



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA

**COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO E DECISÃO REPRODUTIVA DE  
MULHERES NO CONTEXTO DO HIV**

FORTALEZA

2023

REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA

**COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO E DECISÃO REPRODUTIVA DE  
MULHERES NO CONTEXTO DO HIV**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- L1c LIMA, Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima.  
Comportamento contraceptivo e decisão reprodutiva de mulheres no contexto do HIV /  
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima LIMA. – 2023.  
135 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia  
e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2023.  
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.
1. HIV. Anticoncepção. Comportamento reprodutivo. Contraceptivos. I. Título.

CDD 610.73

---

REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA

**COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO E DECISÃO REPRODUTIVA DE  
MULHERES NO CONTEXTO DO HIV**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Orientadora e Presidente da Banca)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Gilmara Holanda da Cunha (1º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães (2º Membro)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia (3º Membro)  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Leilane Barbosa de Sousa (4º Membro)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Dra. Samyla Citó Pedrosa (1º Membro Suplente)  
Serviço de Móvel de Urgência do Ceará

Dra. Emeline Moura Lopes (2º Membro Suplente)  
Complexo Hospitalar da UFC/ Centro Universitário Unichristus

## **AGRADECIMENTOS**

Infinitamente, a Deus, por este momento de alegria, satisfação e maravilhosa Graça. O Senhor depositou em mim a firmeza e constância para trilhar, com perseverança, amor e gratidão à pós-graduação em enfermagem. Pela maravilhosa Graça, Ele me tornou, Doutora! A Glória é exclusiva de Deus.

Aos meus pais, Raimundo Rodrigues Lima e Maria Rosalina de Oliveira, admiravelmente meus exemplos de coragem, determinação, trabalho, luta e dedicação. A eles que são meus alicerces e, mesmo na simplicidade, sempre me apoiaram, confiaram, protegeram e deram forças, para que eu continuasse a lutar pelos meus sonhos e a superar as minhas limitações. Com todo amor, obediência e aprendizado, desejo retribuir todo o esforço e sacrifício.

Às minhas queridas irmãs, Robervânia Rodrigues e Rozerlângela Rodrigues, e ao meu irmão Francisco Oliveira pela amizade, pela força e pelo incentivo. Aos meus sobrinhos, Agner Amorim, Arlydha Amorim, Wallace Amorim, Crishna Rodrigues, Liz Oliveira, e aos meus queridos José Arthur, Bernardo e Alan Mateus, meus amores. As minhas cunhadas Vilma Henrique e Sarah Ellen, e aos meus cunhados, Carluciano Monteiro, Hugo Oliveira, Erlan Mateus e Elinando Medeiros, por sempre estarem por perto apoiando. Sou grata, também, à segunda família que Deus confiou a mim, meus sogros Eliene e Orlando Medeiros, que foram meu apoio nessa nova jornada. Também, aos amigos Ana Clara, Carlos Neto e Renan Rodrigues, por torcerem por mim.

Ao meu marido, Erlando Silva de Medeiros, por caminhar junto comigo, ser meu anjo da guarda na terra, meu incentivador e maior torcedor, para que eu alcançasse esta vitória. Sua sensibilidade mudou a minha vida, o seu amor fez de mim uma pessoa melhor. Pois, melhor é serem dois do que um, porque se um cair, o outro levanta o companheiro. E, se alguém prevalecer contra um, os dois lhe resistirão; e o cordão de três dobras não se quebra tão depressa (Eclesiastes 4. 9-12).

Ao amor da minha vida, meu pequeno Noah Kalel, eu te amo desde o primeiro segundo que soube de sua existência. O filho que orei tanto a Deus. Obrigada meu pequeno, você é minha força nos dias de fraqueza, minha luz nos dias de escuridão e a razão da minha gratidão ao Senhor.

À Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão, minha orientadora e exemplo de grande compromisso, humanidade, empatia, inteligência, força, determinação, docência, profissionalismo e trabalho. Sou muito grata pelo incentivo e impulso para meu crescimento profissional e pessoal, por segurar na minha mão e me direcionar com zelo e amor no caminho do ensino, da pesquisa e da vida profissional. Ser integrante do grupo de pesquisa “Cuidado em Saúde em HIV/Aids e Doenças Associadas”, o qual faz parte do Núcleo de Estudos em HIV/Aids e Doenças Associadas (NEAIDS), foi de inteira contribuição para meu crescimento científico e profissional.

Aos professores da banca examinadora, Profa. Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia, Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães, Dra. Gilmara Holanda da Cunha, Dra. Leilane Barbosa de Sousa, Dra. Samyla Citó Pedrosa e Dra. Emilene Moura Lopes, pelas contribuições para esta tese.

Aos membros do NEAIDS que ajudaram construindo e compartilhando conhecimento. Obrigada!

Aos colaboradores do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI), pelo espaço de estudo, pelo aprendizado e pela pesquisa.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), que desde 2017 foi meu segundo lar. Às experiências, aos aprendizados, às amizades, às conquistas e a todos os momentos vividos. Também, a todos os meus professores, que de forma singular conquistaram espaço na minha memória e no meu coração. Em especial, às professoras Gilmara Holanda, Marília Braga e Andressa Suely pela amizade, pelo aprendizado e incentivo.

Aos servidores técnico-administrativos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), da graduação e da pós-graduação, pelo zelo e compromisso.

Aos meus colegas da pós-graduação pelo companheirismo, pela ajuda, por dividirmos momentos juntos e sermos auxílio um dos outros.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) da qual fui bolsista no Doutorado e sempre honrou com seus compromissos.

## RESUMO

As mulheres vivendo com HIV enfrentam muitos desafios relacionados à sexualidade, reprodução, contracepção e maternidade. A utilização inconsistente de contraceptivos e práticas sexuais inseguras, aumentam as chances de transmissão do HIV, por via sexual e vertical, gestações não planejadas, complicações na gravidez e abortos inseguros. Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV. Pesquisa analítica transversal, realizada com 165 mulheres com HIV, mediante a entrevista face a face, com formulário para identificação de dados sociodemográficos, clínicos, sexuais, reprodutivos e poder de decisão no relacionamento; e um questionário sobre valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto com cinco domínios (prazer, afetividade, reprodução, maternidade, aborto). As variáveis de desfecho foram: desejo de gravidez; uso de contraceptivo; e controle do parceiro. Os dados foram analisados pelo *software* Stata 13. As características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas foram associadas aos desfechos, utilizando-se do teste  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ , da razão de prevalência, da precisão do efeito 95% e análise bivariada dos dados com  $p < 0,10$ . Do total, 84 (50,9%) das mulheres eram pardas, com idade média de 29,6 anos e 120 (72,7%) tinham  $\leq 9$  anos de estudo. A maioria delas, 88 (53,3%), não tinha filhos e 98 (60,1%) conviviam com parceiro sorodiscordante. Nos aspectos sexuais, 103 (62,4%) das mulheres não conseguiam escolher usar o preservativo nas relações sexuais e para 67 (40,6%), o parceiro controlava o uso do preservativo. Nos aspectos reprodutivos, 57 (34,5%) das mulheres teriam filhos apenas para agradar os companheiros e 109 (66,1%) conversavam sobre planejamento reprodutivo. Quanto ao uso de contraceptivos, 102 (61,8%) das mulheres não usavam contraceptivos. Em relação ao cuidado em saúde, 115 (69,7%) asseguraram que o profissional de saúde não informava sobre gravidez e transmissão vertical e foram enfáticas ao afirmar que não recebiam orientações sobre contraceptivos, 88 (53,4%). A maioria das mulheres com desejo reprodutivo, eram casadas, tinham outros filhos ( $p=0,042$ ), usavam antirretrovirais, os parceiros conseguiam o que queriam no relacionamento ( $p=0,019$ ) e tinham orientação profissional ( $p \leq 0,001$ ). Entre as mulheres que usavam contraceptivos, houve associação com tempo de estudo ( $p \leq 0,001$ ); na escolha e uso do preservativo ( $p=0,011$ ), entre as que discutiam sobre planejamento ( $p \leq 0,001$ ) e nas que relataram

que o parceiro tinha mais controle em decisões importantes que afetavam o relacionamento (63,6%), estando associado a esses achados a renda familiar >1 salário-mínimo ( $p=0,001$ ), o poder de recusar a ter relação sexual sem o preservativo ( $p=0,049$ ), o controle do parceiro sobre o uso ou não de preservativos ( $p=0,013$ ), se o parceiro consegue o que quer ( $p=0,040$ ), sentiu-se forçada a fazer sexo ( $p\leq 0,001$ ), com acompanhamento do profissional de saúde ( $p=0,028$ ) e as que já discutiram planejamento com o parceiro ( $p=0,009$ ). Concluiu-se que entre as mulheres com HIV, a minoria usava métodos contraceptivos e tinha desejo de gravidez após diagnóstico da infecção e que os parceiros tinham mais controle em decisões importantes que afetavam o relacionamento, incluindo as questões relacionadas à saúde sexual e ao desejo reprodutivo.

**Descritores:** HIV. Anticoncepção. Comportamento reprodutivo. Contraceptivos.



## ABSTRACT

Women living with HIV face many challenges related to their sexuality, reproduction, contraception and motherhood. The inconsistent use of contraceptives and unsafe sexual practices increase the chances of sexual and vertical HIV transmission, unplanned pregnancies, pregnancy complications and unsafe abortions. Thus, this study had the general objective of analyzing contraceptive practices and the reproductive desire of women living with HIV. Cross-sectional analytical research, carried out with 165 women with HIV through face-to-face interviews with a form to identify sociodemographic, clinical, sexual, reproductive data and decision-making power in the relationship; and a Questionnaire about values and beliefs about sexuality, motherhood and abortion with five domains (pleasure, affectivity, reproduction, motherhood, abortion). The outcome variables were: desire for pregnancy; contraceptive use and partner control. Data were analyzed using the Stata 13 software. Sociodemographic, clinical, sexual and reproductive characteristics were associated with the outcomes, using the  $\chi^2$  test,  $p < 0.05$ , prevalence ratio, 95% accuracy of the effect and bivariate analysis in the data with  $p < 0.10$ . Of the total, 84 (50.9%) of the women were brown, with a mean age of 29.6 years and 120 (72.7%) had  $\leq 9$  years of education. Most of them 88 (53.3%) do not have children and 98 (60.1%) live with a serodiscordant partner. In sexual aspects, 103 (62.4%) of the women could not choose to use a condom during sexual intercourse and 67 (40.6%) the partner controls condom use. Regarding reproductive aspects, 57 (34.5%) of the women would have children just to please their partners and 109 (66.1%) talked about reproductive planning. As for the use of contraceptives, 102 (61.8%) of the women did not use contraceptives. Regarding health care, 115 (69.7%) assured that the health professional does not inform about pregnancy and vertical transmission and were emphatic in stating that they did not receive guidance on contraceptives 88 (53.4%). Most women with reproductive desire were married, had other children ( $p = 0.042$ ), used antiretrovirals, partners got what they wanted in the relationship ( $p = 0.019$ ) and had professional guidance ( $p \leq 0.001$ ). Among women who used contraceptives, there was an association with time studying ( $p \leq 0.001$ ); in choosing and using condoms ( $p = 0.011$ ), among those who discussed planning ( $p \leq 0.001$ ) and among those who reported that the partner has more control over important decisions that affect the

relationship (63.6%), being associated with these findings the family income >1 minimum wage ( $p=0.001$ ), the power to refuse to have sexual intercourse without a condom ( $p=0.049$ ), the partner's control over the use or not of condoms ( $p=0.013$ ), if the partner gets what he wants ( $p=0.040$ ), if he felt forced to have sex ( $p \leq 0.001$ ), with monitoring by a health professional ( $p=0.028$ ) and those who had already discussed planning with the partner ( $p=0.009$ ). It is concluded that among women with HIV, the minority uses contraceptive methods and has a desire for pregnancy after diagnosis of the infection and that the partners have more control in important decisions that affect the relationship, including issues related to sexual health and reproductive desire.

