Não bebi () 5- 2 ou 3 vezes / semana
() 2- 1 vez () 6- Quase todo dia
() 3- 2 ou 3 / mês () 7- Todos os dias
() 4- 1 vez/ semana () 8- Outros

6

6

65- Numa média diária, quanto você bebe?

- 1- 1 a 2 copos 2- 3 a 4 copos
 3- 5 ou mais copos 4- até ficar bêbada

66- Já usou algum tipo de drogas:

- 1- Sim 2- Não

Tipo	1-Não	2-Sim	3- Experimentei uma vez	4-Sem reposta	5-Se já usou, quando foi a última vez
Maconha					
Cocaína IV					
Cocaína inal.					
Cola					
Indutores do sono					
Ansiolítico					
Outros					

67- Compartilhou seringa com alguém alguma vez

- 1- Sim 2- Não

68- Compartilhou seringa com o parceiro atual:

- 1- Sim 2- Não

Exemplo

6

7

69- Manifestações relacionadas ao HIV

Data da visita: ____/____/____

Manifestações	Sim, em que data?	Não	Ativa	Não ativa
Diarréia				
Febre > 1 mês				
Perda de peso >10%				
Candidíase oral				
Candidíase vaginal				
Candidíase esofageana				
Dermatite seborrêica				
Prurigo				
Furunculose de repet.				
Pneumonia por <i>P. Carinii</i>				
Pneumonia bacteriana recorrente				
Sinusite bacteriana de repetição				
Toxoplasmose SNC				
Criptococose				
Histop. Disseminada				
H. zoster multidermatomial				
Tuberculose				
DMAC				
Doença por CMV				
H. mococut recorrente				
Salmonelose recorrente				
Sarcoma de Kaposi				
Wasting Síndrome				
Neuropatia periférica				
Criptosporíase (>1 mês)				
Isosporíase				
Nocardiose				
LMP				
Linfoma SMC				
Linfoma não Hodgkin				
CA cervical invasivo				
Mielite por HIV				
C. de Dem da AIDS				
Outra				

ANEXO III

Tabela anexa 1: Razão de chance, valor-p e intervalo de confiança do modelo logístico padrão univariado. Coorte de mulheres com HIV/AIDS, IPEC/FIOCRUZ, 2004.

Características	Razão de chance	Valor-p	IC (95%)
Idade			
< 30 anos	1,753	0,361	(0,526;5,843)
30 - 39 anos	2,106	0,124	(0,814;5,445)
≥ 40 anos	1,000	-	
Raça/etnia			
Branca	1,000	-	
Não branca	1,922	0,105	(0,873;4,231)
Nível de educação			
0-3 anos	1,000		
4-8 anos	0,696	0,570	(0,199;2,429)
9 ou mais anos	1,172	0,715	(0,499;2,753)
Trabalhou nos últimos seis meses			
Sim	2,285	0,056	(0,980;5,328)
Não	1,000	-	
Renda familiar mensal			
< 2 salários-mínimos	1,000	-	
2 - 5 salários-mínimos	1,148	0,760	(0,474;2,780)
> 5 salários-mínimos	1,045	0,934	(0,363;3,011)
Suporte financeiro nos últimos seis meses			
Sim	0,843	0,671	(0,383;1,855)
Não	1,000	-	
Número de filhos vivos			
Nenhum	1,000	-	
Um ou mais	0,178	0,000	(0,077;0,412)
Tem filhos HIV positivo			
Sim	0,180	0,101	(0,023;1,398)
Não	1,000	-	
Tem filhos falecidos em decorrência de AIDS			
Sim	1,000	-	
Não	0,768	0,812	(0,087;6,813)
Teve parceiros nos últimos seis meses			
Sim	6,802	0,011	(1,548;29,896)
Não	1,000	-	
Viveu em união nos últimos seis meses			
Casada/em união	1,222	0,615	(0,560;2,667)
Não unidas	1,000	-	
Suporte emocional do parceiro nos últimos seis meses			
Não teve parceiro	1,000	-	
Teve suporte emocional do parceiro	6,882	0,013	(1,506;31,440)
Não teve suporte emocional do parceiro	6,685	0,017	(1,398;31,972)
Status sorológico para o HIV do parceiro			
Positivo	2,600	0,288	(0,446;15,154)
Negativo	9,100	0,005	(1,920;43,137)
Desconhecido	9,000	0,006	(1,859;43,563)
Sem parceiro	1,000	-	
Sexo vaginal nos últimos seis meses			
Não	1,000	-	
Sim, sempre com preservativos	6,559	0,015	(1,445;29,771)
Sim, nem sempre com preservativos	11,216	0,003	(2,310;54,466)
Contracepção nos últimos seis meses			
Sim	1,965	0,170	(0,749;5,158)
Não	1,000	-	

Continua na próxima página

Continuação da tabela anterior

Usou algum tipo de droga ilícita nos últimos seis meses			
	1,601	0,585	(0,296;8,657)
Sim	1,000	-	
Não			
Consumo de álcool nos últimos seis meses			
Não	1,000	-	
1-2 copos	2,891	0,119	(0,761;10,975)
3 ou mais copos	1,739	0,207	(0,736;4,110)
Tempo desde o diagnóstico do HIV			
< 4 anos	0,320	0,046	(0,104;0,980)
4-7 anos	0,596	0,243	(0,259;1,421)
≥ 8 anos	1,000	-	
Em uso de antiretrovirais na ocasião da visita			
Não	1,000	-	
Sim	0,627	0,411	(0,206;1,909)
Contagem de TCD4+ mais próxima à visita			
< 200	1,000	-	
≥ 200	0,777	0,239	(0,282;2,139)
Tempo desde a última infecção oportunistas			
Não teve doença oportunista	1,000	-	
< 2 anos	1,039	0,955	(0,273;3,956)
≥ 2 anos	3,118	0,021	(1,187;8,191)