

JARBAS MAGALHÃES

MULHERES INFECTADAS PELO HIV:

O IMPACTO NA ANTICONCEPÇÃO, NO COMPORTAMENTO SEXUAL E NA HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina, área de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Medicina, na área de Tocoginecologia

ORIENTADOR

Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

CO-ORIENTADORES

Prof.^a Dr.^a ELLEN HARDY

Prof.^a Dr.^a ELIANA M. AMARAL DA SILVA

UNICAMP
1998

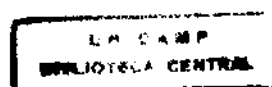


1150035793



FCM

T/UNICAMP M27m



9823024

Magalhães, Jarbas

UNIDADE	FCM
N.º CHAMADA:	
V.	E
TOMAD	35793/PCA/1640
PROG	395/98
C	D <input checked="" type="checkbox"/>
PRE	R\$ 11,00
DAT	12/11/98
N.º CO	C10001852F-4

Mulheres infectadas pelo HIV o
impacto na anticoncepção, no
comportamento sexual e na hist
T/UNICAMP/M27m

(35793/98)

BIBID: 134716

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M27m

Magalhães, Jarbas

Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na
anticoncepção, no comportamento sexual e na história
obstétrica/ Jarbas Magalhães. Campinas, S.P.: [s.n.],
1998.

Orientadores: Paulo César Giraldo, Ellen Hardy, Eliana
Martorano Amaral Freitas da Silva

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Anticoncepção. 2. HIV (vírus) - aspectos sociais. 3.
Obstetrícia - História. 4. Comportamento sexual - História. I
Paulo César Giraldo. II. Ellen Hardy. III. Eliana Martorano
Amaral Freitas da Silva. IV. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. V. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: JARBAS MAGALHÃES

Orientador: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

Co-Orientadores: Prof^a. Dr^a. ELLEN HARDY

Prof^a. Dr^a. ELIANA M. AMARAL DA SILVA

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 30/09/98

Dedico esta Tese ...

... aos meus pais

Ernani e Ruth,

a quem tudo devo e a quem dedico todo o meu amor.

... aos meus queridos irmãos:

Cassia, Evandro e Marta,

*por estarem sempre ao meu lado,
me estimulando e me empurrando para a frente.*

... aos meus amados filhos

Leandro e Vania,

razão maior para existir.

... à Roberta,

*mulher amada e companheira,
uma luz na minha vida.*

... a todas as mulheres infectadas pelo HIV.

Agradecimentos

Ao meu amigo e orientador, Prof. Dr. Paulo César Giraldo, que mesmo estudando e se aprimorando em outro país, esteve presente em todos os momentos da tese, contribuindo com sua experiência e grande conhecimento na área. Foi o responsável pela minha volta aos meios acadêmicos num momento em que tudo parecia muito difícil.

Ao meu amigo José Antonio Simões, pelas muitas contribuições ao trabalho, pela dedicação às revisões da qualificação e por ter ajudado muito com sinceridade, em todos os momentos. Foi uma grande honra poder contar com sua presença na Banca Examinadora.

À Profª.Drª Eliana Amaral, pela inestimável ajuda no Ambulatório de Infecções Genitais e pela sua generosidade em dividir o muito que sabe sobre as mulheres infectadas pelo HIV. Sua dedicação a essas mulheres é ímpar e me contaminou.

Ao Prof. Dr. Aníbal Faundes, cientista dedicado, capaz, presente em todos os momentos. Faz do seu curso de Metodologia III um momento inesquecível no decorrer da pós-graduação.

À Profª.Drª Ellen Hardy, eficiente co-orientadora e que ajudou muito na elaboração do questionário.

Ao Prof. Dr. Guilherme Cecatti e Dra. Maria José que muito me ensinaram da arte de se preparar um bom trabalho.

Ao Prof. Dr. Aarão, pela contribuição ao crescimento da pós-graduação do DTG e estímulo constante.

Às Prof^{as} Dr^{as} Viviane Herrmann e Sophie Derchain, pela amizade e pela grande contribuição dada nas revisões da qualificação da tese.

À enfermeira Marina Villarroel, minha amiga e incansável colaboradora durante todo o trabalho, contribuindo de maneira irretocável nas entrevistas e no atendimento às mulheres infectadas pelo HIV.

A todos os enfermeiros e funcionários do Ambulatório de Infecções Genitais e do UNISS, especialmente à Maria do Carmo, Leonice, Miriam, Maria José e Carlos, cuja ajuda e apoio foram de valor inestimável.

Aos meus colegas de Ambulatório, Daniel Faúndes, Petta, Regina e Giselda, que tão bem me receberam e sempre me estimularam.

À minha amiga Sueli Chaves da ASTEC, incansável e sempre presente comandando o seu time impecável, onde despontam, Cylene, Karla, Edson, Maria do Rosário, William, Néder, Fernanda, Sueli Regina e Marisa.

Ao meu grande amigo Francis, sempre companheiro, sempre estimulando e me ajudando em todos os momentos.

Ao Josemar pela elaboração do Banco de Dados, à Maria Helena e ao Edson pela eficiente colaboração no trabalho estatístico.

Às minhas secretárias Beth e Betinha, pela ajuda no meu consultório.

Aos Profs. Drs. Iara Linhares, Nelson Vitiello, Jose R. Gabiatti, pela gentileza de aceitarem como Banca Examinadora, o que com certeza dará maior credibilidade a este estudo.

Aos meus colegas de pós-graduação, Andrea, Beatriz, Sara, Regina, Tadeu, Torres, Gabriela, Ana Elisa, Cristina e Cristina Laguna, sempre juntos no mesmo sonho.

Aos meus amigos Julio C. Gomes e Francisco Protta, pelo incentivo constante no decorrer do trabalho.

Aos Profs. Drs. Edmundo Chada Baracat e Prof. Dr. Vilmon de Freitas, pela nossa grande amizade e pelo estímulo à realização da pós-graduação após 23 anos de trabalho como ginecologista em Mogi-Mirim, minha querida cidade.

Ao Prof. Dr. Geraldo de Lima, exemplo de professor de Medicina, inquestionável pesquisador e meu grande amigo, com quem aprendi a ser médico.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Resumo

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	15
2.1. Objetivo Geral.....	15
2.2. Objetivos Específicos.....	15
3. Casuística e Métodos.....	17
3.1. Desenho do estudo.....	17
3.2. Tamanho amostral.....	17
3.3. Critérios e procedimentos para seleção de sujeitos.....	17
3.4. Variáveis e conceitos.....	18
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	22
3.6. Coleta e processamento de dados.....	23
3.7. Análise estatística dos dados.....	23
3.8. Aspectos éticos.....	24
4. Resultados.....	25
4.1. Características epidemiológicas e sociodemográficas.....	25
4.2. Percepção das orientações anticoncepcionais recebidas.....	28
4.3. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais.....	31
4.4. Comportamento sexual.....	35
4.5. Uso de preservativos pelos parceiros.....	41
4.6. História obstétrica.....	43
5. Discussão.....	45
6. Conclusões.....	63
7. Summary.....	65
8. Referências Bibliográficas.....	67
9. Bibliografia de Normatizações.....	76
10. Anexos.....	77

Simbolos, Siglas e Abreviaturas

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ACO	Anticoncepcional Combinado Oral
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIDSCAP	Projeto de Controle e Prevenção da AIDS
APA	Ambulatório de Pronto Atendimento
AZT	Zivudina
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CDC	Centers for Disease Control
CIPOI	Centro Integrado de Pesquisa Oncohematológicas da Infância
COAS	Centro de Orientação e Atendimento Sorológico
DIPA	Doença Inflamatória Pélvica Aguda
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
HC	Hospital de Clínicas
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HIV+	Presença de Infecção pelo HIV

HIV -	Ausência de Infecção pelo HIV
n	Tamanho do Grupo em Estudo
MAC	Método Anticoncepcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	Valor da Significância Estatística
TPHA	Treponema pallidum Hemagglutination Assay
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Resumo

A transmissão heterossexual do vírus da imunodeficiência adquirida é predominante em quase todo o mundo e as mulheres representam dois terços das pessoas infectadas. Portanto, as decisões sobre a anticoncepção, o comportamento sexual e a vida reprodutiva, ganharam muita importância, embora existam poucos estudos sobre o tema nos últimos anos. Para avaliar o impacto da infecção pelo HIV na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica de mulheres HIV+, desenvolveu-se um estudo descritivo, de corte transversal, realizado por intermédio de um questionário ao qual foram submetidas 140 mulheres contaminadas pelo HIV, no Ambulatório de Infecções Genitais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas. A análise estatística foi realizada utilizando-se os testes de Qui-Quadrado, Exato de Fisher e o de McNemar para amostras emparelhadas, com significância estatística de 5%. A maioria da população estudada foi de mulheres jovens, de baixa escolaridade e com um contingente importante de viúvas. Encontrou-se um nítido aumento na prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, especialmente dos preservativos e da ligadura

tubária, somado a uma diminuição expressiva do número de parceiros e de relações sexuais, no período decorrido após o conhecimento da soropositividade, porém 30% das mulheres HIV+ ainda permaneceram sem usar método anticoncepcional. Descobriu-se também que metade dos parceiros das mulheres infectadas pelo HIV+ fazia uso consistente de preservativos, porém, uma grande parcela deles permaneceu sem nunca usá-los. Tais achados pareceram explicar a ocorrência de 26 gestações no período pós-soroconversão, com uma taxa de aborto provocado de 23,1%. Concluiu-se que o conhecimento da infecção pelo HIV exerceu forte impacto nas mulheres HIV+ estudadas, levando a profundas modificações nas práticas de anticoncepção e de comportamento sexual e, conseqüentemente, na sua história obstétrica. Espera-se que atividades de Planejamento Familiar sejam cada vez mais estimuladas e desenvolvidas nos serviços que atendam as mulheres infectadas pelo HIV.

Introdução

1. Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) atingiu números alarmantes em todo o mundo. Na América Latina, destaca-se o Brasil, onde já existem mais de 700 mil pessoas infectadas pelo vírus e cerca de 120 mil casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) notificados ao sistema de vigilância da epidemia (HANSEL et al., 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; AIDSCAP, 1998).

A transmissão heterossexual do HIV é responsável pela maioria dos casos de AIDS e vem aumentando progressivamente nos últimos anos. Aproximadamente 75% das infecções são devidas ao contacto heterossexual e cerca de 11,3 milhões de um total de 29,6 milhões de infectados, são mulheres. Estima-se que no ano 2000 haverá distribuídos por todos os continentes, mais de 40 milhões de pessoas infectadas, sendo que mais da metade serão mulheres (GOSTIN, WARD, BAKER, 1997).

Nos Estados Unidos havia três milhões de mulheres infectadas, até o final de 1991, cifra aumentou para 5,5 milhões até o final de março de 1994

(CENTERS FOR DISEASES CONTROL, 1995). Este contingente de mulheres infectadas explica porque, por volta da mesma época, a AIDS tornou-se a maior causa de morte em mulheres de 25 a 30 anos naquele país (HANSEL et al., 1993).

A evolução epidemiológica da doença tem sido semelhante no Brasil e, no caso de Campinas, o Informe Epidemiológico da Secretaria de Saúde mostra que a epidemia do HIV, em 1994, acometia 112 homens para cada mulher infectada. Já em 1995, esta proporção caiu até 4 para 1, chegando a 3 para 1 em 1997 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1997).

As mulheres representam dois terços das pessoas infectadas por via heterossexual nos EUA, em parte devido ao risco da transmissão homem-mulher ser significativamente maior do que o contrário. Além disso, havendo mais homens do que mulheres infectados pelo HIV, a mulher encontra com mais facilidade um parceiro infectado do que vice-versa (PADIAN, SNIBOSK, JEWELL, 1991).

A epidemia pelo HIV, como tantas outras, ocorre dentro de um complexo contexto social, regido por normas e comportamentos que afetam a infecciosidade, incluindo práticas sexuais específicas (sexo anal, entre outras), padrões de parceiros sexuais, escolha do método anticoncepcional e uso de substâncias (como o álcool e as drogas ilícitas) que podem diminuir a inibição sexual (ROYCE et al., 1997).

Grande parte dos casos de contaminação pelo HIV em mulheres pode ser atribuída, direta ou indiretamente, ao uso de drogas. Nos primeiros anos da epidemia, a maioria das mulheres diagnosticadas com HIV era usuária de drogas intravenosas, mas com o tempo, a proporção de mulheres infectadas através de contato heterossexual foi aumentando, chegando a 38% dos casos descritos no sexo feminino em 1995. Dentre as infectadas por via heterossexual, uma grande proporção contraiu o HIV do parceiro, que era usuário de droga (CHU, HAMMET, BUEHLER, 1992; AMARAL, 1996).

Os fatores associados à transmissão sexual do HIV incluem o consumo de *crack/cocaína* e as doenças sexualmente transmissíveis. O consumo de *crack/cocaína* representa um fator de risco devido à tendência de seus usuários praticarem atividades sexuais de risco e com múltiplos parceiros, muitas vezes em troca de dinheiro e de drogas (CDC, 1995). No final dos anos 80 e início dos anos 90, tanto o uso de *crack/cocaína* como as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas as lesões ulcerativas como a sífilis e o cancroíde, foram muito prevalentes em populações urbanas e, indubitavelmente, também contribuíram para o aumento da transmissão do HIV (EDLIN et al., 1994; CHIRGWIN, FELDMAN, AUGENBRAUN, 1995; CHAISSON, KERULY, MOORE, 1995).

Também, por outros motivos, afirma-se que a mulher está longe de apresentar proteções contra o HIV, sendo uma vítima em potencial. Pode ser infectada mais facilmente, já que a mucosa vaginal não se comporta como uma

túnica de proteção impermeabilizada, mas sim, possibilitando fluxo bidirecional (RIBEIRO FILHO, 1996). Através de minúsculos canais intercelulares se estabelece um fluxo de células da luz vaginal para a camada basal da mucosa vaginal e vice-versa, com passagens de células de Langerhans, linfócitos e macrófagos, justamente as células-alvo da infecção pelo HIV (WITKIN, 1993).

Analisando a epidemiologia do HIV, dentre as estratégias globais para prevenir a transmissão do HIV, dois pontos são muito importantes: o estímulo ao uso de preservativos de maneira consistente e a práticas sexuais seguras, como sexo sem penetração e a diminuição de parceiros sexuais (COHEN et al., 1994).

Até o presente, o método disponível e eficiente para prevenir a transmissão do HIV entre pessoas sexualmente ativas é o correto e consistente uso de preservativos masculinos de látex, o que reduz substancialmente o risco de contaminação por HIV ou outras DST (DE VINCENZI, 1994).

Pesquisas com casais sorodiscordantes (um parceiro infectado e o outro não) apresentam os dados mais instigantes, porque tornam possível acompanhar a exposição regular a um parceiro infectado. Num estudo europeu, pesquisadores acompanharam 304 casais HIV sorodiscordantes por um período médio de dois anos, dos quais, 245 continuaram a manter intercursos anal ou vaginal. Nenhum dos 124 parceiros soronegativos que utilizaram preservativos em toda relação, foi infectado com o HIV após dois anos. Por

outro lado, dos 121 parceiros soronegativos que utilizaram os preservativos de forma inconstante, 12 (10%) foram infectados (DE VINCENZI, 1994).

Num outro estudo multicêntrico, 343 homens italianos contaminados com HIV e suas parceiras soronegativas foram acompanhados por 24 meses. Dentre as 305 mulheres que continuaram a manter intercuro vaginal com seus parceiros soropositivos, apenas 2% das que usaram sempre o preservativo, foram infectadas pelo vírus, enquanto que entre aquelas que utilizaram o preservativo de forma inconstante ou nunca usaram, 15% foram infectadas (SARACCO, MUSICCO, NICOLISI, 1993).

Esses dois estudos clássicos demonstram claramente que o uso constante de preservativos diminui o risco de infecção pelo HIV e o uso inconstante acarreta maiores riscos de contaminação, particularmente do homem para a mulher.

Em contrapartida, a seleção do uso dos outros contraceptivos, por mulheres infectadas pelo HIV é difícil, pois existe uma inter-relação entre dois fatores envolvidos nesta decisão: a transmissão vertical, na possibilidade de ocorrer uma gravidez, e a transmissão horizontal para um parceiro não infectado. Infelizmente, os métodos de anticoncepção, que são mais protetores contra a transmissão do HIV, como os preservativos, são os menos efetivos quanto a evitar uma gravidez (JOHNSTONE, 1997).

Mais que isso, estudos têm mostrado que mulheres HIV+, que usam um método anticoncepcional (MAC) mais efetivo, são menos propensas ao uso de preservativo, mesmo nas relações com parceiros não infectados. Avaliando-se uma população de 1.232 mulheres infectadas pelo HIV em Atlanta, encontrou-se que apenas 34% de 286 mulheres que eram esterilizadas por ligadura tubária usavam preservativos. Apenas 42% de 182 mulheres que tomavam anticoncepcional oral faziam o uso associado de preservativos nas relações sexuais (DIAZ, SCHABLE, CHU, 1995). A porcentagem de uso de preservativos associados foi bem maior nas usuárias de geléia espermicida (99%), ritmo (83%) e diafragma (73%). As que usavam DIU e injetáveis mostraram uso associado de preservativos em 44% e 50%, respectivamente.