**Descriptors:** HIV. Reproductive behavior. Contraceptives. Pregnancy.

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DDAHV	Departamento de vigilância, prevenção e controle de IST, do HIV/Aids e das Hepatites virais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSB	Homens que Fazem Sexo com Homens
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IC	Intervalo de Confiança
I=I	Indetectável igual a intransmissível
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M <sub>a</sub>	Média
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MCM	Métodos Contraceptivos Modernos
MCN	Métodos Contraceptivos Naturais
M <sub>d</sub>	Mediana
MS	Ministério da Saúde
MVHIV	Mulheres Vivendo com HIV
NAEPE	Núcleo de Assistência em Ensino e Pesquisa em Enfermagem
NEAIDS	Núcleo de Estudos em HIV/Aids e Doenças Associadas
NUHEP	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds-Ratio</i>
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PICo	Paciente, Intervenção, Comparação e “ <i>Outcomes</i> ”
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição

PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PubMed	<i>National Library of Medicine</i>
QCRI	<i>Qatar Computing Research Institute</i>
QVCSMA	Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto
TARV	Terapia Antirretroviral
TasP	Tratamento como Prevenção
ScieLO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SDJ	<i>Science Direct Journals</i>
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Descritores controlados e não controlados empregados na estratégia de busca para população, intervenção e resultados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.....	28
<b>Quadro 2.</b>	Descritores controlados e não controlados empregados na estratégia de busca, segundo bases de dados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.....	28
<b>Quadro 3.</b>	Caracterização dos estudos, segundo artigo, autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, variáveis desfecho, resultados e nível de evidência, na categoria: opções contraceptivas e decisão reprodutiva de MVHIV (N=29). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.....	33

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023..... 30
- Figura 2.** Fluxograma do recrutamento e seguimento do estudo nas MVHIV (n=165). Fortaleza, Ceará, 2023..... 53

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização sociodemográfica das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	55
<b>Tabela 2</b>	Caracterização clínica das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	57
<b>Tabela 3</b>	Caracterização sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	58
<b>Tabela 4</b>	Associação de variáveis sociodemográficas com desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	60
<b>Tabela 5</b>	Associação de variáveis clínicas com desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV Fortaleza, Ceará, 2023.....	62
<b>Tabela 6</b>	Associação de variáveis sexuais e reprodutivas com desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	63
<b>Tabela 7</b>	Análise de regressão de fatores associados ao desejo de gravidez após o diagnóstico de HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	64
<b>Tabela 8</b>	Associação de variáveis sociodemográficas com uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.....	66
<b>Tabela 9</b>	Associação de variáveis sociodemográficas com uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.....	67
<b>Tabela 10</b>	Associação de variáveis sexuais e reprodutivas com uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.....	68
<b>Tabela 11</b>	Análise de regressão de fatores associados ao uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.....	69
<b>Tabela 12</b>	Associação de variáveis sociodemográficas com maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento. Fortaleza, Ceará, 2023.....	71
<b>Tabela 13</b>	Associação de variáveis clínicas com uso atual de algum método contraceptivo Fortaleza, Ceará, 2023.....	73
<b>Tabela 14</b>	Associação de variáveis sexuais e reprodutivas com maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento. Fortaleza, Ceará, 2023.....	73
<b>Tabela 15</b>	Análise de regressão de fatores associados ao maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento.....	75
<b>Tabela 16</b>	Resultados do Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, aborto e maternidade das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.....	77

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Epidemiologia do <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV).....	16
1.2	Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV.....	17
1.3	Comportamento contraceptivo e decisão reprodutiva de mulheres no contexto com HIV.....	19
1.4	Justificativa e relevância.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	Uso de contraceptivos e decisão reprodutiva de mulheres vivendo com HIV.....	27
2.2	Métodos contraceptivos modernos.....	38
2.3	Métodos contraceptivos naturais.....	40
2.4	Decisão reprodutiva.....	43
3	OBJETIVOS.....	46
3.1	Geral.....	46
3.2	Específicos.....	46
4	METÓDO.....	47
4.1	Tipo de estudo.....	47
4.2	Local do estudo.....	47
4.3	População do estudo e amostra.....	48
4.3.1	<i>Critérios de elegibilidade</i> .....	48
4.3.2	<i>Critérios de exclusão</i> .....	49
4.5	Coleta de dados.....	49
4.6	Instrumento para coleta de dados e variáveis da pesquisa.....	50
4.7	Delineamento do estudo.....	52
4.8	Processamento e análise estatística dos dados.....	53
4.9	Aspectos éticos e legais.....	54
5	RESULTADOS.....	55
5.1	Caracterização sociodemográfica das mulheres vivendo com HIV.....	55
5.2	Caracterização clínica das mulheres vivendo com HIV.....	56
5.3	Caracterização sexual, reprodutiva e desfechos das mulheres vivendo com HIV.....	57
5.4	Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto.....	59
5.5	Associação das características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas com o desejo de gravidez.....	61
5.6	Associação das características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas com o uso de contraceptivos.....	66
5.7	Associação das características relacionadas ao controle do parceiro no relacionamento.....	72
6	DISCUSSÃO.....	79
6.1	Características sociodemográficas e clínicas.....	79
6.2	Valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto.....	83
6.3	Características sexuais e reprodutivas.....	85
6.4	Características relacionadas ao poder no relacionamento e desejo reprodutivo.....	86



6.5	Orientação profissional sobre sexualidade e planejamento reprodutivo.....	87
6.6	Uso de métodos contraceptivos.....	89
6.7	Desejo de gravidez.....	91
6.8	Controle do parceiro no relacionamento.....	92
7	CONCLUSÃO.....	95
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	121
	APÊNDICE B – TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO.....	123
	APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS.....	124
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA, SEXUAL E DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA MULHERES COM HIV/AIDS.....	125
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE VALORES E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE, MATERNIDADE E ABORTO.....	127
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS.....	128
	ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC.....	132

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Epidemiologia do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

Globalmente, existem cerca de 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV. Destas, cerca de 54% são mulheres (UNAIDS, 2022). Desde o surgimento dos primeiros casos, o HIV vem trazendo consequências devastadoras (GWOKYALYA, 2019) e, embora ainda ocorram mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia é maior entre mulheres (GWOKYALYA, 2019; KASYMOVA, 2020). Isso pode estar relacionado a uma série de fatores ligados às relações sociais de gênero e às inúmeras construções sociais sem o alicerce de políticas efetivas para essa população (GAZZI, PERES, FERRAZ et al., 2022).

Dados revelam que, aproximadamente, dois milhões de mulheres com HIV engravidam todos os anos (UNICEF, 2019). No Brasil, em 2021, a ocorrência de novas infecções pelo HIV em mulheres entre 15 e 34 anos representou 45,6% dos casos. Mulheres nessa faixa etária encontram-se em idade reprodutiva, sendo importante o fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo, a ampliação da oferta de teste anti-HIV para detecção precoce da infecção e início imediato do tratamento (BRASIL, 2022).

Mulheres em idade reprodutiva estão simultaneamente em risco de infecção para HIV e gravidez, sendo esta, em muitas situações, não planejada (UNAIDS, 2021). Desta maneira, o planejamento reprodutivo entre as Mulheres Vivendo com HIV (MVHIV) é crítico para prevenção da transmissão vertical da mãe para a criança e o parceiro, como também para evitar reinfecções e aumento da carga viral, e auxiliar na tomada de decisão reprodutiva (KASYMOVA, 2020).

No Brasil, foram identificados, nos últimos anos, 149.591 mil casos de HIV em gestantes, sendo a Região Nordeste a segunda maior concentração de HIV neste período (18,9%) (BRASIL, 2022). Dados do boletim epidemiológico mostram que no período de dez anos, houve aumento de 30,8% na taxa de detecção de HIV nas grávidas, o que pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e pela consequente prevenção da transmissão vertical do HIV. Além disso, em 2021, foram identificadas 8.323 gestantes com infecção pelo HIV, sendo 24,7% no Nordeste (BRASIL, 2022).

As adolescentes e mulheres jovens são particularmente afetadas. Estimativas globais afirmam que todas as semanas, cerca de 6.000 adolescentes e mulheres jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV e que essas têm duas vezes mais chances de viver com o HIV do que os homens (UNAIDS, 2021). No Brasil, a faixa etária de 20 a 29 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes com HIV, com menos de nove anos de estudo e autodeclaradas pardas (BRASIL, 2022).

Quanto ao período de diagnóstico, em 2021, mais da metade das gestantes com HIV (57,4%) realizaram o diagnóstico da infecção antes do pré-natal. Além disso, a cobertura de pré-natal foi elevada entre as gestantes/parturientes/puérperas com HIV (89,7%). No entanto, apenas 64,4% dos casos foram relatados o uso de Terapia Antirretroviral (TARV) durante o pré-natal. Ademais, a profilaxia com antirretroviral no recém-nascido deve ser iniciada o mais precocemente possível. Ademais, em 42,7% dos casos, essa informação também era desconhecida. Desta forma, cabe mencionar que a informação sobre o uso da TARV até o pós-parto constava como informação ignorada, sendo que a alimentação dessas informações é muito importante para direcionar as políticas públicas, o monitoramento dos indicadores e o cumprimento de metas (BRASIL, 2022).

Foram identificados, nos últimos anos, 54.804 mil casos de crianças expostas ao HIV no Brasil, sendo que 24% foram na Região Nordeste (BRASIL, 2022). Embora a transmissão sexual ainda seja a principal via de aquisição do HIV, nos últimos anos, houve aumento de quase 100% na transmissão vertical do HIV (GAZZI, PERES, FERRAZ et al., 2022). Ademais, em muitos países, as MVHIV não têm acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e enfrentam diversas formas de estigma, discriminação e violência, tanto pelo parceiro, como outras pessoas da sociedade (UNAIDS, 2019a).

## **1.2 Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV**

As MVHIV são muito mais vulneráveis à violência, incluindo a violação dos direitos sexuais e reprodutivos (KASYMOVA, 2020). Mais de um terço das mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas e, em algumas regiões, as mulheres que sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo têm mais probabilidade de contrair o HIV do que as mulheres que não tiveram essa violência (UNAIDS, 2019a).

Obstáculos importantes e persistentes na atualidade sobre o enfrentamento da epidemia do HIV são o estigma e a discriminação (GWOKYALYA, 2019). O estigma pode ser entendido como algo desonroso, defeito, fraqueza ou desaprovação. Este pode estar relacionado às relações de poder e dominação que permeiam as questões relacionadas ao gênero nas sociedades (UNAIDS, 2019b). Relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas, o Zero discriminação, revela que existem 112 países em que o estupro conjugal não é criminalizado, que em 29 países, mulheres precisam de permissão do parceiro ou esposo para ter acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, e que 150 países têm pelo menos uma lei que trata mulheres e homens de maneira diferente (UNAIDS, 2019b).

Por outro lado, para acabar com as diferenças de gênero e a discriminação, a lei deve ser capaz de proteger os mais vulneráveis e promover respeito e dignidade para as pessoas a quem ela se dirige. Em países com forte desigualdade de gênero, é comum que as mulheres sejam mais discriminadas e estigmatizadas quando contraem o HIV. As estatísticas mostram que mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual e que, em algumas regiões, inclusive do parceiro íntimo, tendo 1,5 vez mais probabilidade de contrair o HIV (UNAIDS, 2019b).

O estigma e a discriminação ocorrem tanto por parte dos prestadores de serviços, com fragilidades nas orientações sobre saúde sexual de MVHIV e oferta de contraceptivos, quebra de confidencialidade e divulgação do status sorológico a terceiros sem o consentimento da mulher. Até as famílias que culpam as mulheres por trazerem o HIV aos parceiros que se opõem ao uso de preservativos.

Em países de muçumanos, os direitos foram afetados predominantemente pelo contexto sociocultural, religioso e assistencial da vida das mulheres, o que as direcionou para práticas sexuais inseguras, pois o desejo de ter filhos está entre umas das maiores causas da ausência no uso consistente de preservativos e experiências perinatais traumatizantes. Para algumas MVHIV, a gravidez e a maternidade são consideradas a principal razão para continuar a vida e a prova de que eram “mulheres completas”, sendo a maternidade elemento essencial para estabilizar o relacionamento com o cônjuge e evitar o divórcio. No Líbano, as MVHIV relataram que a maternidade e ter filhos gerou esperança para o futuro. No entanto, algumas mulheres sem desejo de ter filhos relataram que foram influenciadas pela pressão de

profissionais de saúde para não engravidar e/ou interromper a gravidez (JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020).

Em 13 países da América latina e Caribe, revisão sistemática de estudos, com amostra de 5.672 MVHIV, encontrou relatos da necessidades de planejamento familiar não atendidas; maior, mas inconsistente uso de preservativo como único método contraceptivo OR=1,46 [1,26 a 1,69]; menor uso de outros métodos contraceptivos não permanentes OR=0,26 [0,22 a 0,31]; mais gestações não planejadas OR=1,30 [1,02 a 1,66]; mais abortos induzidos OR=1,96 [1,60 a 2,39]; maior risco de esterilização pós-parto imediato; e maior exposição à violência sexual e institucional de MVHIV, quando comparada com mulheres sem HIV (GÓMEZ-SUÁREZ, MELLO, GONZALEZ et al., 2019).

### **1.3 Comportamento contraceptivo e decisão reprodutiva de mulheres no contexto com HIV**

A Guia Consolidada sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos das Mulheres com HIV disponibilizou as seguintes áreas para as recomendações de boas práticas: apoio psicossocial, envelhecimento e sexualidade saudável, empoderamento econômico e acesso a recursos (incluindo segurança alimentar), integração dos serviços de saúde sexual, reprodutiva e HIV, empoderamento e autoeficácia para tomada de decisões mais seguras sobre sexo e reprodução, facilitação da revelação diagnóstica para MVHIV que tenham medo ou estejam expostas à violência, tipos de parto para melhores resultados maternos e perinatais (especialmente cesarianas) e aborto médico e cirúrgico seguro (WHO, 2019).

O aconselhamento sobre o uso de métodos contraceptivos para mulheres com HIV (MVHIV) é recomendado para garantir os direitos da mulher quanto ao planejamento reprodutivo e reduzir a gravidez não planejada (NARASIMHAN et al., 2019). Devido ao estigma que as MVHIV sofrem, muitas são desencorajadas frente à maternidade e, quando estas optam pela gestação, acabam, muitas vezes, sendo censuradas por familiares, pelo companheiro e por profissionais da saúde que acompanham o processo (JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020).

O auxílio e direcionamento em decisões reprodutivas por MVHIV é importante para incentivar a procura pelos serviços de saúde e pelo melhor acompanhamento para as mulheres que desejam ser mães (YU, YANG, ZHANG et al., 2021). A literatura

revela que os desejos de gravidez entre as MVHIV são muito altos. Há, portanto, a necessidade de considerações sobre concepção segura, planejando as gestações para coincidir com a supressão viral, pois a prontidão socioemocional é integrada à prestação de serviços de saúde sexual reprodutiva para MVHIV (YU, YANG, ZHANG et al., 2021).

A descrição precisa do fator que influencia os desejos e as intenções de fertilidade entre indivíduos soropositivos para o HIV é essencial para ajudá-los a ter filhos sem sacrificar (aumentando o risco) a saúde e o bem-estar dos recém-nascidos, parceiros e de si. Filhos de pais infectados pelo HIV provavelmente precisarão de serviços sociais, incluindo suplementação de renda, abrigo, cuidados infantis e aqueles que perderam um ou ambos os pais, apoio no luto, orfanato ou adoção (JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020).

Várias ações para enfrentamento do HIV foram implantadas e adotadas por muitos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2019). Dessas ações, a mais efetiva foi a garantia do acesso universal à TARV a todos os pacientes com HIV, como também de protocolos para diminuição do risco da transmissão vertical. Apesar do cenário favorável para evitar a transmissão do HIV, alguns trabalhos revelaram que havia, por parte de alguns profissionais de saúde, indicações de atitudes que violam os direitos reprodutivos, como a facilitação do acesso à esterilização em MVHIV, a negativa frente ao desejo manifesto das mulheres sobre a possibilidade de gestação, ou ainda, o estigma familiar, especialmente manifestado pelo companheiro (ATUKUNDA et al., 2021).

No Ceará, as taxas de detecção de HIV em gestantes são crescentes desde 2015, provavelmente devido à ampliação da oferta do teste rápido nas unidades básicas de saúde durante o pré-natal. Nos últimos 10 anos, foram notificados 96 casos de aids em crianças <5 anos, apresentando oscilação nas taxas de detecção. Destaca-se o ano de 2018 com o maior número de casos (12) e a maior taxa de detecção em crianças <5 anos de idade (1,7 casos /100.00 hab.) (CEARÁ, 2019).

No período de 2018 a 2022, foram identificados, no Ceará, 1.833 (22,6%) casos de HIV em mulheres, sendo 1.297 gestantes. A transmissão sexual segue como a maior categoria de exposição a infecção, no entanto, existem relatos de transmissão por sexo com homens/mulheres/homens e mulheres, além de cinquenta registros de transmissão vertical e sete por transfusão sanguínea (CEARÁ, 2023).

Diante do diagnóstico de HIV, a mulher pode se ver diante de constrangimentos, como enfrentar desaprovação em caso de desejo reprodutivo, além da “impossibilidade” de amamentar como um tipo de evidência para o risco de transmissão do HIV (WHO, 2019). Por outro lado, algumas vezes, o desejo de ter filhos pode surgir do parceiro, e a mulher tende a acatar o desejo do parceiro, como resposta às diferenças de gênero.

#### **1.4 Justificativa e relevância**

O perfil da epidemia pelo HIV sofreu mudanças, no que se refere aos tipos de exposição, à situação socioeconômica, ao gênero, à raça e ao sexo da população atingida (ATUKUNDA et al., 2022). Essas mudanças tornaram as mulheres mais suscetíveis à doença e a morte em decorrência da aids, tanto pelas condições de pobreza, quanto pelas questões de gênero, que acarretam menor valorização no mercado de trabalho, submissão sexual e reprodutiva ainda presente nas sociedades, maior índice de emprego precário, pouca representação política e vigência de leis discriminatórias que regulam o acesso e direito reprodutivo das mulheres independente dos parceiros (ATUKUNDA et al., 2021).

Segundo estimativas da OMS, anualmente, ocorrem 12,8 milhões de nascimentos entre meninas adolescentes de 15 a 19 anos, sendo a gravidez precoce e/ou não planejada/indesejada um dos motivos que podem aumentar os riscos para os recém-nascidos, bem como para as jovens mães (OMS, 2020). Além disso, existem alguns gargalos que impedem algumas MVHIV de planejar a maternidade, como a atitude negativa de alguns profissionais de saúde, o medo de infectar o parceiro e o bebê, além do medo de morrer por complicações relacionadas (DOAT, AMOAH, KONLAN et al., 2022).

Outro ponto importante sobre o conhecimento do status do HIV é que este pode influenciar o desejo reprodutivo tanto de mulheres como de homens. Além disso, existem também as preocupações com a saúde, inclusive aquelas relacionadas à expectativa de vida e às consequências para a mãe e o filho (KIMEMIA et al., 2019). Por outro lado, a conscientização sobre o status do HIV pode também acelerar a gravidez por medo de não atingir o desejo reprodutivo antes do início da aids (KIMEMIA et al., 2019).

Atualmente, pesquisas sobre o conhecimento do status de HIV e de casais com desejo reprodutivo têm sido limitadas (OMS, 2019). Estudo, em nível individual, revela que indivíduos HIV positivos querem limitar a gravidez em consideração de fatores, como risco de infecção para parceiros e filhos; consciência de que a aids causará problemas de saúde e maiores dificuldades no autocuidado e no cuidar dos filhos; desaprovação comunitária percebida associada ao HIV e à reprodução (JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020). No entanto, esses fatores variaram de acordo com o sexo, sendo as mulheres as que mais expressam preocupação com as consequências para a saúde de levar a gravidez a termo e ter filhos (WHO, 2019).

Há evidências mistas e inconsistentes de qual parceiro tem mais peso nas decisões reprodutivas. As MVHIV iniciam a vida sexual mais cedo, e a diferença etária com os parceiros na iniciação sexual feminina é frequente. Este fato tem sido apontado como um dos fatores relacionados à associação entre infecção por HIV e outras IST. Além de aumentar a exposição das mulheres, dificulta a negociação sexual e o uso de formas de prevenção e contracepção em função de desigualdades de gênero (WAITT et al., 2019).

Por outro lado, saber acerca da soropositividade antes ou após ter engravidado, em alguns países árabes, não alterou a motivação de querer gerar uma criança. O HIV não afetou a vida de modo geral, o que é exemplificado pela formação de novas parcerias conjugais após o diagnóstico e pelo desejo de constituir família. Poucos estudos analisaram a relação entre fertilidade, intenções e conscientização sobre o HIV em casais, e as diferenças nas intenções de fertilidade influenciam o uso de contracepção (JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020).

Evidências sobre a associação do status de HIV com intenções de fertilidade e contracepção são inconclusivas. Embora vários estudos tenham argumentado que mulheres soropositivas têm menores intenções de fertilidade e maior uso de contraceptivos do que as contrapartes negativas (WAITT et al., 2019), consideráveis avanços gerais no fornecimento de serviços de planejamento reprodutivo para MVHIV e o uso de contraceptivos permanecem limitados (KIMEMIA et al., 2019).

Além disso, algumas motivações estão relacionadas à gravidez entre MVHIV, estas incluem o desejo de ser mãe, o conhecimento sobre concepção, o dever cultural das mulheres que são casadas de ter filhos e a renda familiar. Dentre os fatores que costumam ser desmotivadores, incluíram-se os métodos contraceptivos modernos e o “fardo” associado à gravidez (DOAT, AMOAH, KONLAN et al., 2022).



O uso de contraceptivos no pós-parto é particularmente baixo e, muitas vezes, é dificultado pelo que se diz ser prática tradicional de abstinência pós-parto prolongada; conseqüentemente, os prestadores de cuidados de saúde raramente incentivam os casais a iniciar a contracepção precocemente, devido aos baixos riscos de concepção. Além disso, os benefícios do aconselhamento contraceptivo pré-natal e pós-natal precoce para captação de contraceptivos pós-parto ainda são debatidos (SHIKHANSARI, KHALESI, RAD, 2021).

No entanto, a contracepção pós-parto tem potencial considerável na prevenção de gestações repetidas precocemente ou não planejadas, especialmente no contexto de rápida erosão das práticas tradicionais pós-parto (SHIKHANSARI, KHALESI, RAD, 2021). Além disso, os períodos pré-natal e perinatal, quando muitas mulheres costumam ter contato frequente com profissionais de saúde, oferecem oportunidades ideais para aconselhamento eficaz em planejamento familiar (DEMISSIE, MMUSI-PHETOE, 2021).

Mulheres com alto risco de infecção pelo HIV são elegíveis para usar todos os métodos contraceptivos, incluindo os exclusivos de progestagênio, os contraceptivos hormonais combinados sem restrição, como contraceptivos orais combinados, contraceptivos injetáveis combinados, adesivos contraceptivos combinados e anéis vaginais combinados. As MVHIV que usam os inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa contendo efavirenz, ou nevirapina, ou inibidores de protease contendo ritonavir, podem usar sem restrição o contraceptivo injetável de progestagênio. Geralmente, podem utilizar contraceptivos orais combinados, contraceptivos injetáveis combinados, adesivos e anéis contraceptivos combinados, pílulas somente com progestagênios e implantes (KENNEDY et al, 2019; SHAPIRO; 2019; WHO, 2020).