Analisando tais resultados, coloca-se a seguinte questão: os profissionais de saúde devem recomendar que as mulheres infectadas pelo HIV utilizem dois métodos anticoncepcionais associados? Esta é uma indagação continuamente em debate pelos especialistas em Planejamento Familiar. Conforme sugestão do Manual de Planejamento e Coordenação de Programas do Projeto de Controle e Prevenção da AIDS (AIDSCAP), de 1997, até que haja mais dados de pesquisas, a escolha entre promover um método duplo (preservativo e método hormonal, por exemplo) versus um método para os dois propósitos (preservativo usado tanto para prevenção DST/AIDS como da gravidez) deveria ser avaliada por fatores como o “risco de gravidez não desejada” e o “risco de HIV/DST” em cada contexto clínico. Porém, na maioria dos países em desenvolvimento, como o Brasil, ambos os riscos são altos,

levando-se em consideração a proibição por lei e conseqüente falta de serviços médicos seguros de interrupção da gravidez e as altas taxas de HIV/DST na população geral.

Enquanto dois diferentes métodos de contracepção parecem ser, desta forma, aconselháveis no Brasil, para contemplar os dois fatores de risco (prevenção da infecção por HIV e evitar gravidez), ainda não estão estabelecidos quais métodos seriam mais seguros e mais efetivos para tal.

Em editorial da revista AIDS (HOWE, MINKOFF, DUERR, 1994) procurou-se fazer uma avaliação atual da contracepção e sua relação com a aquisição e transmissão do HIV. Os autores alertam que o uso consistente e correto dos condons (preservativos) está associado com um alto grau de proteção, enquanto que o uso inconsistente e/ou incorreto não a assegura. Como foi relatado anteriormente, em estudos utilizando análise multivariada, encontrou-se 90% de redução de risco de soroconversão com o uso de condons (SARACCO et al., 1993).

Os autores do editorial chamam também atenção de que ainda não existem trabalhos demonstrando a eficácia do diafragma em prevenir a transmissão do HIV, afirmando que, em teoria deva ser baixa, pois cobre apenas a cérvix uterina, deixando praticamente toda a vagina exposta. Outros relatos indicam que a exposição da mucosa vaginal, por si só, pode resultar em infecção (MILLER et al., 1992).

O preservativo feminino (camisinha ou condom feminino) ainda não foi adequadamente avaliado quanto à sua eficácia tanto para a anticoncepção como para a prevenção das DST/AIDS. Por outro lado, não há evidências de trauma significativo ou mudanças na flora vaginal associados com o uso dos mesmos, que poderiam ser fatores predisponentes para a infecção (SOPER, BROCKWELL, DALTON, 1991).

Devido a descobertas de irritação cervical e vaginal associadas ao uso freqüente de espermicidas, muitos investigadores acreditam que estas preparações não são úteis para a prevenção do HIV em populações altamente expostas, como as prostitutas (KREISS et al.,1992). Além disso, a eficácia anticoncepcional dos espermicidas permanece baixa nas formulações atuais, sendo que os efeitos de novas drogas e tipos de formulação vêm sendo estudados, como a lamivudina e a didanosina, que são inibidores da transcriptidase reversa (ELIAS & COGGINS, 1996).

As recentes pesquisas não indicam que o uso de preservativos lubrificados com nonoxinol-9 sejam mais efetivos e o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomenda o uso de preservativos (com ou sem espermicida) para a prevenção da infecção por HIV.

Quanto aos contraceptivos hormonais, os seus efeitos na aquisição do HIV, se é que existem, ainda permanecem controversos. Estudo epidemiológico realizado na África (SIMONSEN, PLUMMER, NGUGI, 1990), sugeriu uma possível contribuição na aquisição do vírus ao notarem a alta prevalência de

HIV entre prostitutas de Nairobi que usavam contraceptivos orais. O uso de métodos de barreira entre as participantes do estudo era raro, e a associação dos contraceptivos hormonais e a soropositividade HIV persistiram na análise após o ajustamento para outras co-variáveis. Uma relação entre o tempo de uso e a soropositividade HIV também foi notada.

Em contrapartida, estudos realizados na Itália associaram o uso de anticoncepcionais hormonais com a redução do risco de infecção por HIV. Os autores propuseram como mecanismo protetor o possível aumento da resposta imune e o espessamento do muco cervical (LAZZARIN et al., 1991).

Investigando uma possível associação entre o uso de injetáveis de longa duração e a integridade do epitélio cervical, em 488 mulheres da Cidade do Cabo, foram encontradas altas taxas de prevalência de endocervicites (16%) e ectopias (25%), que como se sabe, aumentam tanto a transmissibilidade como a susceptibilidade às DST/AIDS. Porém, nesse estudo randomizado e duplo-cego, tais alterações cervicais não pareceram estar associadas ao uso de injetáveis de longa duração (KUHN et al., 1998).

Os dispositivos intra-uterinos (DIU) têm sido suspeitos de aumentar o risco de infecção por HIV, ao associarem seu uso com o aparecimento de traumas endometriais (LAZZARIN et al., 1991), além de aumentar as possibilidades de doença inflamatória pélvica aguda (DIPA). Entretanto, relatos comparando usuárias de DIU com grupos controle sem uso de método anticoncepcional, sugerem menor associação, sendo que o risco de DIPA

parece estar restrito aos primeiros 20 dias pós inserção do DIU, quando seria três a cinco vezes maior (FARLEY et al., 1992). Porém, o uso de DIU está associado com aumento das taxas de DIPA e infertilidade tubária em mulheres com múltiplos parceiros (KESSEL, 1989). Por estas razões, o DIU não tem sido recomendado para mulheres com multiplicidade de parceiros e outros riscos para doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

Entretanto, mais recentemente, um estudo prospectivo desenvolvido pela Universidade de Nairobi (Kenia), envolvendo 649 mulheres (156 infectadas e 493 não-infectadas) usuárias de DIU, encontrou baixas taxas de doença inflamatória pélvica nos dois grupos de mulheres, sem diferenças significativas entre infectadas e não-infectadas pelo HIV (SINEI et al., 1998). Na mesma direção, analisando-se 98 mulheres HIV+ usuárias de DIU, em Nairobi (Kenia), acompanhadas por um período de quatro meses após a inserção, não foi observado aumento da eliminação cervical do HIV-1 DNA, um importante marcador da infecciosidade de mulheres portadoras do vírus do HIV (MORRISSON et al., 1998).

Como podemos observar, o risco de transmissão sexual do HIV, segundo o método anticoncepcional usado, é importante na população geral e ainda maior em grupos de alto risco e, particularmente, no caso de indivíduos soropositivos. Por isso mesmo, a possível influência do conhecimento do fato de ser soropositivo sobre o comportamento ou atitudes sexuais e o uso de métodos anticoncepcionais tem sido avaliada.

Dentro desse contexto, a definição de estratégias para prevenir DST e AIDS requer um conhecimento adequado do comportamento sexual da população geral e também em grupos específicos da mesma. Estudos têm sido realizados em diferentes países e mostram que existe uma importante variação nos comportamentos sexuais entre os indivíduos e ainda nos mesmos indivíduos em diferentes situações, como por exemplo, o comportamento sexual de uma mulher após o conhecimento de sua soropositividade para o HIV. É de se esperar que para cada momento de sua vida e para determinados comportamentos sexuais adotados, exista um repertório de métodos anticoncepcionais adequado e abrangente (SPIRA,BAJOS, DUCOT, 1994).

A partir desta análise, fica difícil instituir a anticoncepção nas mulheres HIV+, sem observar o impacto que o conhecimento da soropositividade tem sobre elas e as possíveis alterações de comportamento sexual que possam ocorrer com as mesmas e seus parceiros após o conhecimento da soropositividade.

Em trabalho realizado na Universidade de Massachusetts, procurou-se determinar se as mulheres infectadas pelo HIV mudavam sua atitude em relação ao desejo de ter filhos e ao uso de práticas anticoncepcionais, após serem submetidas à orientação considerada adequada. Observaram que 59% das mulheres HIV+ foram aconselhadas a evitar a gravidez e 81% foram orientadas para o uso de preservativos nas relações sexuais. Antes desta orientação, 59% desejavam ter filhos e após esta, apenas 17% ainda

mantinham o mesmo desejo. Apenas 4% das mulheres HIV+ usavam preservativos antes da orientação e 54% passaram a usá-los, após orientadas adequadamente (LAI, 1994).

Dentro do mesmo enfoque, outro estudo realizado na França demonstrou associação entre o conhecimento da soroconversão e uma diminuição da incidência de gestações em geral e um aumento da proporção de gravidezes interrompidas voluntariamente. Entretanto, encontraram uma taxa de 24% de mulheres que engravidaram e 20% de mulheres sexualmente ativas que não usavam contracepção. Concluíram que a alta taxa de abortos voluntários poderia indicar que muitas dessas gravidezes não foram planejadas e poderiam ter sido prevenidas (DE VINCENZI et al., 1997).

Outros autores, procurando encontrar formas de reduzir a transmissão vertical do HIV, propuseram estratégias de planejamento familiar, como a incorporação de um vídeo educacional sobre métodos anticoncepcionais, seguido de uma discussão em grupo com enfermeiras treinadas. Só então as mulheres eram conduzidas à consulta com o médico e o método anticoncepcional escolhido era oferecido gratuitamente. Dessa maneira, em Ruanda, 330 mulheres HIV+ e 172 HIV-, submetidas a essas orientações, aumentaram de forma significativa o uso de anticoncepcionais nos dois grupos e reduziram a taxa de gestações entre as infectadas (de 22% para 9%) e as não-infectadas (de 30% para 20%), ao longo de um seguimento por um ano (KING et al., 1995).

Sem fugir desta ótica, e pensando mais no futuro, chamou atenção a publicação em revista leiga (MEZARROBA, 1996), que fez a intrigante indagação: "Como preparar para a vida a primeira geração que nasceu contaminada pelo HIV?". Segundo a OMS, existiam naquele ano, cerca de 1,5 milhões de crianças infectadas pelo HIV, cifra que chegou a 2,6 milhões em nossos dias e até o final do século as projeções são para cerca de 5 milhões (AIDSCAP,1998). Será que os médicos e profissionais de saúde, estão preparados para a orientação contraceptiva e de prevenção da transmissão e disseminação da doença entre estes futuros adolescentes que, certamente, num determinado momento, terão seus relacionamentos afetivos, constituirão suas famílias e desejarão ter seus filhos?

Todas essas observações ressaltam a necessidade da orientação adequada para o uso de métodos anticoncepcionais às pacientes HIV+, tanto sob o aspecto anticonceptivo quanto no de se evitar a disseminação da doença por transmissão heterossexual para um parceiro não infectado. Se, por um lado, isto parece ser uma necessidade imperiosa sentida por todos, por outro lado fica a dúvida se os serviços de saúde de atenção ao paciente HIV+ ou aidético, têm dado a devida importância a este fato. Tese desenvolvida no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), também fez tais indagações e seus achados de falta de orientação adequada sobre métodos anticoncepcionais e prática de sexo seguro, direcionaram e apontaram para a realização da presente pesquisa (AMARAL, 1996).

O que se espera, é que no momento do diagnóstico da soropositividade e nas consultas subseqüentes, essas mulheres sejam claramente aconselhadas a evitar a gravidez (transmissão vertical), ao mesmo tempo que sejam estimuladas para o uso do preservativo e práticas sexuais seguras, com o intuito de evitar a disseminação da doença (transmissão horizontal) e se proteger contra possíveis recontaminações pelo HIV ou outras infecções de transmissão sexual. Ressaltando que o preservativo masculino é o único método eficaz para diminuir a transmissão do HIV, porém não é tão efetivo como anticoncepcional, o método combinado parece ser o ideal para mulheres infectadas. A pergunta que se faz é: será que isto é o que vem ocorrendo?

Isso tudo foi a motivação para pesquisar se, na prática existiria alguma mudança, tanto no comportamento sexual como no uso de métodos anticoncepcionais e, conseqüentemente, na história obstétrica das mulheres HIV+ atendidas pela UNICAMP. Há esperança de que os resultados desta pesquisa permitam orientar os esforços educativos atuais quanto aos possíveis desvios de orientação ou percepção da orientação, que se observem entre as mulheres HIV+ estudadas.

Objetivos

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica das mulheres infectadas pelo HIV, atendidas numa instituição universitária.

2.2. Objetivos Específicos

1. Avaliar a percepção da mulher HIV+, sobre a orientação anticonceptiva recebida no momento e após o conhecimento da soroconversão.
2. Comparar o uso de métodos anticoncepcionais no momento e após o conhecimento da soroconversão.
3. Avaliar mudanças no comportamento sexual das mulheres HIV+, ocorridas após o conhecimento da soroconversão.

4. Verificar se houve mudanças no uso de preservativos pelos parceiros das mulheres HIV+ estudadas, no período após o conhecimento da soroconversão.
5. Estudar as mudanças ocorridas na história obstétrica das mulheres HIV+.

Casuística e Métodos

3. Casuística e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Corte transversal, descritivo, associado a inquérito de conhecimento, atitudes e prática/CAP (WARWICK & LININGER, 1975).

3.2. Tamanho amostral

Calculado com base no trabalho de LAI (1994), que estudou o uso de métodos anticoncepcionais antes e após a soroconversão em 86 mulheres infectadas pelo HIV. Assumindo um erro alfa de 0,05 e uma diferença desejada de 20%, o tamanho da amostra foi estimado em um mínimo de 126 mulheres contaminadas pelo HIV, para os objetivos do estudo.

3.3. Critérios e procedimentos para seleção de sujeitos

No Ambulatório de Infecções Genitais do CAISM, dentre as mulheres HIV+ que compareciam para consultas agendadas, foram identificadas as que

poderiam ser incluídas no estudo, por uma enfermeira ou pelo pesquisador principal, de acordo com os critérios de inclusão e não-inclusão. Foram entrevistadas para o estudo 140 mulheres infectadas pelo HIV, no período compreendido entre agosto de 1997 a março de 1998, usando-se o questionário que se encontra no ANEXO1.

3.3.1. Critérios de inclusão

- Ser mulher infectada pelo HIV e ter atividade heterossexual.
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

3.3.2. Critérios de não-inclusão

- Incapacidade física e/ou mental.

3.4. Variáveis e conceitos

3.4.1. Características epidemiológicas e sociodemográficas

- *Idade*: número de anos completos da mulher no momento da entrevista.
- *Raça/Cor*: cor da pele da paciente, segundo seu próprio entendimento, podendo ser: branca, negra, parda/mulata, amarela e indígena.
- *Estado civil*: situação conjugal da mulher no momento da entrevista, podendo ser: solteira, casada, amasiada, divorciada ou viúva.

- *Escolaridade*: graus completos de estudo subdivididos em: nenhum, primeiro, segundo e terceiro grau.
- *Tipo de contaminação*: maneira pela qual a mulher entrevistada acredita que adquiriu a infecção pelo HIV: drogas, transfusão, relações heterossexuais e ignorada.
- *Tempo de conhecimento da soroconversão*: tempo decorrido desde o conhecimento da soroconversão, até a data da entrevista (em meses).
- *Número de consultas realizadas no Ambulatório de Infecções Genitais*.

3.4.2. Métodos anticoncepcionais e orientações recebidas

- *Local ou instituição onde foi feita a comunicação da soropositividade*: podendo ser: UNICAMP, hospitais da região, postos de saúde, locais específicos de atendimento a AIDS e consultórios/laboratórios particulares.
- *Orientação de MAC no momento do conhecimento da soroconversão*: variável dicotômica (sim ou não).
- *Profissional de saúde que fez a orientação no momento do conhecimento da soroconversão*: ninguém, médico, enfermeira ou outros.
- *Tipo de orientação anticoncepcional recebida no serviço de saúde, no momento da soroconversão*: podendo ser em forma de palestra, orientação individual, vídeo (TV), revistas, outros tipos de orientação; não sendo mutuamente excludentes.
- *Orientação específica sobre uso de preservativos*: variável dicotômica (sim ou não).

- *Fornecimento de algum MAC pela instituição no momento do conhecimento da soroconversão:* variável dicotômica (sim ou não).
- *Frequência de orientação anticoncepcional nas consultas após conhecimento da soroconversão:* podendo ser em toda consulta, na maioria das consultas, em algumas consultas ou em nenhuma consulta.
- *Informação sobre a importância do uso de preservativos:* variável de escolha múltipla, perguntada como dicotômica (sim ou não), para cada um dos itens: evitar filhos, não transmitir a AIDS, diminuir a multiplicação do vírus no organismo, diminuir a progressão da doença em caso de engravidar, evitar a transmissão para um futuro filho, usar o preservativo mesmo que já usasse outro método anticoncepcional.
- *Informação sobre MAC antes do conhecimento da soroconversão:* definido como conhecimento de algum MAC antes do conhecimento da soroconversão. Variável dicotômica (sim ou não).
- *Informação sobre MAC individualizado, antes e após o conhecimento da soroconversão:* conhecimento de MAC individualizados, divididos em três etapas : antes e após-soroconversão (resposta espontânea) e após a soroconversão (resposta estimulada). Podendo ser: pílula, injetável, DIU, diafragma, preservativo, geléia, ligadura, vasectomia, tabela ("Billings"), coito interrompido e camisinha feminina.
- *Uso de MAC no momento do conhecimento da soroconversão:* variável dicotômica (sim ou não).
- *MAC em uso no momento da soroconversão:* Divididos em: pílula, injetável, DIU, diafragma, preservativo masculino, geléia, ligadura, vasectomia, tabela ("Billings"), coito interrompido e camisinha feminina; podendo ser mais de um ao mesmo tempo.