Ademais, as mulheres com HIV podem usar dispositivos intrauterinos contendo cobre e liberadores de levonorgestrel, no entanto, ao considerar o uso de dispositivos intrauterinos, muitas mulheres com alto risco de infecção pelo HIV também correm risco de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); para essas mulheres, os profissionais de saúde devem seguir as Recomendações sobre Práticas Seleccionadas para uso de Contraceptivos, em que as MVHIV para utilizarem estes tipos de métodos devem estar assintomáticas ou com manifestação clínica da doença inicial (estágio 1 ou 2 do HIV) (WHO, 2020).

Dados clínicos e de interações farmacocinéticas causaram preocupações sobre as taxas de falha no uso concomitante dos implantes e efavirenz. No entanto, essa combinação ainda é recomendada pela OMS para MVHIV. Ademais, o risco de uma mulher adquirir o HIV e/ou outras IST não restringe a escolha contraceptiva ou os direitos relacionados à maternidade, por isso, os esforços para expandir o uso de métodos contraceptivos eficazes entre MVHIV e garantir o acesso total e equitativo aos serviços de planejamento reprodutivo devem continuar (MWOREKO, 2019; SIBANDA, 2019; WHO, 2020).

As MVHIV enfrentam desafios únicos e violações dos direitos relacionados à sexualidade e reprodução, não somente dentro das próprias famílias e comunidades, como também nas instituições de saúde onde buscam atenção de saúde, sendo importante o desenvolvimento de estudos que possam auxiliar as MVHIV, como também direcionar profissionais da saúde na criação de um ambiente favorável para apoiar, de forma mais efetiva, as intervenções e os resultados de saúde (WHO, 2019). Ademais, existe ainda a necessidade de organizar treinamento em serviço sobre mudança de atitude e atendimento ao paciente para profissionais de saúde com dificuldades interrelacionais e atendimento de pessoas diagnosticadas como soropositivas para o HIV (DOAT, AMOAH, KONLAN et al., 2022).

Dessa maneira, procurando criar estratégias preventivas para redução da infecção de mulheres e da transmissão materno infantil do HIV e que, ao mesmo tempo, favorecessem a orientação sobre as formas de acolhimento e aconselhamento de MVHIV para métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo, é mister o desenvolvimento de pesquisas que enfoquem aspectos epidemiológicos, comportamentais e simbólicos com relação à identidade, às relações afetivas e sexuais, situações de risco, incluindo o contato com parceiros, o desejo de maternidade e/ou as práticas contraceptivas adotadas (DEMISSIE, MMUSI-PHETOE, 2021).

Pesquisas que buscam promover aconselhamento, prevenção de infecções, adesão ao uso de preservativos e tratamento com a TARV, contudo, não costumam avaliar os impactos de adoção quase que exclusiva do preservativo e do consequente abandono de métodos de alta eficácia contraceptiva, após a descoberta da infecção do HIV entre as mulheres (KENGNE-NDE et al., 2021; SHIKHANSARI, KHALES, RAD, 2021).

Dessa forma, diante do contexto abordado para a saúde sexual e reprodutiva de MVHIV e de todas as fragilidades, estigma, relações de poder e diferenças de gênero que persistem no decorrer do tempo, faz-se necessário investigar as atuais opções contraceptivas adotadas após o conhecimento pela mulher da soropositividade para HIV, como também sobre o posicionamento em relação à saúde sexual e reprodutiva, especialmente frente à sorodiscordância do parceiro ou não.

Diante do exposto e devido às atividades de enfermagem desenvolvidas no Projeto de Pesquisa “Cuidado em Saúde em HIV/Aids e Condições Associadas” da Universidade Federal do Ceará (UFC), como pela experiência de atuação na coordenação das ações de enfrentamento ao HIV e hepatites virais e enfermeira na atenção básica, o qual o enfermeiro realiza ações de assistência pré-natal, planejamento reprodutivo, atendimento em saúde sexual e saúde da mulher, questionou-se: quais as práticas contraceptivas e os motivos influenciam o desejo reprodutivo de mulheres com HIV? Para atender ao referido questionamento, propôs-se esta pesquisa. Os resultados a serem obtidos poderão nortear as práticas de promoção da saúde que os enfermeiros e outros profissionais de saúde realizam diariamente para mulheres com HIV que tenham ou não desejo reprodutivo, além disso, esta pesquisa pode apontar os principais problemas emergentes das questões de desigualdade de gênero em MVHIV e no poder de decisão sexual e reprodutiva dessas mulheres.

Assim, apresentam-se as hipóteses da pesquisa:

O uso de métodos contraceptivos por mulheres vivendo com HIV é influenciado por características sociodemográficas, clínicas, sexuais, reprodutivas e o poder de decisão no relacionamento; e

O desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV é influenciado por características sociodemográficas, clínicas, sexuais, reprodutivas e poder de decisão no relacionamento.

Defende a seguinte tese: características sociodemográficas, clínicas, sexuais, reprodutivas e poder de decisão no relacionamento influenciam as mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos e as decisões sobre planejamento e desejo reprodutivo.

No que tange à assistência de enfermagem, esta atua no planejamento reprodutivo, no cenário da Atenção Primária e em unidades ambulatoriais especializadas e busca implementar o que regulamenta a Lei do Planejamento

Familiar (Lei nº. 9.263/96) que determina como competência dos profissionais de saúde assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções e finalidades dos métodos disponíveis (BRASIL, 1996).

A atuação do enfermeiro neste âmbito deve estar pautada também no que recomenda o princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais, obedecendo ao artigo 226, parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil. O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar à população em geral (BRASIL, 1988).

Como integrante da equipe assistencial tanto a nível de saúde da família, como em ambulatórios especializados no acompanhamento de MVHIV, o enfermeiro deve ter conhecimento técnico para melhor assistir mulheres e homens com HIV, garantindo que os direitos reprodutivos sejam respeitados, pois “toda pessoa com HIV tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania”.

Os direitos reprodutivos visam a garantia do exercício livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana, entendidos como potencializadores da vida e das relações interpessoais. Constituídos como direitos humanos, pressupõem que as pessoas tenham vida sexual satisfatória e segura, com autonomia para reproduzir e decidir-se, quando e com que frequência o fazem. Isto implica o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos contraceptivos de escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis.

Em relação à pesquisa, a metodologia proposta poderá oferecer subsídios aos pesquisadores que tenham interesse em realizar estudos direcionados aos direitos reprodutivos, às opções contraceptivas e ao desejo por ter ou não filhos entre as PVHIV, fator relevante diante das evidências nacionais de enfocarem as opções contraceptivas, a maternidade e o desejo reprodutivo de MVHIV isoladamente (SILVA et al., 2019; MOURA et al., 2020).

No âmbito das políticas públicas, os resultados da pesquisa poderão contribuir para gestão e direcionamento de ações nacionais e regionais para promoção da saúde sexual e reprodutiva de PVHIV.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A síntese, de maneira imparcial das evidências disponíveis na literatura científica, é muito importante para fundamentar e justificar o problema de pesquisa desta tese, portanto, optou-se pela realização de revisão integrativa que seguiu as seguintes etapas: escolha e definição do tema (elaboração da questão); busca na literatura (amostragem); critérios para categorização dos estudos (coleta de dados); avaliação dos estudos incluídos nos resultados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOARES; HOGA; PEDUZZ, 2014).

Para nortear a busca, elaborou-se a questão de pesquisa utilizando a estratégia PICO (População, Interesse e Contexto): sendo P - mulheres com HIV, I - uso de contraceptivos, C - planejamento reprodutivo, “o” - tomada de decisão. Essa estratégia permitiu formular a seguinte questão norteadora: quais as opções contraceptivas usadas por MVHIV e o poder na tomada de decisões para o planejamento reprodutivo? (APÓSTOLO, 2017).

### 2.1 Uso de contraceptivos e decisão reprodutiva de mulheres vivendo com HIV

A busca foi realizada em maio de 2022, por meio do Portal de Periódicos da CAPES, pelo acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), com a seleção da instituição de ensino superior Universidade Federal do Ceará (UFC). Realizaram-se buscas nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via *National Library of Medicine* (PubMed), *Scopus*, *Embase*, *PsycINFO*, *Science Direct Journals (SDJ)* e *Web of Science*. Os vocabulários controlados foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH), além dos vocabulários não controlados para obter estratégia de busca direcionada (Quadro 1).

Descritores controlados		Descritores não controlados	
<b>P</b> MVHIV	"Direitos reprodutivos e/ou sexuais" OR "Tomada de decisões" OR "Fertilidade"	OR	"Contraception" OR "HIV" OR "aids" OR "Right to Reproduction"
		AND	
<b>I</b> Contraceptivos	"Contraception behavior" OR "métodos contraceptivos" OR "Anticoncepção" OR "Reproductive Control Agents" OR "Fármacos para infertilidade"	OR	"Contraceptivos" OR "Anticoncepcionais"
		AND	
<b>Co</b> Planejamento reprodutivo Tomada de decisão	"Power" OR "Empoderamento" OR "Poder familiar" OR "Empowerment for health" "Family planning"	OR	"Planejamento reprodutivo"

**Quadro 1** - Descritores controlados e não controlados empregados na estratégia de busca para população, intervenção e resultados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Os descritores foram combinados entre si com o conector booleano *OR*, dentro de cada conjunto de termos da estratégia PICO, e, em seguida, cruzados com o conector booleano *AND*, conforme Quadro 2.

Base de dados	Cruzamentos	Resultados
MEDLINE	<i>Contraception AND HIV OR aids AND Right to Reproduction OR Empowerment for health AND Reproductive rights OR Parenting OR Family planning</i>	296
Web of Science	<i>Contraception AND HIV OR aids AND Right to Reproduction OR Empowerment for health AND Reproductive rights OR Parenting OR Family planning</i>	46
Embase	<i>Contraception AND HIV OR aids OR Decision making OR Fertility AND Contraception behavior OR Power OR Family planning</i>	21
SCOPUS	<i>Contraception AND HIV OR aids OR Decision making OR Fertility AND Contraception behavior OR Power OR Family planning</i>	1.063
PsycINFO	<i>Contraception AND HIV OR aids AND Right to Reproduction OR Empowerment for health AND Reproductive rights OR Parenting OR Family planning</i>	722
Science Direct Journals	<i>Contraception AND HIV OR aids OR Decision making OR Fertility AND Contraception behavior OR Power OR Family planning</i>	58

**Quadro 2** - Descritores controlados e não controlados empregados na estratégia de busca segundo bases de dados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Para melhorar a qualidade da coleta dos dados, utilizou-se do aplicativo *Rayyan*, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI), para auxiliar o processo de organização e seleção dos estudos, bem como a remoção de duplicatas. Além disso, a busca foi realizada por dois pesquisadores, de maneira independente e simultânea, seguindo protocolo de busca direcionado para a questão norteadora e os critérios de elegibilidade. Os critérios de inclusão estabelecidos para seleção dos estudos foram artigos originais que respondessem à questão norteadora, contemplando os tipos de contraceptivos usados, o desejo pela maternidade e poder de escolha ou decisão quanto a ter filhos ou não na vigência do HIV, publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português.

Para a coleta, categorização e interpretação dos dados, utilizou-se de instrumento adaptado com os seguintes itens: título da publicação, autor(es), ano de publicação, país, objetivo, tipo de estudo e amostra, métodos contraceptivos e decisão reprodutiva e nível de evidência.

O nível de evidência dos artigos incluídos foi classificado pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) (AROMATARES, MUNN, 2020) da seguinte forma:

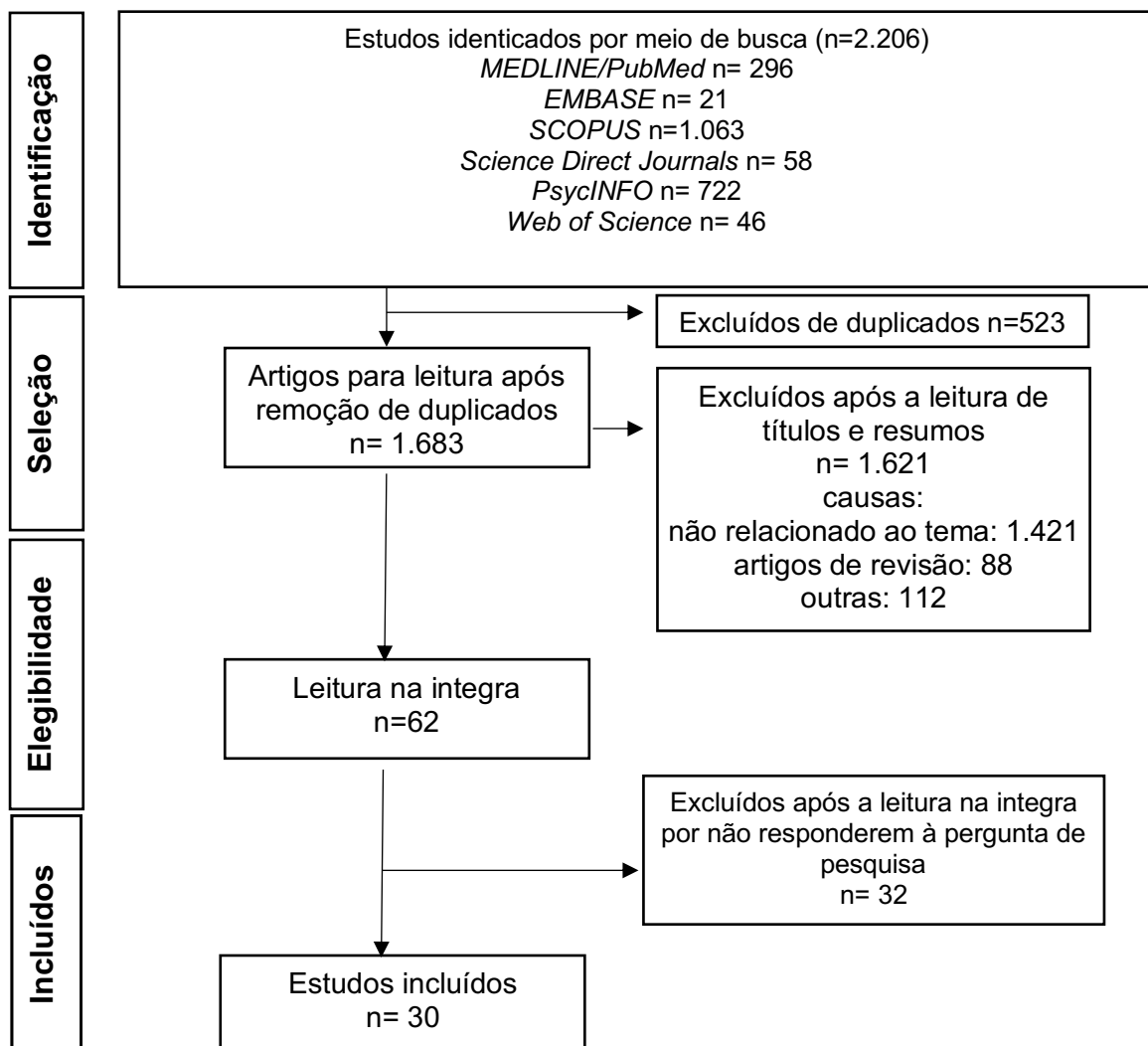
Nível I - desenhos de pesquisas experimentais: 1.a) revisão sistemática de ensaios randomizados controlados; 1.b) revisão sistemática de ensaios randomizados, controlados e outros desenhos de estudo; 1.c) ensaio controlado randomizado; 1.d) pseudoensaios controlados, randomizados; Nível II - desenhos quase-experimentos: 2.a) revisão sistemática de estudos quase-experimentais; 2.b) revisão sistemática de quase-experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c) estudos prospectivamente controlados de quase-experimentos; 2.d) pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos.

Nível III - observacional - desenhos analíticos: 3.a) revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis; 3.b) revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c) estudo de coorte com grupo-controle; 3.d) estudo de caso-controle; 3.e) estudos observacionais sem um grupo-controle; Nível IV - observacional - estudos descritivos: 4.a) revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b) estudo transversal; 4.c) séries de casos; 4.d) estudo de caso.

Nível V - opinião de especialistas - pesquisas de bancada em laboratório: 5.a) revisão sistemática de opinião de especialistas; 5.b) consenso de especialistas; 5.c) pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um especialista. Além disso, realizou-se a análise da qualidade metodológica com o uso dos instrumentos propostos pela

JBI que contêm um *checklist* de perguntas para cada tipo de estudo, com as seguintes opções de respostas: sim; não; não se aplica ou não está claro.

Para seleção das publicações, organizou-se um fluxograma. Identificaram-se nas bases de dados 2.206 publicações. Após a leitura criteriosa do título e resumo de cada publicação, 523 eram duplicadas e foram excluídas. Do total restante (n=1.683), após aplicação dos critérios de seleção, excluíram-se 1621, destes, 1.421 não estavam relacionados ao tema, 88 eram artigos de revisão e 112 outros. Ademais, 32 não respondiam à questão de pesquisa. Assim, a amostra da revisão integrativa foi composta de 30 estudos primários, conforme Figura 1.



**Figura 1** – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

A análise crítica e síntese descritiva dos estudos selecionados foram divididas em categorias. Por se tratar de revisão integrativa, a pesquisa não foi submetida ao



Comitê de Ética em Pesquisa, porém foram mantidas e respeitadas as ideias dos autores das publicações utilizadas neste estudo.

As pesquisas foram publicadas entre 1990 e 2021. Destas, 22 (73,5%) foram implementadas na África, um (3,3%) dos estudos foi realizado nos Estados Unidos, um (3,3%) na Austrália, um (3,3%) na Rússia, um na Índia (3,3%) e quatro (13,3%) no Brasil. O estudo mais antigo se refere às intervenções para auxiliar as MVHIV na decisão quanto ao planejamento reprodutivo como recurso que precisa ser implementado nos serviços de saúde para auxiliar as mulheres sobre concepção e anticoncepção, principalmente para garantir direitos sexuais e reprodutivos, preservar a saúde da mulher, evitar gravidez indesejada, abortamento e transmissão do HIV, tanto vertical como para o parceiro, nos casos de sorodiscordância (Temmermen et al., 1990).

Do total da amostra, cinco (16,6%) foram identificados na *MEDLINE/Pubmed*, dois (6,6%) na *Embase*, oito (26,6%) na *Web of Science*, oito no *PsycINFO* (26,6%), quatro (13,3%) na *Scopus* e dois (6,6%) na busca das referências do artigos. Desses, dezoito (60%) tinham sido publicados em revistas interdisciplinares de saúde e doze (40%) em revistas de outras áreas da saúde (psicologia, medicina e terapia ocupacional).

O idioma inglês esteve presente em 26 dos estudos (86,6%) e o idioma português em três (10%). Entre eles, oito (26,6%) eram ensaios clínicos, sendo que destes, um denominou-se como ensaio clínico de fase II. Sete (23,3%) dos estudos eram de coorte, oito (26,6%) do tipo transversal, três (10%) do tipo descritivo qualitativo, dois (6,6%) do tipo quase-experimentais, um (3,3%) experimental e um retrospectivo exploratório (3,3%). Ademais, quanto ao nível de evidência, quatorze (46,6%) publicações foram classificadas com nível IV, nove (30%) como nível III e sete (23,3%) como nível I.

Na maioria dos estudos, os efeitos adversos, o status de HIV, o uso da TARV e a opinião do parceiro ou outras pessoas estavam envolvidas na tomada de decisão reprodutiva e no uso de contraceptivos ou não, sendo essas variáveis os desfechos principais, no entanto, em nenhum deles esta variável foi utilizada para estimar o cálculo amostral. Empregaram-se diferentes formas de abordar as mulheres e em diferentes cenários, no entanto, a baixa abordagem pelos profissionais da saúde em planejamento e direitos reprodutivos, a satisfação com os métodos, quando utilizados, o pouco poder de negociação com os parceiros e a influência no uso de contraceptivos e na decisão reprodutiva das MVHIV estava presente em todos os estudos.

Quanto ao uso de contraceptivos, todos destacavam a importância e o incentivo no uso destes de maneira individual ou combinada para aumentar a efetividade do método para o planejamento reprodutivo. Os estudos mencionavam o uso de preservativo, mesmo que esporadicamente, sendo o preservativo feminino reportado em apenas um estudo. Os estudos apresentavam opções de métodos contraceptivos utilizados por PVHIV. Estes foram divididos em duas categoriais para melhor compreensão, sendo Métodos Contraceptivos Modernos (MCM) e Métodos Contraceptivos Naturais (MCN). Assim, destacaram-se como métodos contraceptivos modernos: os anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, implantes e dispositivos intrauterino (métodos contraceptivos de longa duração), laqueadura e preservativo.

Já como métodos contraceptivos naturais: coito interrompido, abstinência e amamentação. Do total, apenas nove (34,6%) relataram o uso combinado dos métodos. No entanto, somente três (11,5%) artigos referiram satisfação com o uso dos contraceptivos, sendo os eventos adversos, como amenorreia e sangramentos, as maiores causas de descontinuidade dos métodos.

Os estudos mencionavam a decisão reprodutiva e associada às condições sociais e clínicas das MVHIV em quatro (15,3%) estudos. Além disso, há poucas evidências quanto à abordagem correta das equipes de saúde para garantir os direitos reprodutivos das PVHIV. No tocante ao desejo reprodutivo, sete (23,3%) estudos apontaram a vontade da MVHIV por ter filhos, enquanto nove (30%) responderam que não queriam filhos, oito (26,6%) dependiam do desejo do parceiro e/ou familiares e nove (30%) reportaram que poderiam ter decisão conjunta com o parceiro.

Os artigos identificaram o uso de preservativos como método de barreira para evitar transmissão do HIV e gravidez não planejada, no entanto, vinte e dois (81,4%) dos estudos apresentaram resultados compatíveis com a baixa adesão e (ou) o uso inconsistente. Os estudos encontrados na busca, seus desfechos, resultados e nível de evidência estão descritos no quadro a seguir. Ver quadro 3.