- *MAC em uso nos últimos dois meses:* Divididos em: pílula, injetável, DIU, diafragma, preservativo masculino, geléia, ligadura, vasectomia, tabela("Billings"), coito interrompido e camisinha feminina; podendo ser mais de um ao mesmo tempo.

3.4.3. Comportamento e hábitos sexuais

- *Idade à primeira relação sexual:* idade em anos completos na época em que teve a primeira relação sexual completa com parceiro do sexo oposto.
- *Número total de parceiros durante toda a vida:* número total de parceiros masculinos com os quais a paciente já manteve relação sexual durante toda sua vida.
- *Número de parceiros após o conhecimento da soroconversão:* número total de parceiros masculinos com os quais a paciente manteve relação sexual após o conhecimento da soroconversão.
- *Formas de relações sexuais praticadas antes e após o conhecimento da soroconversão :* podendo ser vaginal, oral (boca-pênis), oral (boca-vagina), anal, masturbação do homem, masturbação da mulher e outras formas de relação; podendo ser mais de uma forma.
- *Número de relações sexuais semanais, antes e após o conhecimento da soroconversão:* definido como a média de relações praticadas por semana. Divididas nos grupos: nenhuma relação, uma relação, duas relações, três a cinco relações, cinco ou mais relações.
- *Mudança de parceiro após a soroconversão:* variável dicotômica (sim ou não).

- *Motivo da mudança de parceiro após a soroconversão:* podendo ser: porque parceiro era HIV+, parceiro faleceu com AIDS, parceiro faleceu por outras causas, por outros motivos que não os anteriores. Variável aplicada às mulheres HIV+ que haviam mudado de parceiro.
- *Uso de preservativos pelo parceiro antes e após o conhecimento da soroconversão:* podendo ser: sempre, na maioria das relações, poucas vezes, nunca; nas relações do parceiro com a mulher HIV+ entrevistada.
- *"Status" de soropositividade do parceiro:* podendo ser HIV+, HIV -, não ter parceiro atual e não saber.

3.4.4. História obstétrica

- *História obstétrica durante toda a vida:* número de gestações, partos normais, cesáreas, abortamentos espontâneos e provocados, anteriores à soroconversão, durante toda a vida.
- *História obstétrica posterior à soroconversão:* número de gestações, partos normais, cesáreas, abortamentos espontâneos e provocados, posteriores à soroconversão.

3.5. Instrumento para coleta de dados

A elegibilidade das mulheres HIV+ para o estudo foi avaliada momentos antes da consulta de rotina, previamente agendada. O questionário utilizado durante a entrevista encontra-se no ANEXO 1.

3.6. Coleta e processamento de dados

As mulheres HIV+ presentes ao Ambulatório de Infecções Genitais do CAISM para consultas clínicas regulares e que preencheram os critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo, procurando-se não afetar as rotinas de funcionamento dos ambulatórios. Foram coletadas informações diretamente do questionário (ANEXO 1), obtidas em entrevista realizada pelo pesquisador e por uma enfermeira previamente treinada.

Os questionários foram arquivados na ordem da coleta de dados, após uma primeira correção manual pelo investigador. A seguir, foi realizada a codificação das variáveis, seguindo a mesma numeração utilizada no questionário, sendo então remetidas para um banco de dados. Após a realização de testes de consistência no banco de dados, os eventuais erros foram corrigidos recorrendo-se ao questionário original ou, quando necessário, consultando novamente a mulher. Os dados foram introduzidos num arquivo do programa Epi Info 6.0 (DEAN et al., 1990) especialmente criado para este trabalho, utilizando-se o artifício “check” para a verificação de consistência de dados.

3.7. Análise estatística dos dados

A análise dos dados foi descritiva para uma primeira avaliação e numa segunda fase procurou-se comparar possíveis associações entre as variáveis,

antes e após o conhecimento da soroconversão. Para tal foi aplicado o Teste de Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, sendo estabelecido o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Para comparar as variáveis antes e após o conhecimento da soroconversão, foi utilizado o Qui-Quadrado de Mc Nemar, para dados emparelhados (ARMITAGE, 1974).

3.8. Aspectos éticos

As entrevistas foram realizadas logo após a consulta agendada no Ambulatório de Infecções Genitais do CAISM. Isto não modificou o atendimento e a realização de consultas das mulheres HIV+ que não preencheram os critérios de elegibilidade (oito pacientes que se encontravam internadas e foram encaminhadas para interconsultas). Antes do início da entrevista, o Termo de Consentimento Informado (ANEXO 2) foi dado à leitura ou lido pelo pesquisador quando necessário, a todas as mulheres HIV+ selecionadas para o estudo. As 140 mulheres do estudo concordaram, por sua própria vontade, em participar da pesquisa. O nome e o número de registro das mulheres foram enumerados em um caderno à parte, que ficou em poder do pesquisador, mantendo-se sigilo sobre o mesmo. Este caderno foi destruído após o término deste estudo. Respeitaram-se os termos da DECLARATION DE HELSINKI (1990).

Resultados

4. Resultados

4.1. Características epidemiológicas e sociodemográficas

De um total de 140 mulheres HIV+ submetidas ao questionário, cerca de 60% tinham idade compreendida entre 25 e 34 anos, com porcentagens semelhantes (entre 17% a 19%) nos grupos de 15 a 24 anos e de 35 a 44 anos. A média de idade foi de 31 anos. A mulher mais jovem tinha 17 anos e a mais velha 55 anos, no momento da entrevista.

Dois terços das mulheres eram da raça branca, sendo que em torno de 70% havia apenas cursado o primeiro grau escolar. Só uma mulher era analfabeta.

Chamou atenção o encontro de viuvez em um quinto das mulheres estudadas, sendo que em cerca de 40% delas, devido ao falecimento do marido por complicações da AIDS. A união estável (casadas e amasiadas) foi encontrada em 45% (Tabelas 1 e 13).

Perguntadas sobre a maneira pela qual achavam ter sido contaminadas pelo HIV, quase 75% das mulheres respondeu ter sido por relações com parceiro fixo, e 10% relatou contaminação por parceiros ocasionais. Poucas mulheres, entre a população estudada, acreditaram ter sido contaminadas por drogas (8%) ou transfusão sanguínea (3%), conforme observado na Tabela 1.

Quanto ao estágio da doença, enquanto apenas 15 mulheres relataram já ter sofrido alguma complicação, a grande maioria (119 mulheres) disse não ter apresentado nenhuma e seis delas não responderam a questão (Tabela1).

O tempo decorrido entre o diagnóstico (conhecimento da soroconversão) e a entrevista realizada para o estudo foi de mais de dois anos em cerca de 66% das mulheres, enquanto que apenas nove das 140 mulheres foram entrevistadas antes de decorridos seis meses.

O número médio de consultas ginecológicas no Ambulatório de Infecções Genitais do CAISM foi de oito consultas. Encontrou-se cerca de 10% de primeiras consultas, 7,1% de apenas duas consultas e a maior parte das mulheres HIV+ foi consultada acima de cinco vezes (Tabela 1).

TABELA 1
Características das mulheres infectadas pelo HIV (n=140)

	n	%
Idade		
15 a 24	24	17,3
25 a 34	81	57,8
35 a 44	26	18,6
45 ou +	9	6,3
Raça		
branca	91	65,0
negra	16	11,5
parda/mulata	33	23,5
Estado civil		
solteira	34	24,3
casada	32	22,9
amasiada	31	22,1
divorciada	15	10,7
viúva	28	20,0
Escolaridade		
nenhuma	1	0,7
1º grau	99	70,8
2º grau	24	17,1
superior	16	11,4
Forma de contaminação pelo HIV		
relações com parceiro fixo	104	74,2
relações com parceiro ocasional	15	10,7
drogas	11	7,9
transfusão	4	2,9
outra maneira	1	0,7
não sabe	5	3,6
Relato de complicações pelas mulheres HIV+		
referiram complicações	15	11,0
não referiram complicações	119	84,8
não responderam	6	4,2
Tempo de conhecimento da soroconversão (em meses)		
≤ 6	9	6,4
6-12	8	5,7
13-24	25	17,9
> 24	92	65,7
não lembravam	6	4,3
Número de consultas no AIG*		
uma	11	9,7
duas	8	7,1
3-5	28	24,8
6 ou +	68	58,4

* dados não disponíveis para 27 mulheres.

4.2. Percepção das orientações anticoncepcionais recebidas

O local da comunicação da soroconversão e, portanto, onde teoricamente se deveria fornecer a primeira orientação pós-sorológica foi lembrado como sendo na UNICAMP em pouco mais de 40% das vezes. Dentro da instituição, em cerca de um quinto (23,4 %) tal orientação foi realizada no CAISM/Pré-Natal (16,7%) ou no Ambulatório de Infecções Genitais (6,7%), enquanto que em 70% das vezes o resultado da soroconversão foi fornecido pelo HC/APA. Em quase um terço das mulheres o diagnóstico foi comunicado em Postos de Saúde da região (Tabela 2).

TABELA 2
Local da comunicação do diagnóstico de infecção pelo HIV (n = 140)

	n	%
Local do diagnóstico (soroconversão)		
UNICAMP	60	42,8
<i>H. Clínicas</i>	21	35,0
<i>APA</i>	21	35,0
<i>CAISM/Pré-Natal</i>	10	16,7
<i>Amb. Infecções Genitais</i>	4	6,7
<i>Hemocentro</i>	3	5,0
<i>CIPOI</i>	1	1,6
Hospitais da região	16	11,4
Postos de Saúde	40	28,7
Atendimentos para AIDS	8	5,7
Consultórios/Laborat. Particulares	16	11,4

Estudando-se a percepção das mulheres HIV+ entrevistadas quanto à orientação anticoncepcional no momento do conhecimento da soroconversão, encontrou-se que metade delas se lembraram de terem sido informadas e que na

grande maioria das vezes, a orientação foi feita por médicos e de forma individual (Tabela 3).

Poucas vezes (13,5%) foram usados outros recursos, como palestras ou métodos audiovisuais. O fornecimento de métodos anticoncepcionais no momento do aconselhamento observou-se para apenas 20% das 140 mulheres HIV+ entrevistadas, embora metade delas referisse ter sido informada sobre os mesmos.

Em contrapartida, a informação específica sobre o uso de preservativos foi lembrada por quase todas as mulheres HIV+ (127 de 140), no momento do conhecimento da soroconversão.

Quanto à manutenção de orientação anticoncepcional nas consultas subseqüentes, pouco mais de um terço das mulheres recebeu orientações em todas as consultas, sendo que, 21 mulheres (15%), continuaram a não receber orientações neste sentido (TABELA 3).

Quando se perguntou sobre informações específicas da importância do uso de preservativos a grande maioria delas se lembrava das orientações recebidas, sendo que para cada orientação isolada, mais de 60% das mulheres referia conhecimento em relação à importância do uso de preservativos para evitar filhos, não transmitir o HIV para o parceiro e para um futuro filho, diminuir a replicação viral ou reinfetar-se. Saber que o método duplo ou combinado é importante, também foi lembrado por 60% das mulheres HIV+ (Tabela 3).

TABELA 3

Percepção das mulheres HIV+ sobre orientações anticoncepcionais recebidas no momento e após o conhecimento da soroconversão (n = 140)

	n	%
Orientação anticoncepcional no momento do conhecimento da soroconversão		
informadas	67	47,9
não informadas	70	50,0
não lembram	3	2,1
Profissional responsável pela orientação no momento do conhecimento da soroconversão		
médico	56	80,0
enfermeira	8	11,4
outros profissionais	6	8,6
Tipo de orientação recebida*		
individual	58	86,5
palestra coletiva	3	4,5
revistas	2	3,0
vídeo	1	1,5
individual+ palestra coletiva	2	3,0
individual+ vídeo	1	1,5
Informação específica sobre preservativos após-soroconversão		
sim	127	90,7
não	12	8,6
não lembra	1	0,7
Fornecimento de MAC pela instituição		
sim	28	20,0
não	112	80,0
Frequência de orientações sobre MAC nas consultas após a soroconversão		
em toda consulta	50	35,7
na maioria das consultas	26	18,6
em algumas consultas	41	29,3
em nenhuma consulta	21	15,0
não sabe relatar	2	1,4
Importância do uso de preservativos		
evitar filhos	111	79,3
não transmitir hiv para parceiro	119	85,0
diminuir replicação viral / reinfecção	96	68,6
gestação agrava a doença	75	53,6
transmissão vertical	88	62,9
uso com outro MAC	84	60,0
não informada com detalhes	12	8,6
não respondeu	3	2,1

*faltam 70 mulheres não orientadas e três que não lembram

4.3. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais

Das 140 mulheres HIV+ entrevistadas, apenas três delas referiram desconhecer qualquer método anticoncepcional antes do conhecimento da soroconversão e a grande maioria conhecia a pílula (95%) e o preservativo (71%). Avaliando se o conhecimento de MAC havia mudado após a soroconversão, observaram-se mudanças, especialmente em relação ao maior conhecimento dos injetáveis, DIU, preservativo e ligadura tubária (Tabela 4).

Notou-se também que, quando estimuladas e perguntadas sobre cada método individualmente, acima de 85% referiram conhecimento para a maioria deles (pílula, injetável, DIU, preservativo masculino, ligadura tubária, vasectomia, ritmo e coito interrompido), enquanto permaneceu baixo o conhecimento de métodos como o diafragma, geléia espermicida e camisinha feminina (TABELA 4).

TABELA 4

Porcentual de conhecimento de MAC entre mulheres HIV + estudadas (n = 140)

	Antes da soro conversão	Após a soro conversão	
	Espontâneo	Espontâneo	Estimulado
não conheciam	2,1	0,0	0,0
pílula	95,0	95,8	100,0
injetável	25,5	32,6	85,9
DIU	44,7	51,1	86,6
diafragma	12,7	16,3	46,1
preservativo masculino	71,0	85,9	92,3
geléia, creme	9,2	13,4	25,6
ligadura tubária	19,1	29,1	88,4
vasectomia	6,3	8,5	86,6
ritmo, tabela	34,7	35,5	81,6
coito interrompido	17,7	19,1	85,9
camisinha feminina	0,0	0,0	0,7

Em relação ao uso de MAC pelas mulheres HIV+ estudadas, observou-se que metade não usava qualquer método no momento do conhecimento da soroconversão, enquanto que nos últimos dois meses a porcentagem caiu para 29,3%, dados que se mostraram estatisticamente significantes (Tabela 5).

Enquanto a porcentagem de uso de pílula, DIU, ritmo e coito interrompido diminuíram na fase pós-soroconversão, observou-se um aumento estatisticamente significativo do uso de preservativos e de ligadura tubária, como formas de anticoncepção. O uso da ligadura tubária chamou mais ainda a atenção quando se observou que um quarto de todas as mulheres já estavam esterilizadas na pós-conversão (Tabela 5).

TABELA 5

Distribuição porcentual de uso de MAC entre as mulheres HIV+, no momento da soroconversão e nos últimos dois meses (n = 140)

	momento da soroconversão		últimos dois meses		p [@]
	n	%	n	%	
nenhum	69	49,5	41	29,3	< 0,01
pílula	29*	20,7	7*	5,0	< 0,01
injetável	10*	7,1	12*	8,6	0,50
DIU	6	4,3	1	0,7	0,06
preservativo isolado	11	7,8	42	30,0	< 0,01
ligadura tubária	10	7,1	36*	25,7	< 0,01
ritmo/tabela	3	2,1	0	0,0	0,62
coito interrompido	2	1,4	0	0,0	0,50
camisinha feminina	0	0,0	1*	0,7	1,00
total	140	100	140	100	

* uma ou mais mulheres usavam preservativos (método duplo ou combinado)

@ teste de Mc Nemar

Quando se calculou o percentual entre apenas as mulheres que usavam métodos anticoncepcionais, a taxa de esterilização aumentou para 36,4% (Tabela 6).

O uso de pílula anticoncepcional diminuiu muito após a soroconversão, tanto quando se consideravam todas as mulheres (queda de 15,7%) quanto entre apenas as usuárias de MAC (33,8%) (Tabelas 5 e 6).

TABELA 6

Porcentual de uso de MAC entre as mulheres HIV+ (usuárias) no momento da soroconversão e nos últimos dois meses

	momento da soroconversão		últimos dois meses		p [@]
	n	%	n	%	
pílula	29*	40,9	7*	7,1	< 0,01
injetável	10*	14,1	12*	12,1	0,37
DIU	6	8,4	1	1,0	0,02
preservativo isolado	11	15,5	42	42,4	< 0,01
ligadura tubária	10	14,1	36*	36,4	< 0,01
ritmo/tabela	3	4,2	0	0,0	-
coito interrompido	2	2,8	0	0,0	-
camisinha feminina	0	0,0	1*	1,0	-
total	70	100	99	100	

* uma ou mais mulheres usavam preservativos (método duplo ou combinado)

@ teste de Mc Nemar

Quanto ao uso de métodos combinados (preservativo como forma de prevenção da transmissão do HIV e outro método com finalidade anticonceptiva) houve um aumento significativo do uso nos últimos dois meses pós-soroconversão, quando comparados com a fase anterior à mesma (de 2,1% para 12,1%), sendo que a combinação com o preservativo foi mais

encontrada nas mulheres que usavam os injetáveis e a ligadura tubária como formas de anticoncepção (Tabela 7).