**Quadro 3** – Caracterização dos estudos, segundo artigo, autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, variáveis desfecho, resultados e nível de evidência, na categoria: opções contraceptivas e decisão reprodutiva de MVHIV (N=30). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Artigos/ autores/ anos/ países	Desenhos dos estudos/ participantes	Contraceptivos Decisão reprodutiva	Resultados	Níveis de evidência
Impact of single session post-partum counseling of HIV infected women on their subsequent reproductive behavior (Temmermen et al., 1990) África Ocidental	Estudo quase experimental MVHIV N= 94 Média de idade: 22,7 anos 12 meses	Contraceptivos hormonais orais (25%) Preservativo irregular (8,3%) Das MVHIV 62% expressaram o desejo de ter filhos.	A sessão única de aconselhamento para MVHIV não pareceu influenciar as decisões sobre comportamento reprodutivo.	III
Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/aids (Vasconcelos; Galvão, 2004) Brasil	Estudo Descritivo/Qualitativo N= 31 Média de idade: 35 anos	Preservativo (32,2%) coito interrompido laqueadura (9,7%) abstinência sexual (35,4%) Desejo reprodutivo relacionado ao parceiro	MVHIV sexualmente ativas no momento da pesquisa (64%); uso de contracepção (85%).	IV
Desire for a Child Among Women Living with HIV/AIDS in Northeast Brazil (Nóbrega, Oliveira, Galvão et al., 2007) Brasil	Estudo Transversal N= 229 Média de idade: 32 anos	Usam anticoncepcionais (49%) Preferência por laqueadura tubária (37%) Desejo reprodutivo (40%) associado ao desejo do parceiro	O desejo da mulher de ter um filho foram associados: idade mais jovem, odds ratio [OR] = 0,94; número de filhos (OR = 0,73; e desejo do parceiro por um filho (OR = 3,35; IC95%: 1,75–6,39). Ter um parceiro que não sabia sobre o status sorológico HIV+ foi negativamente associado ao desejo da mulher por um filho (OR = 0,17; IC 95%: 0,04–0,69).	IV
Impact of integrated family planning and HIV care services on contraceptive use and pregnancy outcomes: a retrospective cohort study (Kosgei et al., 2011) África Oriental	Estudo de coorte retrospectivo N=4030 Média de idade: 33 anos 36 meses	Métodos duplos com preservativos (p<0,001; IC 9,4% a 16,4%)  Desejo reprodutivo compartilhado	Aumento de 16,7% (p<0,001) no uso de preservativo e uso de PF 12,9% (P<0,001); elevação de 0,1% (P= 0,9) na incidência de gestações.	III
High Incidence of Unplanned Pregnancy after Antiretroviral Therapy Initiation: Findings from a Prospective Cohort Study in South Africa (Schwartz et al., 2012) África do Sul	Prospectivo de coorte N=850 MVHIV Média de idade: 30 anos 12 meses	Injetáveis de progestógeno (n = 192), hormonais orais (n = 46), implantes (n = 4) e DIU (n = 1) Uso do preservativo 54% Contracepção combinada (15%)  Não deseja filhos	Do total de 161 gestações, 97 não foram planejadas. Falha contraceptiva 50% maior nas MVHIV usando TARV (p = 0,01).	III
High pregnancy intentions and missed opportunities for patient-provider	Prospectivo de coorte N=850 MVHIV	Método hormonal (32%). Preservativo (39%). Prevenção combinada	Do total, 48% das MVHIV planejavam ter filhos.	III

Artigos/ autores/ anos/ países	Desenhos dos estudos/ participantes	Contraceptivos Decisão reprodutiva	Resultados	Níveis de evidência
communication about fertility in a South African cohort of HIV-positive women on antiretroviral therapy (Schwartz et al., 2012) África do Sul	Média de idade: 30 anos 12 meses	(15%). Planejamento familiar falho (29%). Desejo do parceiro (72%). Medo de perder o parceiro (35%).	A TARV foi associada ao desejo de fertilidade.	
Does integrating family planning into HIV care and treatment impact intention to use contraception? Patient perspectives from HIV-infected individuals in Nyanza Province, Kenya (Newmann et al., 2013) África Oriental	Transversal N=142 Média de idade: 38,3 anos	Métodos naturais e de Barreira (45%)  Não desejam filhos	Não estavam usando contracepção atualmente, razões: abstinência (34%); amamentando (11%); sem parceiro fixo (14%); parceiro se opôs ao uso de contraceptivos (6%).	IV
Demand for Modern Family Planning among Married Women Living with HIV in Western Ethiopia (Feyissa; Melka, 2014) África do Sul	Estudo transversal N=401 Média de idade: 29,4 anos	Uso do preservativo combinado 128 (31,9%), injetáveis 101 (25,2%), apenas preservativo 84 (21%) e implante 43 (10,7%)  Não discute planejamento reprodutivo com o parceiro (p=0,000)	Planejamento reprodutivo insatisfatório IC 95% = 0,397 (0,204 a 0,771); baixo conhecimento da transmissão vertical IC 95%= 2,531 (1,689–9,290); e não discutir o planejamento familiar com parceiro IC 95% = 3,616(1,869–6,996).	IV
Integrating family planning and prevention of mother to child HIV transmission in Zimbabwe (Sarnquist et al., 2014) África do Sul	Estudo de coorte N=98 Média de idade: 28 anos	Preservativo (2%) DIU Contraceptivos orais (4,1%) e injetáveis (6,1%) Métodos contraceptivos de longa duração (MCLD) (82,7%)  Decisão conjunta com o parceiro	Uso de MCLD (p <0,001); controle no uso de preservativos (p = 0,04).	IV
Effectiveness of hormonal contraception in HIV-infected women using antiretroviral therapy (Pyra et al., 2015) África	Prospectivo N= 5.153 Média de idade: 30 anos 20 meses	Implantes (9%) injetáveis (40%) contraceptivos orais (14%)  Nenhum relato de desejo.	Os implantes foram os mais eficazes (> 90%); métodos injetáveis e orais também foram eficazes, e sua eficácia não diferiu significativamente pelo uso de TARV.	IV
Dual contraception adherence among HIV-infected women (Brandão et al., 2015) Brasil	Descritivo de corte transversal N= 114 Média de idade: 33,2 anos	Preservativo masculino (62,2%) A dupla contracepção com acetato de medroxiprogesterona injetável e preservativo (42,9%)  O desejo dependia do parceiro/não planejada	A resistência do parceiro para usar <i>preservativo</i> foi associada com má adesão (RP=0,3; IC95% 0,2-0,7; p<0,001). O parceiro desconhecer a infecção da parceira pelo HIV favoreceu a adesão (RP=1,8; IC95% 1,2-2,7; p=0,013).	IV
Effect of HIV status on fertility desire and knowledge of long-acting reversible contraception of postpartum Malawian women (O'shea et al., 2015) África Oriental	Prospectivo de coorte N= 210 Média de idade: 25 anos	Abstinência (5%) Método natural (10%) Preservativos (63%) Amamentação (38%) Contraceptivos orais (27%) Contraceptivos injetáveis (57%) Implante (10%) Uso de método duplo com preservativo (32%)	MVHIV relataram gravidez não intencional (49%) e que usavam contraceptivos no momento da concepção (30%).	IV

Artigos/ autores/ anos/ países	Desenhos dos estudos/ participantes	Contraceptivos Decisão reprodutiva	Resultados	Níveis de evidência
		Não desejam mais filhos (99%)		
Family planning use and fertility desires among women living with HIV in Kenya (Kimini et al., 2015) África Oriental	Quase-experimental N= 251 Média de idade: 34 anos 24 meses	Preservativos (41%) Contraceptivos hormonais orais (13%), injetáveis (36%), implantes (2%), DIU (3%), histerectomia (2%)  Gravidezes anteriores indesejadas. Indução de abortamento.	Mulheres soropositivas eram significativamente mais propensas a serem associadas ao uso duplo de PF (OR = 3,2; $p < 0,05$ ).	III
Determinants and Experiences of Repeat Pregnancy among HIV-Positive Kenyan Women— A Mixed-Methods Analysis (Akelo et al., 2015) África Oriental	Ensaio clínico N=500 24 meses Média de idade: 23 anos	Uso e conhecimento de métodos hormonais e de barreira. Das participantes do estudo, 70% expressaram que não queriam ter mais filhos	Foco no uso de métodos contraceptivos modernos (efeitos colaterais e opiniões de que eles 'arruinaram o útero') e no desejo de ter o número certo de filhos. Líderes religiosos, família, e a comunidade interferiam sobre o desejo de ter filhos.	I
Reproductive intentions and family planning practices of pregnant HIV-infected Malawian women on antiretroviral therapy (O'Shea M. S., et al, 2016) África Oriental	Transversal N= 220 Média de idade: 29,5 anos 12 meses	Preservativos (91%), injetáveis (9%) e implante (9%). Método duplo (22%) uma esterilização tubária. Não desejam filhos (75%)	Métodos preferenciais às MVHIV preservativos (88%), esterilização feminina (69%) e implante (60%). O uso da TARV não influenciou a escolha.	IV
Gendered power dynamics and women's negotiation of family planning in a high HIV prevalence setting: a qualitative study of couples in western Kenya (Harrington et al., 2016) África Oriental	Qualitativo N= Média de idade: 30 anos	Preservativos apenas 15 (39%); Método duplo 4 (10%); Injeção /DMPA 13 (34%); nenhum método moderno 5 (13%); Contracepção oral 2 (5%); Ligadura tubária bilateral 2 (5%)  Não desejam filhos (43%)	Contracepção secreta (11%).  A tomada de decisão atribuída aos homens; uso do planejamento familiar significava promiscuidade feminina.	IV
Utilization of contraception among sexually active HIV positive women attending art clinic in University of Gondar Hospital: a hospital based cross-sectional study (Worke et al., 2016) Etiópia África Oriental	Estudo transversal N=397 Média de idade: 32 anos 3 meses	Anticoncepcionais injetáveis (48,5%) Anticoncepcionais orais (12,4%) Métodos naturais (12,9%) Preservativos (8,2%) Implante (16,5)  Não desejavam mais filhos (73%)	Apenas 50% das MVHIV usavam contraceptivos. Aborto induzido (15,6%); taxa de uso de contraceptivos (43,89%).	IV
Linking HIV & family planning services to improve dual methods of contraception among women infected with HIV in Mumbai, Maharashtra, India (Joshi et al., 2016) Índia	Estudo experimental N=283 Grupo Intervenção: 141 Grupo Controle: 142 Média de idade: 28 anos 12 meses	Grupo Intervenção: Métodos combinados com preservativo (32,6%) DIU (72%) Grupo Controle: Métodos combinados (10,6%) Decisão dependia do cônjuge ou de outros membros da família (15,7%)	Uso de métodos contraceptivos duplos (32,6%, 95% CI-24,9-40,3), grupo de intervenção e grupo controle (10,6%, 95% CI-5,5-15,7). O uso de contraceptivos dependia do parceiro sexual (90%) e de outros membros da família (11,3%).	I
Factors associated with discussion of sexual activity and contraception in women with HIV	Estudo clínico retrospectivo de coorte N=128	Contraceptivos orais e injetáveis (10,9%) Preservativos (15,6%) Desejo reprodutivo (8,5%)	O uso de contraceptivos não foi registrado em 63% dos prontuários. Na coorte do estudo, 27% das mulheres	IV

Artigos/ autores/ anos/ países	Desenhos dos estudos/ participantes	Contraceptivos Decisão reprodutiva	Resultados	Níveis de evidência
(Stewart et al., 2016) Austrália	Média de idade: 36 anos 12 meses		usavam métodos contraceptivos.	
Acceptability of intrauterine contraception among women living with human immunodeficiency virus: a randomized clinical trial (Kakaire et al., 2016) África Oriental	Ensaio clínico randomizado N= 703 Média de idade: 29,9 anos 12 meses	Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-cu) sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) contracepção hormonal oral (14,9) preservativos (12,3) implantes (10,6) métodos naturais (6%) Desejo reprodutivo (44,4%)	A satisfação com DIU-cu (83,7%) SIU-LNG (90,4%) (p = 0,50).	I
Contraceptive Practices and Fertility Desires Among HIV-Infected and Uninfected Women in Kenya: Results from a Nationally Representative Study (Ngugi et al., 2016) África Oriental	Estudo transversal amostragem por <i>clusters</i> N=137 Média de idade: 30 anos	Contraceptivos orais e injetáveis (98,4%) Não desejam filhos (85,6%)	MVHIV em uso de PF (89,2%; IC 95%: 80,8 a 97,7) em TARV (64%; IC 95%: 53,1 a 74,6).	III
Factors associated with sterilization among HIV positive US women in an urban outpatient clinic. (Raziano et al., 2017) Estados Unidos	Estudo transversal N= 187 Média de idade: 37 anos	Esterilização  Desejava filhos (34%)	Participantes foram esterilizados com Idade média de 24 anos (22%). Acreditavam que preservativos não eram usados em conjunto com outros métodos (19%); pressão de outros para ligação tubária (20%); pressão e chances de arrependimento (OR: 31,51 IC95%: 3,24, 306,20).	III
Relationships matter: contraceptive choices among HIV-positive women in Tanzania (Nyanja; Tulinius, 2017) África Oriental	Estudo descritivo qualitativo N= 38 Média de idade: 33 anos	Contraceptivos hormonais orais (14%) e injetáveis (16%) Implante (5%) Combinado (11%) Preservativo (35%)  A decisão dependia principalmente do parceiro	Barreiras: influência do relacionamento conjugal; crenças pessoais e a relação delas na compreensão de sua doença; a influência das demandas sociais sobre a mulher; e o relacionamento com o médico/sistema de saúde.	IV
Emtonjeni-A Structural Intervention to Integrate Sexual and Reproductive Health into Public Sector HIV Care in Cape Town, South Africa: Results of a Phase II Study (Mantell et al., 2017) África do sul	Ensaio randomizado de Fase II N=108 Média de idade: 29 anos	Contraceptivo oral e injetável Preservativos (43,6%) Método duplo (32,2%) Desejo reprodutivo (43%)	A autoeficácia para o sexo seguro e a comunicação com um parceiro sobre sexo seguro e saúde reprodutiva foi alta (3,7 em uma escala de 4 pontos).	I
Aspectos reprodutivos e conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Lima et al., 2017) Brasil	Estudo transversal N= 102 Média de idade: 37,3 anos	Preservativo masculino (58,8%) e anticoncepcionais orais (23,5%) Laqueadura tubária  Sem desejo reprodutivo e/ou falta Planejamento reprodutivo pela maioria.	Parceiro fixo aumentou a chance de desejar filhos (p=0,04; OR=1,34; IC95% =0,4-4,9). Laqueadura tubária maior em mulheres que não receberam orientações sobre PF na vigência do HIV (p=0,03; OR=5,35; IC95% =1,4-38,4).	III

Artigos/ autores/ anos/ países	Desenhos dos estudos/ participantes	Contraceptivos Decisão reprodutiva	Resultados	Níveis de evidência
Longitudinal patterns of unmet need for contraception among women living with HIV on antiretroviral therapy in South Africa (Rucinski K. B et al., 2018) África do Sul	Prospectivo de coorte N= 850 MVHIV Média de idade: 30 anos 89,4% já tinham engravidado. 12 meses	Anticoncepcionais hormonais e preservativo MVHIV e TARV recente tinham >desejo reprodutivo (11,4%)	-Do total, 58,9 MVHIV tinham desejo reprodutivo. -58,8% da MVHIV relataram insatisfação contraceptiva devido aos efeitos adversos; >risco de gravidez indesejada e de descontinuidade do método; uso de preservativo (48,2%).	III
Contraceptive Use Among HIV-Infected Females with History of Injection Drug Use in St. Petersburg, Russia (West et al., 2018) Rússia	Estudo Randomizado N=250 Média de idade: 32 anos 12 meses	Preservativos (26,5%) Contraceção hormonal (4,1%) contraceptivos modernos (30,6%) contraceptivos tradicionais (22%)  Não desejam filhos (46,9%)	Relataram aborto (77%); bebida em excesso (57,1%); uso de drogas injetáveis (61,2%); vulnerabilidade econômica (79,6%); Sofreu violência nos últimos seis meses (34,7%).	I
HIV status, fertility intentions, and contraception in the era of expanded access to antiretroviral therapy: A case study of rural Mozambique (Agadjanian; Hayford, 2018) África Oriental	Estudo retrospectivo exploratório N=285 Média de idade: 29,5 anos	Contraceção hormonal oral e injetável (41,3)  Não deseja filhos (59,4%)	Praticamente o uso de preservativo não foi relatado. MVHIV à associação líquida de não querer mais filhos com uso de contraceptivos foi próxima de zero (1,18 + (-1,28)).	IV
Factors Associated with Pregnancy Intentions Amongst Postpartum Women Living with HIV in Rural Southwestern Uganda (Atukunda et al., 2019) África Oriental	Ensaio clínico controlado randomizado N=320 Média de idade: 28,9 anos 12 meses	Contraceptivos injetáveis (50%) e orais (8,4%) Preservativos (12,8%) Amamentação (1,3%) DIU (2,3%)  Desejo do parceiro por mais filhos (AOR = 31,36; P <0,000)	MVHIV em uso de contraceptivos isolados (38%); contracepção dupla (8%); uso por desejo do parceiro (58%).	I
Reproductive intentions and corresponding use of safer conception methods and contraception among Ugandan HIV clients in serodiscordant relationships (Wagner et al., 2021) África Oriental	Ensaio clínico randomizado N=389 Média de idade: 45 anos	Uso de contraceptivo moderno, pílulas anticoncepcionais, injetável, DIU, implante ou esterilização  Das PVHIV, 80,5% relataram desejo por ter filhos, o que foi associado a ser casado.	A maioria dos entrevistados relataram desejar ter filhos. As tentativas de engravidar, estavam associadas: ao sexo feminino, não ter filhos com o parceiro, menor controle de tomada de decisão no relacionamento e conhecimento sobre métodos de contracepção seguros.	I

Fonte: elaboração própria.

No que diz respeito às limitações mais frequentemente relatadas, citam-se a dificuldade de manter a amostra no período da pesquisa, as perdas de seguimento e barreiras culturais, espirituais e familiares relacionadas a crenças e questões de gênero. A maioria dos estudos (92,5%) relatou algum financiamento para realização, em geral, advindo de instituições de ensino/pesquisa.

As mulheres vivendo com HIV devem ser apoiadas nas escolhas sobre relacionamentos sexuais e desejos reprodutivos, além de receber informações e recursos para se envolver em experiências sexuais seguras e agradáveis. Assim, a implementação de estratégias para o fortalecimento do planejamento familiar para MVHIV nos serviços de saúde é imprescindível para reduzir a transmissão do HIV, promover empoderamento nas decisões sexuais reprodutivas, evitar gravidezes indesejadas, promover a igualdade de gênero e os direitos humanos (NARASIMHAN et al., 2019).

Para responder à pergunta de pesquisa, “quais as opções contraceptivas usadas por MVHIV e o poder na tomada de decisões para o planejamento reprodutivo?”, descrevem-se na sequência três categorias de opções contraceptivas usadas por MVHIV que mais foram relatadas nos estudos: 1. Métodos contraceptivos modernos; 2. Métodos contraceptivos naturais. Além disso, a decisão das MVHIV quanto à reprodução, o que constituiu a categoria 3. Decisão reprodutiva de MVHIV.

## **2.2 Métodos contraceptivos modernos**

A concepção entre as pessoas que vivem com o HIV traz riscos para transmissão horizontal e vertical do HIV (ODIACHI et al., 2021). Desta maneira, os estudos encontrados nesta revisão mostraram que o comportamento contraceptivo e o poder de decisão reprodutiva de MVHIV podem ser influenciados.

O uso de métodos contraceptivos por MVHIV com finalidades de prevenção e planejamento para melhor decisão reprodutiva foi objeto de análise em todos os estudos agrupados. Na primeira categoria, MCM, os estudos destacaram o uso de MCM por MVHIV. Este tem boa aceitabilidade, apesar da adesão diferir, sendo considerado moderado o uso dos MCM, o que acarretou a indicação 25 estudos (86,2%) da incorporação dos serviços de planejamento reprodutivo aos serviços de atendimento especializado às MVHIV, sendo o direcionamento por profissionais capacitados para reprodução e sexualidade, a educação e o conhecimento das MVHIV elementos-chave nesse processo de escolha e decisão reprodutiva.

Há poucos relatos de conversa/orientação entre as MVHIV sobre saúde reprodutiva com um prestador de cuidados e/ou profissional durante as consultas (UNAIDS, 2019). No mesmo intuito, as MVHIV relataram uso anterior de planejamento reprodutivo e que este uso era estatisticamente associado à redução de gravidez.



Dentre os MCM mais utilizados nos estudos encontrados, o método mais referido foi o preservativo, embora a maior menção do uso, este referido de maneira inconsistente ou, em menor ocorrência, combinado com algum outro método contraceptivo moderno. Os baixos níveis de uso consistente de preservativos deixam as MVHIV vulneráveis à gravidez não planejada e às demais IST, incluindo interações com o HIV. São necessários esforços para intensificar a aceitação e o uso consistente de preservativos nas relações sexuais, mesmo aqueles entre pessoas casadas ou com relacionamento estável (Beckham, Stockton, Galai et al., 2021).

Elencam-se, também, os estudos que utilizaram como método principal os contraceptivos orais, ou que também citaram estes como um dos métodos usados: Temmermen et al., 1990; Schwartz et al., 2012; Schwartz et al., 2012; Sarnquist et al., et al 2014; Pyra et al., 2015; O'shea et al., 2015; Kimini et al., 2015; Akelo et al., 2015; Harrington et al., 2016; Worke et al., 2016; Stewart et al., 2016; Kakaire et al., 2016; Ngugi et al., 2016; Nyanja; Tulinius, 2017; Mantell et al., 2017; Lima et al., 2017; Rucinski et al., 2018; West et al., 2018; Agadjanian; Hayford, 2018; Atukunda et al., 2019; Wagner et al., 2021.

Ademais, estudos que utilizaram como método principal os injetáveis ou citaram como um dos métodos contraceptivos usados: Schwartz et al., 2012; Schwartz et al., 2012; Sarnquist et al., et al 2014; Feyissa; Melka, 2014; Pyra et al., 2015; Brandão et al., 2015; O'shea et al., 2015; Kimini et al., 2015; Michele S. O'Shea et al, 2016; Harrington et al., 2016; Worke et al., 2016; Stewart et al., 2016; Joshi et al., 2016; Ngugi et al., 2016; Nyanja; Tulinius, 2017; Mantell et al., 2017; Rucinski et al., 2018; West et al., 2018; Agadjanian; Hayford, 2018; Atukunda et al., 2019; Wagner et al., 2021.

O uso dos métodos contraceptivos hormonais orais e injetáveis estavam em uma proporção de 75,8% e 82,7,1%, respectivamente, além disso, também mencionavam o uso combinado dos métodos com o preservativo em 51,7% dos estudos (Kosgei et al., 2011; Schwartz et al., 2012; Schwartz et al., 2012; Feyissa; Melka, 2014; O'shea et al., 2015; Brandão et al., 2015; Joshi et al., 2016; Joshi et al., 2016; Worke et al., 2016; Harrington et al., 2016; Michele S. O'Shea et al, 2016; Mantell et al., 2017; Nyanja; Tulinius, 2017).

Os contraceptivos orais e injetáveis são descritos como os métodos mais bem aceitos pelas MVHIV, assim como uso combinado dos métodos são incentivados em

serviços especializados em saúde reprodutiva (LOLL et al., 2019; Demissie, Mmusi-Phetoe, 2021).

Quando o anticoncepcional hormonal combinado oral de baixa dose é utilizado por MVHIV em tratamento com a TARV, poderá ocorrer interação medicamentosa, reduzindo os níveis séricos do etinilestradiol e, portanto, a eficácia contraceptiva por este motivo, o uso de contraceptivos associado ao preservativo, deve ser incentivado, não apenas direcionado à prevenção da transmissão do HIV, mas para reforçar a contracepção (OMS, 2020).

Independentemente dos métodos usados, os resultados descritos na literatura se aproximaram dos encontrados nesta revisão. Além disso, os níveis de evidência da maioria dos estudos que mencionaram métodos hormonais, sejam eles orais ou injetáveis, são IV, III e I, representando 41,6%, 33,3% e 25,1%, respectivamente, do total dos achados.

Em relação aos sete estudos que mencionaram o DIU como método preferível ou citaram este uso, estes representaram 24,1% da amostra (Schwartz et al., 2012; Sarnquist et al., et al 2014; Kimini et al., 2015; Joshi et al., 2016; Kakaire et al., 2016 Atukunda et al., 2019; Wagner et al., 2021). Enquanto o implante foi referido em sete estudos, representando 25,9% da amostra total (Schwartz et al., 2012; Pyra et al., 2015; O'shea et al., 2015; Kimini et al., 2015; Michele S. O'Shea et al, 2016; Worke et al., 2016; Kakaire et al., 2016). Quanto aos níveis de evidência observados nestes estudos, os de maior incidência foram o nível I (57,1%), III (28,5%) e IV (14,2%).