TABELA 7

Porcentual de uso de preservativo isolado e combinado a outros métodos anticoncepcionais, no momento da soroconversão e nos últimos dois meses

	momento da soroconversão		últimos dois meses		p [@]
	n	%	n	%	
preservativo isolado	11	7,8	42	30,0	<0,01
combinado	3	2,1	17	12,1	
<i>pílula</i>	2	1,4	3	2,1	1,00
<i>injetável</i>	1	0,7	7	5,0	0,02
<i>ligadura tubária</i>	0	0,0	6	4,3	<0,01
<i>camisinha feminina</i>	0	0,0	1	0,7	1,00
Total	14	12,1	59	42,1	

* Teste de Mc Nemar

Porém, dentre as mulheres que usavam MAC combinados, encontrou-se que o uso combinado com pílulas (43%) e com injetáveis (58%) foi maior que com a ligadura tubária (16,7%). Entre as mulheres que usavam a pílula e o preservativo associados, houve um aumento significativo de utilização de 6,9% para 43%, na fase pós-soroconversão (Tabela 8).

Tabela 8

Porcentual de mulheres que usavam método anticoncepcional duplo ou combinado, antes e após a soroconversão

	antes da soroconversão		após a soroconversão		p [*]
	n	%	n	%	
pílula	2/29	6,9	3/7	43,0	0,04
injetável	1/10	10,0	7/12	58,3	<0,01
ligadura tubária	0/10	0,0	6/36	16,7	0,31

* Teste Exato de Fisher

4.4. Comportamento sexual

A idade precoce à primeira relação sexual foi observada freqüentemente na população estudada. Um quarto das mulheres HIV+ já tinha relações sexuais antes dos 15 anos e mais de 80% antes dos 20 anos de idade (Tabela 9).

TABELA 9
Características do comportamento sexual das mulheres HIV+ estudadas

	n	%
Idade à primeira relação sexual		
até 14	34	24,3
15 a 19	81	57,9
20 a 24	21	15,0
25 ou +	4	2,8
Total	140	100,0

Em relação ao número total de parceiros durante toda a vida, encontrou-se que cerca de dois terços das mulheres havia mantido relações sexuais com três parceiros ou mais, sendo que metade delas com mais de cinco parceiros. Foi pequeno o número de mulheres que preferiu não informar sobre a presente questão (apenas dez mulheres).

Quanto ao número de parceiros sexuais após a soroconversão, 22 mulheres (15,9%) não tiveram mais parceiros sexuais e mais da metade delas (65,2%) permaneceu com apenas um parceiro (Tabela 10). Tais resultados não

puderam ser comparados estatisticamente, por se tratar de períodos de tempo muito diferentes entre si, mas o Gráfico 1 mostra bem a diferença.

Chamou atenção o encontro de poucas mulheres (7,9%) com três ou mais parceiros após o conhecimento da soropositividade, quando comparados com 64,7% no período anterior (Tabela 10).

TABELA 10
Número de parceiros sexuais de mulheres HIV+, após o conhecimento da soroconversão

	n	%
Número total de parceiros durante toda a vida		
1 parceiro	28	21,5
2 parceiros	18	13,8
3 a 5 parceiros	44	33,8
mais de 5 parceiros	40	30,9
Total	130*	100,0
Número de parceiros pós-soroconversão		
nenhum	22	15,9
1 parceiro	90	65,2
2 parceiros	15	10,8
3 a 5 parceiros	5	3,6
mais de 5 parceiros	6	4,3
Total	138**	100,0

* dez mulheres não informaram

** uma não informou e uma não se lembrava

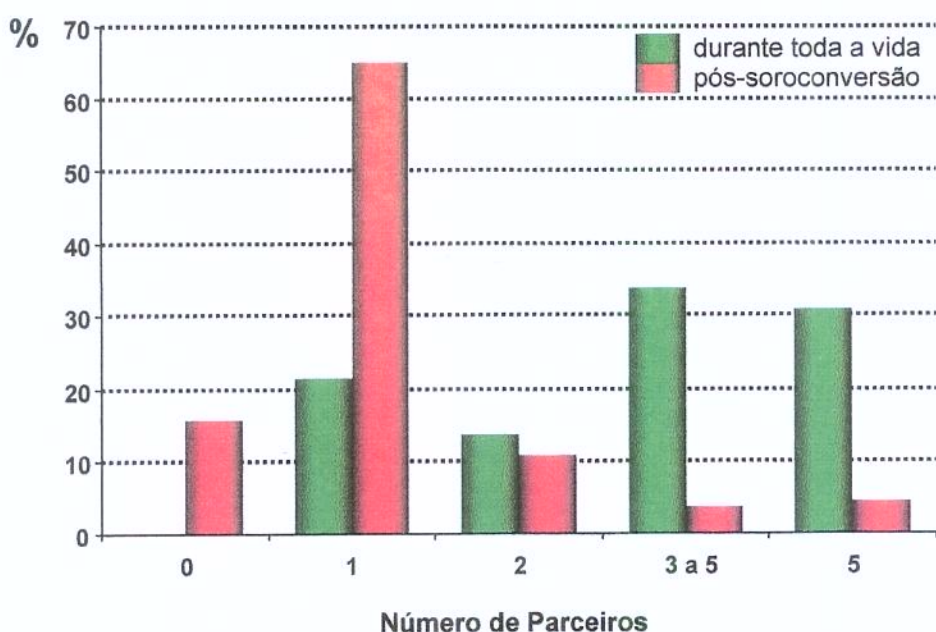


Gráfico 1. Comparação do número de parceiros sexuais durante toda a vida com a fase pós-soroconversão.

O intercurso vaginal foi a forma de relação sexual praticada por todas as mulheres HIV+ estudadas, na fase de vida anterior ao conhecimento da soropositividade e permaneceu sendo a mais prevalente (73,6%) no período que se transcorreu após. Houve também uma diminuição significativa (para menos da metade) na proporção de mulheres que relataram a prática de relações orais, tanto na forma boca-pênis, quanto na forma boca-vagina, no período pós-soropositividade.

Observou-se uma importante e significativa diminuição no número de relações anais praticadas e o mesmo aconteceu com as práticas masturbatórias, tanto da mulher para o homem (queda de 23%), quanto do homem para a mulher

(queda de 25%), quando se compararam os dois períodos. Estas diminuições também permaneceram quando se analisaram apenas as mulheres que se mantiveram sexualmente ativas no período pós-soroconversão (Tabela 11).

TABELA 11
Formas de relação sexual praticadas pelas mulheres HIV+ antes e após o conhecimento da soroconversão (n = 140)

formas de relação	antes da soroconversão		após a soroconversão*			p @
	n	%	n	%	(%)	
vaginal	140	100,0	103	73,6	(97,1)	< 0,01
oral (boca/pênis)	80	57,1	35	25,0	(33,0)	< 0,01
oral(boca/vagina)	71	50,7	28	20,0	(18,9)	< 0,01
anal	48	34,3	14	10,0	(9,43)	< 0,01
masturbação masculina	65	46,4	32	22,9	(30,1)	< 0,01
masturbação feminina	69	49,3	33	23,6	(31,3)	< 0,01
outras	00	0,0	02	1,4	(1,9)	0,50
sem relações	00	0,0	34	24,1		< 0,01

@ Teste de Mc Nemar

* a pergunta não se aplicava a 34 mulheres

() porcentagem entre as que se mantiveram sexualmente ativas

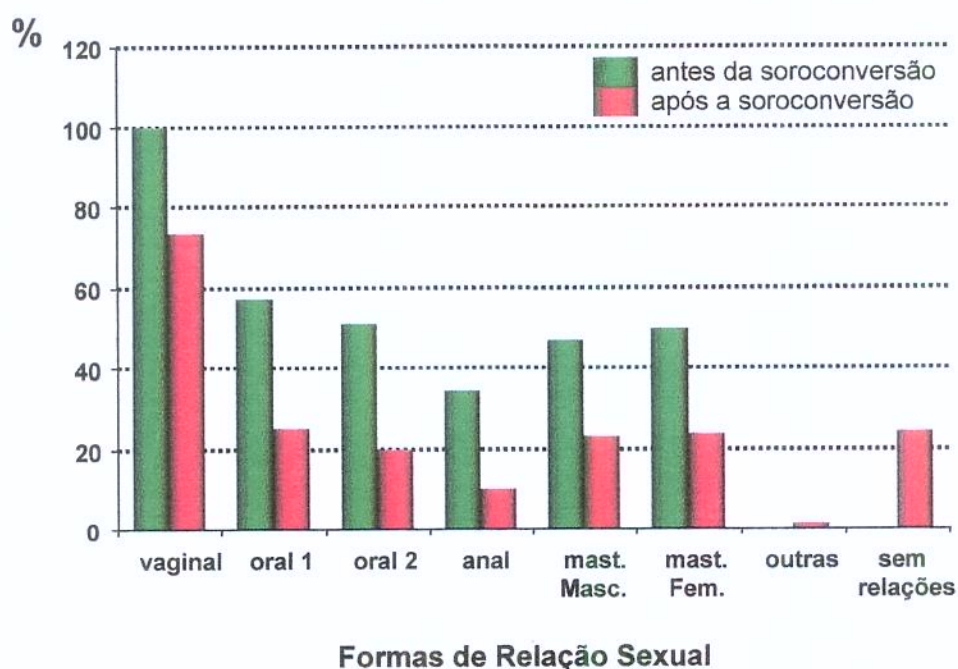


Gráfico 2. Comparação entre as formas de relação sexual praticadas antes e após o conhecimento da soroconversão.

O número de relações sexuais semanais diminuiu de forma acentuada após o conhecimento da soroconversão, especialmente a prática de mais de três relações por semana, que correspondia ao hábito de 64,8% das mulheres e que passou a ser praticado apenas por 19,8% delas ($p < 0,01$) (Tabela 12).

Observou-se também que um grande número de mulheres (61 entre 140), não estava mantendo relações sexuais nos últimos dois meses anteriores ao questionário, sendo que 34 delas relataram deixar de praticá-las após o conhecimento da soroconversão. Por outro lado, embora permanecendo sexualmente ativas, 27 destas mulheres HIV+ afirmaram não praticar relações sexuais nos últimos dois meses. Quase um terço de todas as mulheres mantinha uma média de somente uma relação semanal, em contraste com número significativamente menor de mulheres com essa média na fase anterior à soroconversão (Tabela 12). A diminuição do número de relações se mantém mesmo quando se comparam a porcentagem anterior à soroconversão e a porcentagem entre as mulheres que estavam sexualmente ativas nos últimos dois meses, ou seja, 79 mulheres.

TABELA 12

Número de relações semanais praticadas pelas mulheres estudadas, antes do conhecimento da soroconversão e nos últimos dois meses

	antes da soroconversão*		nos últimos 2 meses**			p @
	n	%	n	%		
Nenhuma relação	2	1,4	27	25,5		< 0,01
1 relação	14	10,1	36	33,9	(45,5)	< 0,01
2 relações	33	23,7	22	20,8	(27,9)	< 0,01
3 a 5 relações	54	38,8	13	12,3	(16,5)	< 0,01
mais de 5 relações	36	26,0	8	7,5	(10,1)	< 0,01
número(n)	139	100	106	100		

*uma mulher não respondeu

** 34 deixaram definitivamente de ter relações

() porcentagem entre as que se mantiveram sexualmente ativas (79 mulheres)

@ Teste de Mc Nemar

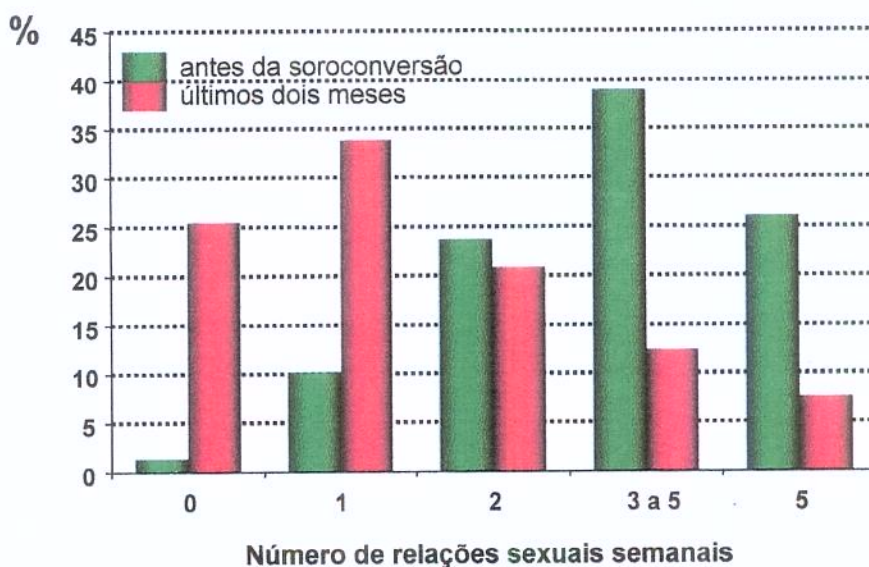


Gráfico 3. Comparação do número de relações sexuais semanais praticadas antes do conhecimento da soroconversão x últimos dois meses.

Observou-se também que 70% das mulheres HIV+ estudadas permaneceram com o mesmo parceiro após o conhecimento da soroconversão, sendo que entre aquelas que trocaram de parceiro, a morte do parceiro com AIDS e a constatação de que o parceiro era HIV+, foram situações que levaram à mudança em aproximadamente 40% dessas mulheres (Tabela 13).

TABELA 13
Situação do relacionamento das mulheres HIV+ com o
parceiro, após o conhecimento da soroconversão

	n	%
continuaram com o mesmo parceiro	98	70
trocaram de parceiro	42	30
<i>parceiro era HIV+</i>	6	14,3
<i>parceiro faleceu com AIDS</i>	11	26,2
<i>parceiro faleceu (outras causas)</i>	02	4,8
<i>outros motivos</i>	23	54,7
Total	140	100,0

4.5. Uso de preservativos pelos parceiros

O uso de preservativos pelos parceiros das mulheres HIV+ estudadas, aumentou de forma significativa no período após o conhecimento da soroconversão, principalmente quanto ao seu uso em todas as relações sexuais (uso consistente), que passou de uma porcentagem de 4,3% para a significativa porcentagem de 56,8%, isto é, mais da metade dos parceiros dessas mesmas mulheres.

Enquanto na fase anterior à soroconversão a grande maioria dos parceiros não usava preservativos nas relações com as mulheres HIV+

estudadas, notou-se uma significativa inversão desse comportamento dos parceiros na fase pós-conhecimento da soroconversão, com mais da metade usando o preservativo em todas as relações. Porém, 11,5% deles nunca faziam uso do mesmo e se considerarmos os que usavam poucas vezes, a porcentagem ultrapassa 30% (Tabela 14).

Quanto ao conhecimento da soropositividade dos seus parceiros, observou-se que as mulheres HIV+ responderam que aproximadamente 40% deles eram HIV+, conforme se observa na Tabela 15.

TABELA 14
Porcentual de uso de preservativo pelo parceiro
pré e pós conhecimento da soroconversão

	antes da soroconversão		após a soroconversão		p [@]
	n	%	n	%	
sempre	6	4,3	59	56,8	< 0,01
maioria das relações	3	2,1	12	11,5	n.s.
poucas vezes	31	22,1	21	20,2	n.s.
nunca	100	71,5	12	11,5	< 0,01
Total	140	100	104*	100	

* 2 mulheres não responderam e 34 mulheres não tiveram mais relações.

@ Teste de Mc Nemar

TABELA 15
Conhecimento do "status" de soropositividade do parceiro,
pelas mulheres infectadas pelo HIV

	n	%
parceiro HIV+	52	37,1
parceiro HIV -	32	22,9
não tem parceiro sexual atual	22	15,7
não sabem	34	24,3

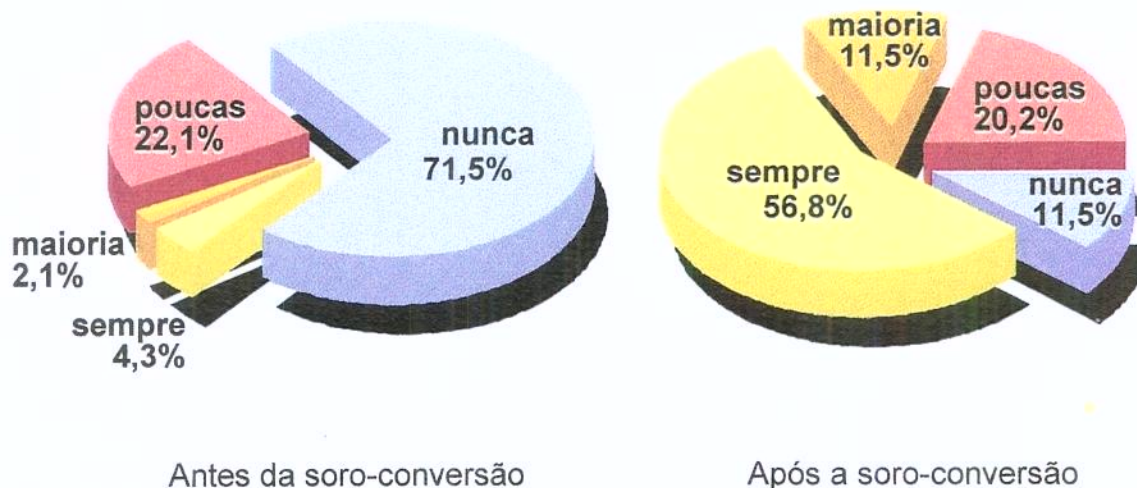


Gráfico 4. Porcentual de uso de preservativo pelo parceiro antes e após o conhecimento da soroconversão.

4.6. História Obstétrica

Em relação ao número total de gestações, quase metade das mulheres HIV+ tiveram uma ou duas gravidezes durante toda a vida, sendo que apenas 13% delas não havia ainda engravidado. A multiparidade ocorreu em cerca de 40% delas. Chamou a atenção a constatação de que 13 das 140 mulheres HIV+ encontravam-se grávidas no momento do conhecimento da soroconversão, correspondendo a 18,5% daquelas que relataram não estar usando MAC naquele momento (Tabelas 5 e 16).

Mesmo após o conhecimento da soroconversão houve um contingente importante de grávidas (24 entre 140 mulheres), sendo que duas engravidaram por duas vezes, perfazendo um total de 26 gestações (18,6%).

As mulheres que se encontravam grávidas no momento da soroconversão apresentaram uma taxa de transmissão vertical mais alta (33,3%) quando comparada com as que engravidaram após o diagnóstico da infecção pelo HIV (17,4%). A prevalência de abortos provocados foi muito maior nas gestações ocorridas após a soroconversão (23% x 7,6%) (Tabela 17).

TABELA 16
História obstétrica das mulheres HIV+ (n = 140)

	n	%
durante toda a vida		
nuligesta	18	13,0
1 gestação	36	26,0
2 gestações	28	20,0
3-5 gestações	50	36,0
6 ou mais gestações	8	5,0
número de gestações		
momento do conhecimento da soroconversão	13	9,1
após a soroconversão	26	18,6

TABELA 17
Evolução das gestações ocorridas nas mulheres HIV+

	momento da soroconversão		últimos dois meses	
	N	%	n	%
cesáreas	5	38,5	5	19,2
partos normais	7	53,9	9	34,6
abortos espontâneos	0	0,0	3	11,5
abortos provocados	1	7,6	6	23,1
gestações em curso	0	0,0	3	11,6
Total	13	100	26	100
<i>Transmissão vertical</i>		33,3		17,4

Discussão

5. Discussão

A interpretação dos resultados do presente estudo envolvendo 140 mulheres HIV+, sugere que o conhecimento da soropositividade (soroconversão) leva a um aumento da prevalência do uso de métodos anticoncepcionais e a um comportamento sexual caracterizado pela diminuição do número de parceiros e de relações sexuais semanais. Tais atitudes porém, não impediram que 18,6% das mulheres engravidassem mesmo após o conhecimento da infecção pelo HIV e que, 23,1% dessas gravidezes evoluíssem para abortamentos provocados.

Chamou a atenção que metade das mulheres não lembrava ter recebido informações de orientação anticoncepcional no momento do conhecimento da soropositividade, podendo-se entender destes achados que realmente esta orientação não foi fornecida ou ainda que o impacto emocional de saber-se infectada pelo HIV foi tão importante entre essas mulheres, que a percepção da orientação não ficou registrada de maneira a ser lembrada por elas. Não foi possível distinguir qual destas alternativas era mais importante,

usando-se apenas o questionário desta pesquisa para tal finalidade. Porém, nossos resultados confirmam estudo anterior realizado na mesma instituição (CAISM/UNICAMP), quando os autores ao analisar 71 óbitos de mulheres HIV+, já apontavam para uma falta de orientação anticonceptiva pós-sorológica e alertavam para a ocorrência de 21 gravidezes (29,0%), com uma taxa de abortamento de 7,1% entre essas mulheres (GIRALDO et al., 1997).

Encontrou-se neste estudo que os médicos ou os serviços médicos que informaram o diagnóstico de infecção pelo HIV para estas mulheres, pouco usaram os recursos audiovisuais, de forma individual ou por intermédio de palestras, como método auxiliar no aconselhamento pós-sorológico. Tal procedimento foge da tendência atual que sugere a utilização destas técnicas, sempre que possível, nas definições das estratégias de combate e prevenção da infecção pelo HIV, conforme se observa no Manual de Planejamento e Coordenação de Programas (AIDSCAP, 1997). O fornecimento de métodos anticoncepcionais às mulheres HIV+ só ocorreu para cerca de 20% delas, o que pode ser explicado em parte, pelo fato de que em apenas 10% das vezes, a primeira orientação foi realizada em locais mais afeitos às orientações de MAC, ou seja, no CAISM/Pré Natal e no próprio Ambulatório de Infecções Genitais.

Entretanto, quando se estudou o conhecimento de informações específicas sobre o uso de preservativos no momento do conhecimento da soroconversão, foi surpreendente a descoberta de que 90% das mulheres HIV+

afirmaram ter sido orientadas neste sentido, quando 50% de todas as mulheres já tinham referido não ter recebido orientações sobre métodos anticoncepcionais naquele momento. Num primeiro momento, pensou-se estar frente a uma inconsistência interna do questionário, mas a análise mais demorada nos leva a acreditar que essas mulheres perceberam a notícia como mais genérica, entendendo a orientação do uso de preservativo também como uma forma de se evitar a transmissão e/ou reinfeção e não somente como um método anticoncepcional.

Os achados de maior conhecimento e uso de MAC após a soroconversão sugerem que não bastou apenas a orientação no momento da soroconversão, mas sim a insistência ao reforço e reafirmação das orientações, percebidos por mais da metade das mulheres HIV+, na maioria das consultas subseqüentes de acompanhamento clínico e/ou ginecológico. O fato de que apenas 10% das mulheres HIV+ havia se submetido a uma só consulta no AIG, enquanto a maioria já havia sido consultada por mais de seis vezes, parece mostrar a existência de maiores oportunidades para serem orientadas sobre métodos anticoncepcionais e comportamento sexual. Tal inferência é reforçada também pelo encontro de apenas nove mulheres (6,4%) com um tempo de conhecimento do resultado da soroconversão menor que seis meses e a grande maioria (92 mulheres) com tempo maior de dois anos, no momento em que responderam ao questionário.

Destacaram-se os achados de uma alta porcentagem de conhecimento, tanto da importância do uso de preservativos para evitar filhos e não transmitir o HIV, mas também da importância de diminuir a replicação viral e de usá-los associados a outros métodos anticoncepcionais.

A percepção demonstrada pelas mulheres HIV+, de conhecimentos tão específicos, sugere uma saudável e esperada preocupação com o tema no Ambulatório de Infecções Genitais do CAISM/UNICAMP. Em um estudo realizado na cidade de Santos, a informação genérica sobre preservativos foi lembrada por apenas 41% de 29 mulheres entrevistadas e o uso de MAC relatado por apenas 31% delas (GUIMARÃES, LACERDA, FRANCEZ, 1998), contrastando com 60% de conhecimentos bem específicos sobre preservativos e 70% de uso de MAC pelas mulheres HIV+ do presente estudo.

Em contrapartida, não deixou de ser importante que 15% das mulheres tenham relatado não ter sido orientadas sobre métodos anticoncepcionais, mesmo nas consultas pós-soroconversão, o que supomos possa ajudar a explicar a ocorrência de pelo menos parte das 26 gestações ocorridas. Tais achados estão longe de ser encontrados apenas aqui no Brasil, como mostra estudo recente apresentado na 12ª Conferência Mundial de AIDS, que encontrou num *coorte* de 69 mulheres HIV+ (cidade de Toledo, EUA) com alta escolaridade, que 25% dos médicos que as atendiam nunca haviam discutido sobre sexo seguro, que apenas 60% recebiam informações adequadas de

métodos anticoncepcionais e que 14% de seus parceiros não usavam preservativos (PUROHIT et al., 1998).

O maior conhecimento dos métodos anticoncepcionais após a notícia de soropositividade, como os injetáveis, o DIU e a ligadura tubária, mostra não somente que receberam informações não recebidas anteriormente, mas também um maior interesse das mulheres HIV+, para os métodos anticoncepcionais mais efetivos e que não exijam uma participação mais ativa do parceiro masculino. Esses dados são concordantes com outros estudos (DIAZ et al., 1995; LINDSAY et al., 1995; KAPIGA et al., 1998).

A diminuição significativa da porcentagem de mulheres que não usavam qualquer método (de 50% para quase 30%), nos faz pensar que houve percepção por boa parte das mesmas da orientação para se evitar a transmissão vertical. A diminuição significativa do uso de pílula na fase pós-soropositividade, quando comparado com o percentual das mulheres que usavam esse método no momento do diagnóstico foi semelhante à diminuição encontrada em um estudo realizado em Rwanda (KING et al., 1995). Neste estudo, os autores encontraram uma migração das mulheres HIV+ usuárias de métodos hormonais orais na fase anterior à soroconversão, para o uso de anticoncepcionais injetáveis, o que foi explicado como uma procura por métodos que exigiam uma menor dependência da assiduidade da usuária no seu uso.

Em nosso meio, num estudo tipo *coorte* de 166 mulheres HIV+ atendidas no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, também foi observado uma diminuição de 78,9% para 29,2% no uso de pílula anticoncepcional oral, que foi explicado pelos autores como provável resultado de uma migração para o uso de preservativos masculinos, que aumentou de 4,9% para 52,8%, após o diagnóstico de infecção pelo HIV (NAUD et al., 1997). Encontramos no presente estudo um aumento bastante semelhante, de 7,8% para 30% na taxa de uso de preservativos masculinos, mas entendemos que tal aumento não deva ser resultado apenas da migração isolada das usuárias de pílula, mas também de algumas das usuárias de DIU, coito interrompido e ritmo, na fase anterior à soroconversão.

No que se refere à ligadura tubária, foi escolhida por um quarto de todas as mulheres infectadas pelo HIV. A esterilização cirúrgica foi o segundo método mais prevalente de anticoncepção (25,7%), somente superada pelo uso dos preservativos (30%), o que é muito próximo dos 32% encontrados em tese anterior do mesmo serviço (AMARAL, 1996). Se considerarmos apenas as mulheres que estavam usando métodos anticoncepcionais, esta taxa aumentou para cerca de 37% (36 de 99 mulheres), que é menor que a porcentagem de 51,4%, encontrada por autores nacionais, num estudo colaborativo que envolveu 340 mulheres HIV+ do Estado de São Paulo (RODRIGUES, TESS, LAGO, 1998). Da mesma forma, em relação à literatura mundial, encontramos estudos que mostraram também um aumento do uso de ligadura tubária na fase pós-soroconversão, porém com prevalências menores (30% e 32%).

Observou-se ainda um uso maior de pílulas anticoncepcionais (36 e 20%), quando comparados aos achados do presente estudo (DIAZ et al., 1995; LINDSAY et al., 1995).

O método duplo ou combinado (preservativo como forma de evitar a disseminação e outro método para evitar a gravidez) foi utilizado por 12% das mulheres HIV+, com maior prevalência das combinações injetável/preservativo e ligadura/preservativo. Isso talvez possa ser explicado, tendo-se em conta que os anticoncepcionais hormonais injetáveis são de uso bastante difundido e pesquisado em nossa região (PETTA, 1997) e com relação à ligadura tubária, porque existe uma tendência mundial em realizá-la nas mulheres infectadas pelo HIV, que perdura desde o início da epidemia (CENTERS OF DISEASE CONTROL, 1995).

Enquanto a maior parte das mulheres que escolheu injetáveis como forma de anticoncepção, também adotava o preservativo como forma de evitar a reinfecção ou a disseminação da doença (sete entre 12 mulheres), o mesmo não se observou com as pacientes com ligadura tubária, nas quais apenas seis de 36 mulheres relataram tal prática. São achados semelhantes ao estudo conduzido em 1232 mulheres HIV+, entrevistadas em 12 cidades americanas. Os autores concluíram que as mulheres que usavam as mais efetivas formas de anticoncepção eram as que menos tinham os parceiros usando o preservativo como forma de evitar a disseminação do HIV, tendo considerado baixas as prevalências de uso duplo com ligadura tubária (34%), pílulas (42%),

DIU (44%) e injetáveis (29%), quando comparadas com as taxas de uso de preservativos associados com geléias espermicidas (99%), ritmo (83%) e diafragma (73%) (DIAZ et al., 1995). Embora sejam as pílulas anticoncepcionais sabidamente eficazes, o seu uso associado aos preservativos foi encontrado em apenas 43% das mulheres HIV+ que usavam esse método duplo, o que sugere que muitas delas fiquem expostas a reinfeção e exponham seus eventuais parceiros HIV- à contaminação, corroborando as conclusões do estudo citado acima.

Outros autores (GAVALOTTI & SCHNELL, 1994) sugerem que isto se deva a que muitas mulheres HIV+ consideram a efetividade dos métodos para se evitar a gravidez, similar à efetividade dos mesmos métodos na prevenção da transmissão, o que não se tem mostrado verdadeiro.

Acreditamos também que os métodos mais efetivos (a pílula, o DIU, os injetáveis mensais e trimestrais e a ligadura tubária) são fáceis de se usar, não requerem a participação, nem tampouco a aquiescência e o conhecimento do uso pelo parceiro sexual masculino. Com relação a isso, não é incomum que muitos parceiros HIV+ se recusem a utilizar o preservativo, mesmo sabendo da soropositividade da mulher (NELSON et al., 1996), o que poderia explicar o que nos pareceu diferente e inesperado, ou seja, uma mulher referindo usar a combinação de preservativos (masculino + feminino).

O uso de métodos comportamentais como o ritmo e o coito interrompido, desapareceram como forma de anticoncepção entre as mulheres

estudadas. Tanto porque as mesmas mulheres pouco usavam os mesmos métodos na fase anterior à soroconversão e conheceram novos métodos mais eficazes contra a gravidez, como pela tendência da ênfase dada pelos profissionais que atendem as mulheres HIV+, a uma anticoncepção mais segura e eficaz no período pós-soroconversão. Geralmente centrada nos métodos definitivos e os hormonais, esta estratégia é uma tentativa de procurar uma redução mais efetiva na transmissão vertical da doença.

Porém, tais estratégias de abordagem anticoncepcional são questionadas por alguns autores, alegando-se que ao se desestimular o uso de contraceptivos que interferem na relação sexual, mas ao mesmo tempo, promovem a negociação sexual e a divisão de responsabilidade pelo evitar filhos entre os parceiros (métodos de barreira). Esses programas acabaram por introduzir uma cultura contraceptiva, que se mostra hoje extremamente perversa do ponto de vista das alterações de comportamento sexual exigidas pela epidemia do HIV (BARBOSA & VILLELA, 1995). Pensando nisso, as mudanças na expectativa de vida para as mulheres HIV+ com o uso de múltiplas drogas e a eficácia do uso de AZT para diminuir a transmissão vertical, leva-nos a acreditar que tais estratégias anticoncepcionais devam ser repensadas, contemplando sim, as necessidades ligadas à anticoncepção e diminuição de reinfecção ou disseminação do HIV, porém sem esquecer a participação dos parceiros nessas responsabilidades e principalmente a afetividade dessa mulheres, sabidamente tão fragilizada após o conhecimento do diagnóstico. Tal alerta é atual e vem sendo proposto por vários autores

(MBORI-NGACHA et al.,1998; PUROHIT et al.,1998; RUDIN, LAUBEREAU, LAUPER, 1998; RHIND & JAMES, 1998).

O encontro da alta proporção de mulheres que iniciou a vida sexual antes dos 15 anos (25%) e que já tinham relações antes dos 20 anos (80%), confirma que a idade precoce à primeira relação é um dos principais fatores de risco para as DST, inclusive o HIV, conforme já se observou em estudo prévio do mesmo serviço (AMARAL, 1996) .

A diminuição significativa do número de parceiros na fase de vida pós-soroconversão, talvez mostre um comportamento mais conservador adotado pelas mulheres HIV+. O que nos chamou particularmente a atenção, é que 22 mulheres (cerca de 16%), deixaram de ter parceiros após o conhecimento da soroconversão, o que ressalta uma dramática modificação na sexualidade. Mais intrigante foi que 34 mulheres deixaram definitivamente de praticar relações após a soroconversão, o que nos faz acreditar que 12 mulheres não as praticavam nos dois últimos meses anteriores ao questionário, mesmo continuando com o seu parceiro. Pode-se interpretar, de outra forma, que essas mulheres não entenderam a troca de carícias e o “se tocar sem penetração”, como formas de relações sexuais, na maneira como foram inquiridas no questionário. Essa foi uma dificuldade percebida na interpretação das respostas dadas a tais perguntas, o que, ao nosso ver, não diminui a importância do achado de tais comportamentos.

Corroborando nossos dados, embora com um número bastante reduzido de mulheres HIV+ estudadas prospectivamente na cidade de Ribeirão Preto, encontraram-se alterações expressivas no comportamento sexual, com ausência de relações sexuais em quase um terço das mulheres, no período pós-soroconversão (GIR & DUARTE, 1997).

Além disso, o presente estudo parece mostrar que as modificações na sexualidade das mulheres estudadas acontecem de uma maneira abrangente, manifestando-se, por exemplo, na significativa diminuição da prática de todos os tipos de relações sexuais, inclusive as orais, na fase pós-soroconversão. Entretanto, os estudos e conhecimentos firmados até hoje, não sustentam que tais práticas orais tenham uma participação importante na transmissibilidade do HIV. O que parece existir é uma modificação da sexualidade como um todo, com diminuição do desejo sexual e uma grande perplexidade dessas mulheres, quando se vêem diante de uma doença fatal e estigmatizadora. Percebemos com maior nitidez tais modificações, quando observamos as respostas textuais obtidas em perguntas diretas como: “por que deixou de ter relações após a soroconversão?” ou “por que não teve mais parceiros sexuais?” (ANEXO 3). Nas suas respostas, carregadas freqüentemente de amargura e decepção, observamos o quanto o conhecimento da infecção pelo HIV pode modificar a afetividade dessas mulheres.

Recentemente outros autores brasileiros estudaram 14 mulheres HIV+ e construíram um modelo de crenças que poderiam determinar o

comportamento sexual na fase pós-soroconversão. Embora nos pareça ser um número pequeno de mulheres para a construção de um modelo, concluíram que são muito importantes a percepção da infecção/doença, a reação social à doença e a busca para conviver com a situação (GIR, ZAGO, DUARTE, 1998).

Afirma-se que a análise sociológica demonstra que o desequilíbrio de forças entre homens e mulheres agrava sensivelmente a vulnerabilidade das mulheres ao HIV e que a dependência econômica e a aceitação dos padrões de comportamento sexual pela sociedade, colocam-nas em situação de maior risco (BERER, 1997).

Apesar das mulheres terem mais facilidade de contrair a doença no ato sexual do que o homem, em geral é ele (dentro da cultura de dominação) que escolhe lugar, hora e condições para o ato sexual, o que corrobora nossos achados de apenas 4,3% de uso consistente de preservativos na fase anterior à soroconversão e apenas pouco mais da metade dos parceiros usando preservativos nas suas relações com suas mulheres infectadas pelo HIV, mesmo no período posterior ao conhecimento do diagnóstico. Segundo os achados do presente estudo, as mulheres HIV+ têm conhecimento da importância do uso do preservativo masculino, mas não conseguem que sejam usados consistentemente por seus parceiros em cerca de 50% das relações sexuais, mesmo na fase pós-soroconversão. No presente estudo, um número tão alto de homens que não usavam preservativos consistentemente nas relações sexuais, pode ser explicado, ainda que parcialmente, pelo fato de que

37,1% dos parceiros eram HIV+ e pareciam não estar estimulados ao uso dos mesmos, com o intuito de se evitar a replicação viral e a reinfeção. Encontramos correspondência em estudo realizado em Atlanta, que encontrou que, embora uma alta porcentagem de mulheres sexualmente ativas relate uso de preservativos para prevenção de DST e/ou contracepção, é relativamente baixa a proporção de mulheres que realmente consegue que seus parceiros façam o uso consistente dos mesmos (BRACKBILL & GREENBERG, 1998).

Outra importante constatação desse estudo se refere às modificações encontradas na história obstétrica das mulheres HIV+, começando com o importante número de grávidas (13 entre 140) no momento do conhecimento da soroconversão. Essas mulheres encontravam-se entre as 70 que relataram não estar usando MAC no momento do conhecimento da soroconversão. Não analisamos, dentro do questionário usado no estudo, se essas mulheres ou mesmo o casal, desejavam as gravidezes. Tentando explicar tal ocorrência, um autor brasileiro, entende que a mulher casa-se, assume a monogamia como busca da felicidade e proteção para a sua família, imagina estar segura e é atingida pela infecção do HIV. Frequentemente, esse comportamento feminino de dependência afetiva, passividade emocional e sexual, submissão e baixa estima, dificulta ou impede a discussão pelo casal de alguns temas, como sexo seguro e fidelidade mútua, além de necessitarem de uma orientação adequada sobre métodos anticoncepcionais (MORAIS DE SÁ, 1997). Como não é percebido que o casamento ou um relacionamento amoroso não conferem proteção contra HIV/DST, é desprezada a prática do sexo seguro e, assim, as

mulheres passam a ser presas fáceis da epidemia, chegando então a engravidar sem que se dêem conta de já estarem contaminadas.

Além disso, este estudo mostrou que mesmo relatando um conhecimento geral sobre MAC acima de 80% e um grande aumento no uso de anticoncepção após a soroconversão, ainda ocorreram 26 gestações (24 grávidas), evoluindo com uma taxa de 23,1% de abortos provocados. Isso nos faz acreditar que exista um contingente importante de gestações que podem ter sido desejadas pela mulher ou pelo casal, mesmo havendo a infecção do HIV.

Alguns autores acreditam que a mulher HIV+ experimenta uma diminuição de sua fertilidade, mas que esse declínio só aparece muitos anos após o diagnóstico, na fase de doença. Concluem que parte da redução da fertilidade possa ser devido ao número elevado de abortos provocados (LEE et al., 1998). Nossos achados parecem contradizer parcialmente tais conclusões, pois não se encontrou diminuição de fertilidade. Estudos prospectivos são necessários para avaliar tal possibilidade.

Para examinar os fatores sociais, biomédicos e psicológicos que pudessem influenciar o planejamento de uma gravidez e a continuidade da mesma até o termo, foram estudadas 100 mulheres HIV+ em Londres. Concluiu-se que as intenções reprodutivas das mulheres foram influenciadas significativamente pela percepção que as mesmas tinham do desejo de seus parceiros, isto é, mais gravidezes evoluíram para o termo quando o parceiro desejava um filho e vice-versa. Também se encontrou na opção pelo uso de

drogas retro-virais e conseqüente diminuição da transmissão vertical, um fator que influenciou positivamente os parceiros para o planejamento de uma gravidez (RHIND & JAMES, 1998). Em contrapartida, a possibilidade do uso profilático da zivudina (AZT), não mudou as atitudes dos parceiros em relação ao desejo de uma gravidez, em um grupo de 253 mulheres HIV+ da cidade de Basel, na Suíça (RUDIN et al., 1998).

Embora esta pesquisa carregue as limitações de um estudo transversal, julgamos ser importante porque aponta diretamente para bruscas e importantes modificações na sexualidade e no uso de métodos anticoncepcionais após o conhecimento da soroconversão, e que tais modificações parecem acontecer simultaneamente e se inter-relacionam. Até onde o nosso conhecimento atual permite afirmar, encontramos na literatura brasileira poucas citações sobre o tema, restringindo-se à análise isolada do impacto do conhecimento da soroconversão no uso de métodos anticoncepcionais (NAUD et al., 1997), e nas alterações sociais e de sexualidade (GIR & DUARTE, 1997) ou ainda estudando pequeno número de mulheres (GUIMARÃES et al., 1998).

Julgamos ser esta contribuição importante por contar com um número expressivo de mulheres HIV+ e pesquisar simultaneamente as modificações ocorridas tanto na anticoncepção como no comportamento sexual, além de suas repercussões na história obstétrica das mulheres HIV+, após se saberem infectadas pelo HIV.

As dificuldades de percepção das orientações de anticoncepção e de comportamento sexual, pelas mulheres HIV+ do presente estudo, levam-nos a sugerir que as modernas técnicas audiovisuais possam ser incorporadas ao atendimento a essas mulheres, especialmente no momento do aconselhamento pós sorologia e também nas consultas subseqüentes. Seriam tentativas de proporcionar maior percepção das orientações de conhecimento e uso de MAC e de comportamentos sexuais apropriados para uma melhor qualidade e digna sobrevivência para as mulheres infectadas pelo HIV.

Da mesma forma, acreditamos que manter equipes multidisciplinares junto aos serviços de saúde que atendem mulheres HIV+, seria muito importante no sentido de suprir as carências observadas neste estudo, especialmente no campo da sexualidade . A orientação adequada em relação aos MAC e ao comportamento sexual, devem ser acompanhadas pelo acesso facilitado e fornecimento dos mesmos pelas instituições de saúde. Os parceiros devem ser estimulados a dividir responsabilidades e levados à participar do mesmo processo educativo.

A integração entre os profissionais que acompanham os tratamentos clínico, ginecológico e psicológico, entre outros, deve ser cada vez mais estimulada.

Nossos achados sugerem que se deva prestar maior atenção às pessoas HIV+, porque podem se recontaminar e/ou disseminar a doença, além

de necessitarem de um acompanhamento clínico e ginecológico, entre outros, que lhes possibilitem uma evolução menos tormentosa da doença.

Como nos dias de hoje o avanço da terapêutica múltipla antiviral possibilita que as pessoas com infecção pelo HIV vivam muitos anos, devem ser orientadas para um comportamento que evite a sua reinfecção, o que tem a vantagem de proteger não só a pessoa HIV+, como também os seus parceiros (LANDERS & SWEET, 1996; LANDESMAN et al., 1996; DILLEY, WOODS, McFARLAND, 1997; PALELLA et al., 1998).

Tais proposições abrem perspectivas de estudos longitudinais e prospectivos, sobre qual seria o impacto da incorporação dessas novas estratégias, dirigidas para o conhecimento/uso de anticoncepcionais e o comportamento sexual das mulheres infectadas pelo HIV. O seguimento dessas mulheres HIV+ poderá nos trazer mais informações, como, por exemplo, a anticoncepção atua na evolução da doença e como a doença pode interferir na ação anticonceptiva. Além disso, estudos mais específicos e que demandam mais tecnologia na sua realização também poderiam ser realizados na mesma população.

A grande maioria destas mulheres infectadas pelo HIV encontra-se em idade reprodutiva e a sua infecciosidade possui potencial para ser modificada de acordo com o método anticoncepcional usado. Será que o uso de anticoncepcionais hormonais com esteróides não aumenta a eliminação do HIV no trato genital inferior das mulheres? Qual a real eficácia de outros métodos

anticoncepcionais associados ao uso do preservativo como forma de prevenir a transmissão do HIV?

São perguntas prementes e que precisam ser respondidas para oferecermos a essas mulheres, que hoje já têm uma melhor expectativa de sobrevida com a terapia de múltiplas drogas, e aos seus parceiros, uma melhor adequação afetiva e, conseqüentemente, uma vida mais digna dentro das muitas limitações clínicas, sociais e psicológicas decorrentes da evolução natural da doença.

Conclusões

6. Conclusões

1. A percepção sobre orientações anticoncepcionais no momento do conhecimento da soroconversão foi baixa, pois apenas a metade das mulheres lembrava ter sido orientada. A orientação anticonceptiva aumentou na fase pós-soroconversão, mas não impediu que 15% delas permanecessem sem orientações.
2. Houve um aumento significativo do uso de preservativos e ligadura tubária após a soroconversão, porém 30% das mulheres continuou a não usar MAC no período pós-soroconversão. O método duplo ou combinado (preservativo + outro MAC) foi usado por uma porcentagem pequena de mulheres, apesar do seu uso ter aumentado no período pós-soroconversão.
3. A infecção pelo HIV causou forte impacto na sexualidade, com grande diminuição do número de parceiros e da frequência de relações sexuais.

4. Embora o uso de preservativos, de maneira consistente, pelos parceiros das mulheres HIV+, tenha aumentado em 13 vezes no período decorrido após o conhecimento da soroconversão, mais de um terço dos parceiros das mulheres HIV+ permaneceu sem essa prática.
5. Enquanto metade das mulheres não usava MAC no momento da soroconversão, houve uma incidência de 9,1% de gestações. Mesmo com um aumento do conhecimento e uso de MAC na fase pós-soroconversão, encontrou-se uma incidência de 18,6% de gestações, com 23,1% de abortamentos provocados.

Summary

7. Summary

The heterosexual transmission of the acquired immunodeficiency virus is predominant in almost the whole world and women represent two thirds of the infected people. Therefore, the decisions on anticonception, sexual behavior, and reproductive life, became very relevant, although only a few studies exist on this issue in the last years. A cross sectional descriptive study was developed in order to evaluate the impact of seroconversion knowledge in the contraception, sexual behavior and obstetrical history of HIV+ women. A questionnaire was applied to 140 HIV infected women, followed at the Genital Infections Outpatient Clinic of CAISM/UNICAMP. The statistical analysis was performed by the chi-square test, the Fisher's exact test, and the McNemar test for the paired samples, with statistical significance of 5% ($\alpha=0.05$). Most of the studied population included young women, presenting low education level and an important contingent of widows. A significant increase in the prevalence of the use of contraceptive methods was found, especially for preservatives and tubal ligation. An expressive decrease was also found in the number of partners and sexual intercourses in the period after they realized to be HIV

infected, however, 30% of the HIV+ women still remained not using any contraceptive methods. A significant change in the use of preservatives by their partners was also observed, and only a minority remained not using them consistently in the period after seroconversion. Pregnancy was found in thirteen women at the time of seroconversion; 24 women became pregnant during the period after seroconversion, with an abortion rate of 23.1%. It was concluded, that knowing to be HIV infected had a strong impact in HIV+ women, leading to expressive changes in the contraceptive practices, sexual behavior and consequently, their obstetrical history. It is expected Familial Planning to be continuously more stimulated and developed in the services assisting HIV infected women.

Referências Bibliográficas

8. Referências Bibliográficas

AIDSCAP - Manual de Planejamento e Coordenação de Programas - Editora Te Corá, Rio de Janeiro, 1997. 325p.

AIDSCAP - The status and trends of global HIV/AIDS pandemic. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva, June 28 - July 3, 1998. P.1-81.

AMARAL, E.M. - **Características epidemiológicas e doenças do trato genital inferior associados à infecção por HIV em mulheres sob risco de doenças de transmissão sexual**. Campinas, 1996. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].

ARMITAGE, P. Statistical methods in Medical Research. New York, John Wiley and Sons., 1974.

BARBOSA, R.M. & VILLELA, W.R. - Sterilisation and sexual behavior among women in São Paulo, Brazil. **Reprod. Health Matters**, 5:36-46, 1995.

BERER, M. - Mulheres e HIV/AIDS - Edit. Brasiliense, 1997. 512p.

BRACKBILL, R.M. & GREENBERG, J.B. - Consistency of condom use for disease prevention among unmarried sexually active women - Data from a national (US) survey of reproductive age women. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (33106)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL - Update: AIDS among women - United States, 1994. **Morb. Mortal. Wkly Rep.**, **44**:81-4, 1995.

CHAISSON, R.E.; KERULY, J.C.; MOORE, R.D. - Race, sex, drug use, and progression of human immunodeficiency virus disease. **N. Engl. J. Med.**, **333**:751-6, 1995.

CHIRQWIN, K.D.; FELDMAN, J.; AUGENBRAUN, M. - Incidence of venereal warts in human immunodeficiency virus - infected and uninfected women. **J. Infected Dis.**, **172**:235-8, 1995.

CHU, S.Y.; HAMMET, T.A.; BUEHER, J.W. - Update: Epidemiology of reported cases of AIDS in women who report sex only with other women, United States, 1980-1991. **AIDS**, **6**: 518-9, 1992.

COHEN, M.S.; DALLABETA, G.; LAGA, M.; HOLMES, K.K. - A new deal in HIV prevention : lessons from the global approach. **Ann. Intern. Med.**, **120**:340-1, 1994.

DECLARATION DE HELSINKI - **Bol. Of Sanit. Panam**, **108**:626-37, 1990.

DE VINCENZI, I. - A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners- **N. Eng. J. Med.**, **331**:341-6, 1994.

- DE VINCENZI, I.; JADAND, C.; COUTURIER, E.; BRUNET, J.B.; GALLAIS, H.; GASTAUT, J.A.; GOUJARD, C.; DEVEAU, C.; MEYER, L. – Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. **AIDS**, **11**:333-8, 1997.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; BURTON, A.H.; DICKER, R.C.- Epi Info, Version 5.0: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.
- DIAZ, T.; SCHABLE, B.; CHU, S.Y. - Relationship between use of condoms and other forms of contraception among human immunodeficiency virus - infected women. **Obstet. Gynecol.**, **86**: 277-82, 1995.
- DILLEY, J.W.; WOODS, W.J.; McFARLAND, W. – Are advances in treatment changing views about high-risk sex? **N. Engl. J. Med.**, **337**:501-2, 1997.
- EDLIN, B.R.; IRWIN, K.L.; FARUQUE, S.; McCOY, C.B.; WORD, C.; SERRANO, Y.; INCIARDI, J.A.; BOWSER, B.P.; SCHILLING, R.F.; HOLMBERG, S.T. - Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. **N. Engl. J. Med.**, **331**:1422-7, 1994.
- ELIAS, C.J. & COGGINS, C. - Female-controlled methods to prevent sexual transmission of HIV. **AIDS**, **10**(suppl 3):S43-S51, 1996.
- FARLEY, T.M.N.; ROSENBERG, M.J.; ROWE, P.J.; CHEN, J.H.; MEIRIK, O. - Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. **Lancet**, **339**:785-8, 1992.

- GALAVOTTI, C. & SCHNELL, D.J. - Relationship between contraceptive method choice and beliefs about HIV and pregnancy prevention. **Sex. Transm. Dis.**, 21:5-7, 1994.
- GIR, E. & DUARTE, G. - Alterações sociais e da sexualidade decorrentes da infecção pelo HIV-1 entre mulheres. **J. Bras. Doenças Sex. Trans.**, 9:42-5, 1997.
- GIR, E. ZAGO, M.M.F.; DUARTE, G. - O modelo de crenças que determina o comportamento sexual de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana - Tipo 1. In: CONGRESSO DE SEXOLOGIA, São Paulo, 1998.
- GIRALDO, P.C.; RIBEIRO FILHO, A.; GOMES, F.A.M.; SIMÕES, J.A.; LAJOS, G.J.; CAETANO, S.S. - AIDS, and its gynaecological problems post mortem findings. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES. 12TH MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES RESEARCH (ISSTD), 14TH REGIONAL MEETING OF THE INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (IUSTI). Sevilha, Espanha, 1997. p.405, p.129.
- GOSTIN, L. O.; WARD, J.W.; BAKER, A. - National HIV case reporting for the United States. A defining moment in the history of the epidemic. **N. Engl. J. Med.**, 337:1162-7, 1997.
- GUIMARÃES, R.; LACERDA, R.; FRANCEZ, J.C. - Soropositive women and contraceptive methods option. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (23438)
- HANSEL, N.K.; WEEKS, M.E.; RYAN, J.G.; FOWLER, G.C. - The female role in the transmission of HIV infection. **Arch. Fam. Med.**, 2: 870-3, 1993.

HOWE, J.E.; MINKOFF, H.L.; DUERR, A.C. - Contraceptives and HIV. **AIDS**, 8: 861-71,1994.

JOHNSTONE F.D. - Contraception for HIV - Infected Women. **J. Int. Ass. Phys. AIDS Care**, 3:10,1997.

KAPIGA, S.H.; LYAMUYA, F.; LWIHULA, G.K.; HUNTER, D.J. – The incidence of HIV infection among women using family planning mehtods in Dar es Salaam, Tanzania. **AIDS**, 12:75-84, 1998.

KESSEL, E. - Pelvic inflammatory disease with intrauterine device use: a reassessment. **Fertil. Steril.**, 51:1-11,1989.

KING, R.; ESTEY, J.; ALLEN, S.; KEGELES, S.; WOLF, W.; VALENTINE, C.; SERUFILIRA, A. – A family planning intervention to reduce vertical transmission of hiv in Rwanda. **AIDS**, 9(Suppl 1):S45-S51, 1995.

KREISS, J.; NGUGI, E.; HOLMES, K.; NDIINGA-ACHOLA, J.; WAIYAKI, P.;ROBERTS, P.L.; RUMINJO, I.; SAJABI, R.; KIMATA, J.; FLEMING, T.R. - Efficacy of nonoxinol-9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition mof HIV in Nairobi prostitutes. **JAMA**, 268: 477-82, 1992.

KUHN, L.; DENNY, L.; POLLACK, A.;WRIGHT, T.C. – Use of the long-acting injectable contraceptive Depo Provera and integrity of the cervical epithelium. . In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (23462)

LAI, K.K.- Attitudes toward childbearing and chances in sexual and contraceptive practices amon HIV-infected women. **Cleve. Clin. J. Med.**, 61: 132-6,1994.

- LANDERS, D.V. & SWEET, R.L. - Reducing mother to infant transmission of HIV - The door remains open. **N. Engl. J. Med.**, **334**:1664-5, 1996.
- LANDESMAN, S.H.; KALISH, L.A.; BURNS, D.N.; MINKOFF, H.; FOX, H.E.; ZORRILLA, C.; GARCIA, P.; FOWLER, M.G.; MOFENSON, L.; TUOMALA, R. - Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. **N. Engl. J. Med.**, **334**:1617-23, 1996.
- LAZZARIN, A.; SARACCO, A.; MUSICCO, M.; NICOLOSI, A. ITALIAN STUDY GROUP ON HIV HETEROSEXUAL TRANSMISSION - Man-to-woman sexual transmission of the human immunodeficiency virus. Risks factors related to sexual behavior, man's infectioussness, and woman's susceptibility. **Arch. Intern. Med.**, **151**:2411-6, 1991.
- LEE, L.M.; WORTLEY, P.M.; GRAY, R.H.; FLEMING, P.L. - Reduced fertility and duration of HIV 1-infection in American women. . In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (24198)
- LINDSAY, M.K.; GRANT, J.; PETERSON, H.B.; WILLIS, S.; NELSON, P.; KLEIN, L. - The impact of knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choise and repeat pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, **85**:675-9, 1995.
- MBORI-NGACHA, D.; NDUATI, R.W.; JOHN, G.C.; MWATHA, A.K.; BWAYO, J.; KREISS, J.C. - Determinants of contraceptive use and fertility decision-making among HIV-1 infected women. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (24197)
- MILLER, C.J.; ALEXANDER, N.J.; VOGEL, P.; ANDERSON, J.; MARRX, P.A. - Mechanism of genital transmission of SIV : a hypothesis based on transmission studies and the location of SIV in the genital tract of chronically infected female rhesus macaques. **J. Med. Primatol.**, **21**: 64-8, 1992.

MEZARROBA, G. - O vírus da dúvida. **Veja**, 2:62-4, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Boletim Epidemiológico**, 1997. 44p.

MORAIS DE SÁ, C.A. - A Mulher como alvo da AIDS. - **J. Bras. Doenças Sex. Trans.**, 9:3, 1997.

MORRISON, C.S.; RICHARDSON, B.A; De-KIGONDU, C.S.; SINIE, S.K.;
DEVANGE, D.; OVERBAUGH, J. KREISS, J.K. - Effect of intrauterine
device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. In: 12TH WORLD AIDS
CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (23453)

NAUD, P.S.; LAGO, S.; SHRER, A ; ZACHIA, S. - O impacto do diagnóstico de
soropositividade para HIV no uso de métodos anticoncepcionais em
mulheres - Anais . Jornada de DST/AIDS. Porto Alegre, 1997. p.52.

NELSON, K.E.; CELENTANO, D.D.; EIUMTRAKOL, S.; HOOVER, D.R.;
BEYRER, C.; SUPRASERT, S.; KUNTOLBUTRA,S.; KHAMBOONRUANG,
C. - Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among
young men in Thailand. **N. Engl. J. Med.**, 335:297-303, 1996.

PADIAN, N.S.; SNIBOSKI, S.C.; JEWELL, N.P. - Female-to-male transmission
of immunodeficiency virus. **JAMA**, 266:1664-7, 1991.

PALELLA, F.J.; DELANEY, K.M.; MOORMAN, A.C.; LOVELLESS, M.º;
FUHRER, J.; SATTEN, G.A; ASCHMAN, D.J.; HOLMBERG, S.D. -
Declining morbidity and mortality among patients with advanced human
immunodeficiency virus infection. **N. Engl. J. Med.**, 338:853-60, 1998.

PETTA, C. A. - **Mudanças na função ovariana e cervical nos primeiros dias após a injeção de 150mg de acetato de medroxiprogesterona na segunda metade da fase proliferativa.** Campinas, 1996. [Tese - Doutorado - FCM/UNICAMP].

PUROHIT, A; DUGGAN, J.; WALERIUS, H.; CHAKRABORTY, J.; CARTER, M.; CARTER, S.; KHNUDER, S. - Current contraceptive practices and safer sex practices in a well-motivated Cohort of HIV-infected women. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (13567)

RHIND, G. & JAMES, N.J. - A cross-sectional descriptive of factors influencing reproductive decision making in women with HIV infection. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (14187)

RIBEIRO-FILHO, A.D.- **Estudo comparativo da flora microbiana vaginal de mulheres HIV soropositivas e soronegativas.** Campinas, 1996. [Tese – Mestrado – FCM/UNICAMP].

RODRIGUES, L.C.; TESS, B.H.; LAGO, T.M.G. - Reproductive intentions and practice of HIV-infected women in São Paulo, Brazil. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (13567).

ROYCE, R.A ; SEÑA, A .; CATER, W. JR.; COHEN, M.S. - Current concept: Sexual transmission of HIV. **N. England. J. Med.**, **336**:1072-8, 1997.

RUDIN, C.; LAUBEREAU, B.; LAUPER, U. - Attitudes towards childbearing and adherence to safer sex rules in a cohort of HIV infected women. In: 12TH WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (14111)

- SARACCO, A.; MUSICCO, M.; NICOLOSI, A. - Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. **J. Acquir. Immune Def. Syndr.**, **6**: 497-502, 1993.
- SECRETARIA DA SAÚDE DE CAMPINAS. Número especial. **Boletim epidemiológico**, 1997. 4p.
- SIMONSEN, J.N.; PLUMMER, F.A.; NGUGI, E.N. - HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. **AIDS**, **4**:139-44, 1990.
- SINEI, S.K.; MORRISON, C.S.; SEKADDE-KIGONDU, C.; ALLEN, M.; KOKONYA, D. - Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. **Lancet**, **351**:1238-41, 1998.
- SOPER, D.E.; BROCKWELL, N.J.; DALTON, H.P. - Evaluation of the effects of a female condom on the female lower genital tract. **Contraception**, **44**:21-9, 1991.
- SPIRA, A.; BAJOS, N.; DUCOT, B. - Trends in sexual behavior. Analyse des comportements sexuels em France. **Sex. Transm. Dis.**, **21**:(Suppl 2):S14-8, 1994.
- WARWICK, D.P. & LININGER, A.C. - Introduction. In: WARWICK, D.P. - **The Sample Survey: Theory and Practice**. New York, Mc Graw Hill, 1975. p.4-19.
- WITKIN, S.S. - Immunology of the vagina. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **36**:122-8, 1993.

Bibliografia de Normatizações

9. Bibliografia de Normatizações

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/
PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

Anexos

10. Anexos

ANEXO 1

ESTUDO DO USO DA ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES HIV+

Pesquisador: Jarbas Magalhães

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Número da pasta Número de ordem

Data da entrevista

ESTUDO DO USO DA ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES HIV+

Pesquisador: *Jarbas Magalhães*

Número de ordem

SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA MULHER

1.1 Qual a data do seu nascimento?

dia mês ano

| 8 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

1.2 Quantos anos fez em seu último aniversário? ANOS

ENTR. CORRIJA EM CASO DE INCONSISTÊNCIA

1.3 Foi à escola?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 1.5

1.4 Qual a última série que completou?

_____ SÉRIE DO _____

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.5 Atualmente você é solteira, casada, amasiada/ vive junto, separada /divorciada ou viúva?

| 1 | SOLTEIRA

| 2 | CASADA

| 3 | AMASIADA /VIVE JUNTO

| 4 | SEPARADA/DIVORCIADA

| 5 | VIÚVA

1.6 Entre essas cores/raças que eu vou ler, qual você considera que é a sua cor/raça ?

| 1 | BRANCA

| 2 | PRETA / NEGRA

| 3 | PARDA / MULATA

| 4 | AMARELA (ORIENTAL)

| 5 | INDÍGENA

| 6 | OUTRA. QUAL ?

SEÇÃO 2. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E HIV

ENTR. AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E HIV

2.1 Você conhecia ou já tinha ouvido falar em alguma maneira de evitar filhos antes de saber que era portadora do vírus da AIDS ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE A 2.5

	2.2. PRÉVIO	APÓS HIV+	2.3. CONHEC.	2.4. USOU ALGUMA VEZ ?	
	esp.	esp.	estimul.	SIM	NÃO
a) pílula (comprimido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
b) injetável (injeção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
c) DIU (aparelho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
d) diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
e) camisinha, ou preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
f) geléia, creme, supositório vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
g) ligadura (operação da mulher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
h) vasectomia (operação do homem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
i) tabela, Billings, temperatura: não ter relação alguns dias do mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2
j) coito interrompido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2

2.5 Onde foi feito o diagnóstico de HIV+ ?

TEXTUAL _____

2.6 Em que data ? _____

2.7 Como você acha que adquiriu o HIV ?

- | 1 | DROGAS | 2 | TRANSFUSÃO | 3 | RELAÇÃO SEXUAL COM O PARCEIRO FIXO
 | 4 | RELAÇÕES SEXUAIS COM PARCEIRO OCASIONAL
 | 5 | OUTRA MANEIRA. QUAL? _____ | 8 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

2.8 Quando você foi informada de que era HIV+ foi orientada sobre o uso de algum método para evitar filhos ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

PASSE A 2.13

2.9 Qual o método ?

TEXTUAL _____

2.10 Este método foi fornecido a você ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

| 8 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

2.11 Quem fez a orientação?

| 1 | MÉDICO

| 2 | ENFERMEIRA

| 3 | OUTROS. QUEM?

2.12 Qual o tipo de orientação que você recebeu: palestra, orientação individual, revistas, vídeo (TV) ou outras ?
(Podendo ser mais de uma resposta)

| 1 | PALESTRA

| 2 | ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL

| 3 | REVISTAS

| 4 | VÍDEO

| 5 | OUTRAS. QUAIS ? _____

2.13 Você foi informada sobre o uso de preservativo ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE A 2.15

2.14 Você foi informada que o preservativo serviria para:

a) evitar filhos ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

b) não transmitir a AIDS ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

c) evitar que o número de vírus no seu corpo aumentasse ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

d) evitar que a AIDS se agravasse, piorasse, em caso de você engravidar ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

e) evitar a transmissão para um futuro filho ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

f) foi informada que você deveria usar preservativo em todas as relações,
mesmo que você já usasse outro método para evitar filhos ?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

2.15 Após o conhecimento de ser HIV+ você tem sido orientada sobre métodos para evitar filhos em toda consulta, na maioria das consultas, em algumas consultas ou não tem sido orientada ?

| 1 | EM TODA
CONSULTA

| 2 | NA MAIORIA DAS
CONSULTAS

| 3 | EM ALGUMAS
CONSULTAS

| 4 | NÃO TEM SIDO
ORIENTADA

2.16 Você estava usando algum método para evitar filhos quando tomou conhecimento de que era HIV+ ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PORQUE ? _____

PASSE A 2.18

2.17 Qual o método que estava usando ?

- | | | | | | |
|---|------------------------|---|-----|---|-----|
| a | Pílula | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| b | Injetável | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| c | DIU | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| d | Diagragma | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| e | preservativo/camisinha | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| f | creme vaginal, geléia | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| g | Ligadura | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| h | Vasectomia | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| i | Tabela | 2 | SIM | 3 | NÃO |
| j | relação interrompida | 2 | SIM | 3 | NÃO |

2.18 Quais os métodos que você está usando nos últimos dois meses para não ter filhos ?
(podendo ser mais de um).

Textual _____ | 8 | NENHUM
PORQUE ? _____

2.19 Você está fazendo alguma coisa para evitar piorar ou transmitir a AIDS ?

- | 1 | SIM | 2 | NÃO

PASSE A 2.21

2.20 O que você está fazendo ?

TEXTUAL _____

2.21 Você está usando preservativo para evitar transmitir ou piorar a AIDS ?

- | 1 | SIM | 2 | NÃO

PASSE A 2.22

2.22 Porque você não está usando preservativo ?

TEXTUAL _____

2.23 Você faz acompanhamento clínico ?

- | 1 | SIM - Onde ? _____ | 2 | NÃO

2.24 Gestações: G _____ P _____ C _____ A _____ Filhos Vivos _____

2.25 Você engravidou após saber ser HIV+ ?

- | 1 | SIM | 2 | NÃO

PASSE A 2.26

2.26 Como terminou a sua gravidez(es) após saber ser HIV+

G _____ C _____ P _____ Ab esp. _____ Ab prov. _____ Filhos Vivos _____

SEÇÃO 3. HÁBITOS SEXUAIS

ENTREV.: AGORA, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUAS RELAÇÕES SEXUAIS.

3.1 Com que idade começou a ter relações sexuais?

Anos

| 88 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

3.2 Quantos parceiros teve até hoje?

| 88 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

3.3 Quantos parceiros teve após o conhecimento de que era HIV+ ?

| 88 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

3.4 Após ter sido informada de que era HIV+ você continuou com o mesmo parceiro?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE A 3.6

3.5 Por quê você não continuou com o mesmo parceiro: porque ele era HIV+, porque faleceu com AIDS, porque faleceu por outras causas ou você teve outros motivos ? Quais ?

| 1 | PORQUE ELE ERA HIV+ | 2 | FALECEU COM AIDS | 3 | FALECEU POR OUTRAS CAUSAS

| 4 | OUTROS MOTIVOS. QUAIS ? _____

3.6 **ANTES** de você saber ser HIV+, o seu parceiro usava preservativos nas relações sexuais: sempre, na maioria das vezes, poucas vezes ou nunca ?

| 1 | SEMPRE

| 2 | NA MAIORIA DAS VEZES

| 3 | POUCAS VEZES

| 4 | NUNCA

3.7 Após ter sido informada de que era HIV+ você continuou tendo relações sexuais ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE A 3.9

3.8 Por que você passou a não ter relações sexuais após ser informada de que era HIV+ ?

TEXTUAL _____

3.9 **DEPOIS** que você foi informada de que era HIV+, o seu parceiro passou a usar preservativo nas relações sexuais: sempre, na maioria das vezes, poucas vezes ou nunca ?

| 1 | SEMPRE

| 2 | NA MAIORIA DAS VEZES

| 3 | POUCAS VEZES

| 4 | NUNCA

3.10 O seu parceiro atual sabe que você é HIV+ ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

| 3 | NÃO TEM PARCEIRO ATUAL
PASSE A 3.12

| 8 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

3.11 O seu parceiro atual é HIV+ ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

| 3 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

3.12 Quais das seguintes formas de relações sexuais você praticava **ANTES** de saber ser HIV+: vaginal; oral (boca no pênis); oral (boca na vagina); anal; masturbação do homem, masturbação da mulher ou outras?

| 1 | VAGINAL

| 2 | ORAL (BOCA-PÊNIS)

| 3 | ORAL (BOCA-VAGINA)

| 4 | ANAL

| 5 | MASTURBAÇÃO DO HOMEM

| 6 | MASTURBAÇÃO DA MULHER

| 77 | OUTRAS: _____

3.13 Quais das seguintes formas de relações sexuais você praticava **DEPOIS** de saber ser HIV+: vaginal; oral (boca no pênis); oral (boca na vagina); anal; masturbação do homem, masturbação da mulher ou outras ?

| 1 | VAGINAL

| 2 | ORAL (BOCA-PÊNIS)

| 3 | ORAL (BOCA-VAGINA)

| 4 | ANAL

| 5 | MASTURBAÇÃO DO HOMEM

| 6 | MASTURBAÇÃO DA MULHER

| 77 | OUTRAS: _____

3.14 Quantas relações sexuais semanais você tinha **ANTES** de saber ser HIV+ ?

| 1 | UMA

| 2 | DUAS

| 3 | 3 A 5

| 4 | 5 OU MAIS

| 5 | NENHUMA

| 88 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

3.15 Quantas relações sexuais semanais você teve **nos últimos dois meses** ?

| 1 | UMA

| 2 | DUAS

| 3 | 3 A 5

| 4 | 5 OU MAIS

| 5 | NENHUMA

| 88 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

ENCERRE A ENTREVISTA

ENTREV.: COPIAR OS DADOS DA FICHA DA PACIENTE

4.1. Grupo CDC 1986 _____

Grupo CDC 1993 _____

4.2 Data da notícia ou conhecimento da sêro-conversão (HIV+)

--	--	--	--	--	--

4.3 Data da primeira complicação ou internação (pela AIDS)

--	--	--	--	--	--

4.4 Tempo livre de doença (4.2 - 4.3)

		anos e			meses
--	--	--------	--	--	-------

ANEXO 2

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

“ USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS EM MULHERES HIV+ “

Data da entrevista

Eu, _____

Idade: anos

RG

HC

Fui informada de que o estudo sobre métodos anticoncepcionais será realizado no Ambulatório de Infecções Genitais do CAISM e que o seu objetivo é avaliar a orientação recebida pelas mulheres HIV+ que comparecem para consultas agendadas.

Fui também informada de que serei entrevistada e que farão algumas perguntas sobre os métodos anticoncepcionais e minhas relações sexuais antes e após tomar conhecimento de ser HIV+.

Sei que estas informações poderão contribuir para futuras orientações de mulheres infectadas pelo vírus da AIDS e que meus dados pessoais não serão divulgados, sendo guardado total sigilo sobre os mesmos.

Poderei abandonar o estudo a qualquer momento, sem prejudicar o meu tratamento neste Hospital.

Fui informada, também, de que poderei procurar o serviço que me atendeu, para resolver dúvidas ou para o acompanhamento da minha doença, devendo procurar pelo Dr. Jarbas Magalhães, no Ambulatório de Infecções Genitais nas sextas-feiras, período da manhã.

Aceito, portanto participar do estudo.

Paciente

pesquisador

telefone do serviço: (019) 788-7616

ANEXO 3

RESPOSTAS TEXTUAIS

Nº da paciente	Onde foi feito o diagnóstico de HIV+?	Por que seu parceiro não está usando preservativo?	Motivos para mudança de parceiros	Por que não teve mais relações sexuais ?
1	Hospital Bezerra de Menezes, em Rio Claro	Porque o cidadão com quem vivo é uma "porta". Não adianta, já expliquei várias vezes. Ele não é portador e não tem medo de se contaminar.	Não deu certo porque ele era muito ciumento	****
2	UNICAMP / APA	Sem relações sexuais.	****	Não encontrei outra pessoa, tenho medo e teria que explicar que sou HIV+.
3	Posto de Saúde de São José dos Campos	Sem relações sexuais há 1 ano e 3 meses.	Menina de rua / drogas	****
4	Posto de Saúde, em Jundiá	****	****	****
5	"COAS"	Porque nunca mais tive relações sexuais, depois que meu marido faleceu, em 01/02/94.	****	Tenho medo de arranjar alguém.
6	UNICAMP	****	****	****
7	UNICAMP	****	****	****
8	Centro de Saúde Correio em Recife.	Até agora não tive mais relação sexual com ninguém.	****	****
9	UNICAMP / HC	Sem relações sexuais há anos	Muito ciumento.	Ficou com muito medo.
10	UNICAMP / "APA"	****	****	****
11	UNICAMP / "APA"	****	****	****
12	UNICAMP	Evitando relações há 5 meses.	****	****
13	Consultório particular	Estou sem relação sexual há mais de 2 anos.	****	Não sei. Acho que bloqueei, ressentimento, tenho uma mágoa muito grande de meu marido.
14	Posto de Saúde de Itú	Porque não estou tendo sexo.	****	Porque tenho medo de transmitir.
15	Hospital Irmãos Pentecost, em Campinas.	****	Perdi a paciência com ele, não queria trabalhar e bebia.	****
16	Posto de Saúde - S.P.	Está sem parceiro.	****	****

17	Posto de Saúde, Leme.	****	****	****
18	Fleury - S.P.	****	****	****
19	UNICAMP / "APA"	****	****	****
20	Posto Saúde - Leme	****	****	****
21	UNICAMP / "APA"	Não estou tendo relações sexuais há 4 anos.	****	Porque meu marido soube primeiro e entrou em depressão. Era como se ele não existisse. Eu não fiz nenhuma questão.
22	UNICAMP / "APA"	Coisas do meu marido.	****	****
23	UNICAMP / "APA"	****	****	****
24	UNICAMP / HC	****	****	****
25	UNICAMP, no oftalmologista, onde fazia acompanhamento, porque estava perdendo a vista. Acharam C.M.V., por isso fizeram teste HIV.	Estou sem relações sexuais.	Estou separada há mais de 1 ano, porque ele me traiu com minha irmã. Ele não se contaminou com HIV.	Já estava separando do meu marido.
26	Posto de Saúde - Itú	Porque não estou tendo relações, só brincando de vez em quando.	****	Fiquei com medo de pegar outro "bicho" mais forte que o meu.
27	UNICAMP / "APA"	****	****	****
28	Posto de Saúde Santa Lúcia, em Campinas.	Porque não estou tendo relações sexuais há 8 meses.	****	Porque ele ficou "sem potência".
29	UNICAMP - "Hemocentro"	****	****	****
30	Vigilância Epidemiológica de Itapira.	****	****	****
31	UNICAMP - H.C.	***	****	****
32	Posto de Saúde de São José - Campinas	Não estou tendo relações sexuais.	****	****
33	Laboratório particular de Valinhos	****	****	****
34	UNICAMP - P.Socorro	Não tenho relações sexuais há 2 anos.	****	Estava muito doente. "Foi ficando de lado"
35	UNICAMP. Fiquei internada no 6º andar.	Meu companheiro não porta. Como ele está bem, nem acredita que é portador.		
36	Posto de Saúde - Jundiá	****	****	****

37	UNICAMP - ambulatório no 3º andar.	****	****	****
38	COAS	Não tenho parceiro sexual.	Porque ele também não queria mais ficar junto.	****
39	UNICAMP - MI	Não tenho parceiro.	Ele sumiu de casa, sem falar nada.	Já estava sem parceiro. Agora sou crente.
40	Posto de Saúde - Itatinga	Resolvi não se envolver com mais ninguém.	O parceiro era ocasional.	****
41	UNICAMP - CAISM.	Sem relações sexuais há mais de 1 ano.	Ele foi embora. Não sabe se era HIV+.	
42	COAS - Campinas.	****	****	****
43	Posto de Saúde de Cosmópolis.	Não está tendo relações há 9 meses.	****	****
44	Centro de Médico de B. Geraldo - Campinas.	****	****	****
45	UNICAMP / CAISM	****	****	****
46	UNICAMP / "APA"	Porque não tenho relações sexuais há 5 meses.	****	Psicologicamente não se sente bem. Abalo, não vejo o marido com amor.
47	SUS de Itatiba.	****	****	****
48	Consult. particular / médica ginecologista de Campinas.	****	****	****
49	UNICAMP - Pediatria	****	****	****
50	UNICAMP / "APA"	****	Paixão por outra pessoa.	****
51	USP - Ribeirão Preto	****	****	****
52	Hospital Municipal de Sorocaba.	****	****	****
53	UNICAMP - P. Socorro	Sem parceiro há mais de 3 anos.	Discussão.	Medo de contaminar outra pessoa. "Não se enamorei mais".
54	UNICAMP - CAISM	****	****	****
55	Posto de Saúde - Capivari	****	****	****
56	UNICAMP - Hemocentro	****	A relação já não estava boa, e isso foi a gota d'água.	
57	UNICAMP - CAISM	Sem relações sexuais há 5 anos.	****	****
58	Posto de Saúde-Limeira	****	Usava drogas ("não dava mais certo").	****

59	UNICAMP - Ambulatório DST.	Sem parceiro há mais de 3 anos.	****	****
60	Posto de Saúde - Jundiaí	****	Marido ciumento.	****
61	Posto de Saúde - Salto	Não estou tendo relações sexuais.	****	Meu marido já tinha falecido.
62	UNICAMP - Ambulatório DST.	****	Alcoólatra.	Seu parceiro atual / sem desejo, muito chateada.
63	Posto de Saúde - São Sebastião - Litoral Norte.	Porque meu marido não gosta.	****	****
64	PUC - Campinas.	Relaxo meu.	****	****
65	Itapira.	Meu parceiro não gosta, eu também não.	****	Porque meu marido estava mal.
66	UNICAMP - "APA"	****	****	****
67	UNICAMP - Ambulatório DST.	****	****	****
68	Clínica em São José do Rio Preto.	****	****	****
69	UNICAMP - "APA"	****	****	Meu marido ficou com medo e "esfriou".
70	UNICAMP - MI	****	****	****
71	Jundiaí	****	****	****
72	Aguai	****	****	Meu marido já tinha falecido. Fiquei sozinha por quase 2 anos.
73	Laboratório particular - Campinas.	Nunca usei, nem vou usar, não acredito que serve para alguma coisa. Não vou mudar meus hábitos.	****	****
74	Laboratório particular - S. Paulo	Não tenho relações sexuais.	****	****
75	Campinas - convênio.	****	Ele quis terminar porque não era HIV+.	****
76	Posto de Saúde - Ribeirão Preto.	****	O casamento já estava em crise. Ele escondeu de mim que estava com o vírus.	Meu marido já fazia tempo que não me procurava porque ele já sabia que era portador.
77	UNICAMP - MI	****	****	****
78	UNICAMP - DST - Inf. Genitais.	****	Era drogado.	****
79	Laboratório de Piracaia	****	Já estava separada do marido.	****

80	Posto de Saúde - Sumaré	Estava sem relações sexuais há 4 meses.	****	Porque o marido não quer usar mais camisinha. "Não tem mais vontade".
81	Hospital de Rio Preto.	Meu parceiro se recusa.	****	****
82	São José do Rio Preto.	Estou sem parceiro.	****	****
83	Particular - Araras	****	****	****
84	UNICAMP / CIPOE	****	****	****
85	Posto de Saúde do Jardim Aurélia - Campinas	Não sabia que precisava.	****	****
86	UNICAMP - CAISM quando estava grávida.	Meu marido não quer. Ele nunca fez o teste para saber se é portador, mesmo assim não usa condom.	****	****
87	UNICAMP - CAISM.	Não estou tendo relações sexuais.	Bebia muito, mulhereço, brigava muito.	Já estava sozinha.
88	P.Socorro de Mogi-Guaçu	****	****	****
89	Laboratório particular em Campinas.	****	Já estava sem parceiro. Ele estava muito agressivo, talvez por causa da própria doença. Ele é hemofílico.	****
90	COAS - Campinas.	****	****	****
91	Consultório particular, em Campinas.	Sem atividade sexual.	****	Medo de contaminar. Não confio totalmente na camisinha. Medo de decepção amorosa.
92	Consultório particular - Campinas.	Sem atividade sexual.	Já estava separada. Porque ele bebia muito e usava droga.	Porque outras pessoas corriam risco de serem contaminadas.
93	UNICAMP / "APA"	****	****	****
94	UNICAMP / "APA"	Não estou tendo relações sexuais.	A gente não se dava bem.	A gente fica insegura. Não quero me expor e ficar falando para os outros, que sou portador.
95	Posto de Saúde - Campinas	****	****	****
96	UNICAMP / "APA"	****	****	****
97	UNICAMP - Laboratório	****	****	****
98	Itapira	Meu marido não quer. Acha ruim transar com camisinha.	****	****
99	UNICAMP - por doação de sangue - Hemocentro	****	****	****
100	UNICAMP - "APA"	Sem relação sexual.	****	****

101	Maternidade de Campinas	Porque não estou tendo relações sexuais há 3 anos.	****	****
102	Laboratório particular-Campinas.	****	Já estava separada.	****
103	Santa Casa - Vinhedo	Estou sem parceiro.	****	Medo de contaminar os outros.
104	Posto de Saúde - Jundiá	****	****	****
105	Clínica particular-Araras	Sem relação sexual há 4 anos.	****	Já era viúva e de momento não me interessa por ninguém.
106	UNICAMP - CAISM	Sem relações sexuais há 1 ano.	****	O marido faleceu. Não encontrou e não tem pretensão de novo parceiro.
107	Hospital Emílio Ribas - Catanduva.	****	****	****
108	UNICAMP - MI	****	****	****
109	UNICAMP - MI	Sem relações sexuais há 2 anos.	****	Cansa explicar para as pessoas. "Não sinto falta". Prefere tocar violão.
110	COAS	****	****	****
111	UNICAMP - "APA"	Meu marido não gosta.	****	****
112	UNICAMP - MI	Sem relações sexuais há 1 ano. Marido faleceu com AIDS.	****	Marido com AIDS. Faleceu após o conhecimento.
113	Casa de Saúde - Valinhos	****	****	****
114	Posto de Saúde - Jd. São Marcos - Campinas.	Sem relações após o conhecimento da soroconversão.	****	Para não passar para as pessoas a doença.
115	UNICAMP - CAISM	****	****	****
116	UNICAMP - CAISM	Marido não aceita o uso.	Mudou-se para outra cidade.	****
117	Posto de Saúde-Paulínia	****	****	****
118	"CORSINI"	Porque meu marido nunca gostou. Acha que nunca vai pegar o vírus	****	****
119	PUC - Campinas	Porque não estou tendo relação sexual.	****	****
120	UNICAMP - MI	Falta de interesse, costume.	****	****
121	UNICAMP - pré-natal	****	****	****
122	UNICAMP - "APA"	Estou sem atividade sexual.	****	Meu marido já estava internado.

123	COAS - Campinas	****	****	****
124	Enfermaria onde trabalha- Indústria ...	Estou sem atividade sexual há 3 meses.	Porque ele sumiu quando eu falei que tinha que fazer HIV.	Meu namorado sumiu quando contei que eu estava contaminada e que ele iria ter que fazer o teste também.
125	UNICAMP - "APA"	****	****	****
126	CORSINI - Campinas	Não tem relações sexuais.	****	****
127	Posto de Saúde-Ourinhos	Porque desde que descobri que estava contaminada, não tive mais relações sexuais.	Eu já tinha separado dele porque usava droga, 6 meses antes de eu descobrir que era HIV+.	Por causa "disso" tenho medo de contar e depois ser recusada.
128	Clínica particular, em Belo Horizonte.	Não gosto de usar.	****	****
129	Posto de Saúde "S. Leite de Barros"-Campinas	****	****	****
130	Bragança Paulista	Estou sem atividade sexual há 4 meses.	Tinha outra mulher. Brigávamos muito (engravidou dele numa tentativa de reconciliação).	****
131	Posto de Saúde-S. Paulo	Estou sem relação sexual.	Já estava separada.	Sem parceiro há 3 anos e 4 meses.
132	Posto de Saúde-R. Claro	****	****	****
133	Posto de Saúde-Paulínia	Estou sem parceiro.	****	****
134	UNICAMP - "APA"	****	****	****
135	UNICAMP - "APA"	****	****	****
136	UNICAMP - H.C.	Estou sem atividade sexual há 3 anos.	****	Choque emocional, fiquei revoltada com meu marido.
137	Rio Claro	****	****	****
138	Mogi-Guaçu	****	****	****
139	COAS - Campinas	****	****	****
140	COAS - Campinas	****	****	****