Métodos de esterilização, como laqueadura e vasectomia (parceiro), estavam presentes em sete estudos, representando 23,3% (Vasconcelos; Galvão, 2004; Kimini et al., 2015; Nóbrega, Oliveira, Galvão et al., 2007; Michele S. O'Shea et al, 2016; Harrington et al., 2016; Joshi et al., 2016; Wagner et al., 2021). Acerca dos níveis de evidência observados nestes estudos, foram o nível III (50%), IV (33,3%) e I (16,6%).

### **2.3 Métodos contraceptivos naturais**

A segunda categoria de métodos contraceptivos usados pelas MVHIV para planejamento reprodutivo identificado nos estudos desta revisão foram os contraceptivos naturais. Dentre os trinta estudos elegíveis, sete apresentaram relatos do uso de MCN: método rítmico (tabelinha), coito interrompido, abstinência sexual, temperatura basal e amamentação (Vasconcelos; Galvão, 2004; Nyanza, Kenya,

Newmann et al., 2013; O'shea et al., 2015; Worke et al., 2016; Kakaire et al., 2016; West et al., 2018; Atukunda et al., 2019). Os níveis de evidência destes estudos foram IV (57,1%) e I (42,8%).

Para a Organização Mundial da Saúde, os métodos contraceptivos naturais podem ser definidos como “métodos de planejamento para evitar gravidez pela observação dos sinais e sintomas naturais das fases férteis e inférteis do ciclo menstrual” (OMS, 2022). Com a identificação da janela fértil, os casais podem modificar o comportamento sexual para evitar a gravidez ou planejar uma (DUANE, STANFORD, PORUCZNIK et al., 2022).

Os métodos de planejamento reprodutivo baseados na percepção da fertilidade ou na janela fértil envolvem o monitoramento de sinais físicos que refletem as mudanças hormonais que as mulheres experimentam de forma cíclica durante a atividade ovariana. A mulher pode monitorar o ciclo menstrual para identificar os dias em que a relação sexual desprotegida tem maior chance de resultar em gravidez. Estes sinais e sintomas incluem a duração do ciclo menstrual, a temperatura basal do corpo, as medições de hormônios urinários e/ou o fluido cervical (SIMMONS, JENNINGS, 2020).

Quanto às recomendações da Organização Mundial da Saúde relacionadas à amamentação, estas têm particular importância para a África Subsaariana, que apresenta as maiores taxas de transmissão do HIV, como também alguns dos maiores desafios para garantir que as mulheres tenham acesso a uma gama completa de opções contraceptivas. Atualmente, um quarto das mulheres entre 15 e 49 anos na África (24%), que desejam adiar ou impedir o nascimento de filhos, tem acesso limitado à contracepção moderna, sendo indicada amamentação em casos exclusivos de MVHIV com carga viral indetectável (OMS, 2020).

Por outro lado, dois casos de transmissão do HIV de mãe para o bebê durante o período de aleitamento materno, quando as mães tinham carga viral indetectável, foram relatados pelo PROMISE, um grande estudo internacional sobre a eficácia do tratamento antirretroviral na prevenção da transmissão vertical do HIV (ALCORN, 2018).

O estudo PROMISE foi um grande estudo internacional realizado em 14 países de baixa e média renda, que investigou a eficácia da terapia antirretroviral materna na prevenção da transmissão do HIV e o impacto na saúde materna. O estudo recrutou mulheres com contagem de células LTCD4+ acima de 350

células/mm<sup>3</sup> e randomizou as participantes em três momentos: antes do parto, durante o período de amamentação e após o parto (pós-parto), ou após a interrupção da amamentação (FLYNN et al., 2018).

Um grupo internacional de pesquisadores pediu mais pesquisas para determinar se o HIV pode ser transmitido pelo leite materno, mesmo se a mãe que amamenta tiver carga viral indetectável no sangue, pois a literatura recente divulga amplamente a informação de que uma pessoa que está indetectável não transmite o HIV (MOSEHOLM, WEIS, 2020).

Médicos suíços argumentam que as mulheres grávidas com HIV devem ser informadas da evidência incerta sobre o risco de transmissão durante a amamentação e, em vez de serem proibidas de amamentar enquanto tomam medicamentos antirretrovirais, devem receber apoio para amamentar com segurança, por meio de testes regulares de carga viral e educação sobre fatores que podem aumentar o risco de transmissão, como a mastite (ALCORN, 2018).

A introdução de diferentes intervenções de saúde reduziu a transmissão perinatal, como a testagem pré-natal de rotina para HIV em mulheres grávidas, uso de TARV materna, tipo de parto e profilaxia infantil antirretroviral. Em países desenvolvidos, as MVHIV são desaconselhadas à amamentação, mesmo que estejam com status indetectável/intransmissível. Por outro lado, há evidências de estudos realizados em países subdesenvolvidos de que a TARV precoce e apropriada, combinada com amamentação exclusiva, resulta em baixo risco de transmissão pós-natal do HIV (GROSS, TAYLOR, TOMORI et al., 2019; MOSEHOLM, WEIS, 2020; WEISS et al., 2022).

Os métodos contraceptivos naturais, baseados na percepção da fertilidade, quando interpretados corretamente, podem ajudar a reduzir a probabilidade de gravidez. Ao interpretar estas percepções corretamente, muitos casais optam por abster-se de relações sexuais ou usar métodos baseados no coito, como preservativos, diafragmas, capuzes cervicais, coito interrompido, espermicidas, esponjas e filmes nos dias férteis. Estes tipos de métodos são mais comumente usados em contextos religiosos que proíbem o uso de outros métodos contraceptivos, alergias, intolerância ou reações adversas ocasionadas por outros métodos (SIMMONS, JENNINGS, 2020; JENSEN, WREDE, 2020).

#### **2.4 Decisão reprodutiva de MVHIV**

As decisões sobre aspectos importantes que afetam o relacionamento são importantes e influenciam a dinâmica e sustentabilidade do relacionamento (CLOSSON, DIETRICH, BEKSINSKA et al., 2019). Nesta revisão, identificaram-se alguns fatores associados ao poder de decisão de aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de MVHIV, como influência da família, da comunidade, do parceiro, de profissionais da saúde, influência religiosa e cultural.

Àqueles que relataram que o desejo reprodutivo estava relacionado com incentivos da família, comunidade e religião, representaram 13,7% da amostra. Sobre o desejo reprodutivo estar mais relacionado com uma escolha do parceiro, estes representaram 27,5%, sendo que 20,6% referiram desejo compartilhado com o parceiro para ter filhos. Um estudo relatou que as MVHIV tiveram influência de profissionais da saúde para não terem filhos.

As relações de poder no relacionamento estão intimamente associadas à violência, às desigualdades de gênero nos relacionamentos, e estas estão associadas ao aumento do risco de HIV em mulheres. Reduzir a violência contra mulheres é uma das nove áreas prioritárias para bons resultados da UNAIDS, e muitos planos estratégicos de combate ao HIV reconhecem a necessidade de abordar questões de gênero, embora com implementação desigual (CLOSSON, DIETRICH, BEKSINSKA et al., 2019).

Embora a maioria das novas infecções por HIV em áreas de alta prevalência sejam em mulheres, as agendas de prevenção e promoção da saúde continuam priorizando o uso de preservativos masculinos, os testes de HIV, o tratamento para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a circuncisão masculina e o tratamento antirretroviral. Por não focar em questões de gênero, essas intervenções oferecem pouca ajuda para mulheres vulneráveis (CLOSSON, HATCHER, SIKWEIYA et al., 2019).

Os vínculos entre HIV, desigualdade e violência de gênero residem na natureza patriarcal da sociedade e nos ideais de masculinidade baseados no controle e na submissão das mulheres. Esses ideais se traduzem prontamente em comportamentos sexuais de risco, práticas sexuais predatórias e outros atos de violência contra as mulheres. Além disso, permitem que os homens tenham múltiplas

parceiras e controlem os encontros sexuais. Embora as mulheres possam resistir ao poder masculino, elas, geralmente, concordam com essas práticas, especialmente nos países em desenvolvimento (CLOSSON, LEE, DIETRICH et al., 2021).

Assim, acredita-se que os resultados desta revisão foram importantes para mapear o perfil dos métodos mais utilizados por MVHIV de maneira segura e, para verificar quais deles apresentam maiores efeitos adversos, estes resultados orientarem melhor decisão sobre qual melhor método a ser usado. Além disso, estes métodos devem ser efetivos para auxiliar na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres, além de fortalecer o poder de decisão em relação à maternidade.

No entanto, embora muitos destes métodos sejam eficazes, estes requerem mais informações sobre as preferências e o comportamento destas mulheres em relação ao uso ou não da contracepção para avaliar as opções que são mais bem-sucedidas e acarretam menos eventos adversos, para quais populações, em quais resultados e o tempo necessário para atingir resultado consistente, pois apoiar as mulheres que vivem com o HIV em toda diversidade para alcançar a saúde e o protagonismo nos direitos reprodutivos exige a superação das principais barreiras à absorção de serviços, como exclusão e marginalização, criminalização, estigma e desigualdade de gênero (ROBINSON et al., 2017). Desta forma, abordar o comportamento contraceptivo e como ocorre a decisão reprodutiva é oferecer visibilidade às relações de gênero e refletir sobre o poder desigual na busca por empoderar mulheres vivendo com HIV.

As principais limitações desta revisão dizem respeito a encontrar estudos que procurassem, além de apresentar os métodos, a eficácia e aceitabilidade que buscassem discutir os fenômenos envolvidos no poder de decisão e protagonismo das MVHIV frente às decisões reprodutivas. Para minimizar estas limitações, empregaram-se outros termos nas buscas, como “poder” e “autoeficácia”, na tentativa de encontrar outros estudos, em especial, experimentais que avaliassem as variáveis. Além disto, o delineamento e os métodos utilizados nos estudos interferiram na avaliação do nível de evidência e, assim, na consistência dos resultados.

Por outro lado, estes resultados preliminares podem trazer contribuições positivas para adoção de estratégias que busquem auxiliar as MVHIV nas decisões reprodutivas, além de alertar os profissionais que atendem a este público, para

estarem capacitados para orientar e acompanhar corretamente quanto ao planejamento reprodutivo, além de potencializar propostas de políticas públicas que sejam mais efetivas no enfrentamento do HIV e na garantia dos direitos reprodutivos das pessoas com HIV, na igualdade de gêneros e no combate à discriminação. Assim, recomendam-se estudos experimentais com estratégias que ajudem a guiar profissionais da saúde, gestores e pacientes e utilizem maior rigor metodológico.

Esta revisão colaborou para verificar a pouca existência de evidências nacionais que enfocassem os fatores associados ao uso de contraceptivos e a decisão reprodutiva de mulheres vivendo com HIV. Assim, a lacuna científica ajudou a guiar a questão de pesquisa deste estudo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Analisar as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas;
- Estimar a prevalência de desejo reprodutivo entre as MVHIV;
- Identificar os fatores associados ao desejo reprodutivo entre MVHIV, após o diagnóstico de HIV;
- Verificar os fatores associados ao controle nas decisões que afetam o relacionamento, como saúde sexual, contracepção e reprodução, considerando o tipo de parceria;
- Identificar os fatores associados ao uso de métodos contraceptivos entre MVHIV.



## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo analítico transversal. O estudo de corte transversal é uma pesquisa em que a relação exposição-doença é examinada, em um grupo populacional, no mesmo ponto de tempo (GIL, 2017, ROUQUAYROL, 2017).

Assim, nos estudos transversais, as mensurações são feitas em um único momento do tempo; são úteis quando se deseja descrever variáveis e os padrões de distribuição e constituem o único desenho que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse (ROUQUAYROL, 2017).

Este estudo foi guiado pelo *checklist* da declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para relatar estudos observacionais (SKRIVANKOVA et al., 2021).

### 4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no ambulatório para PVHIV do hospital São José de Doenças Infectocontagiosas (HSJDI). A escolha desse local se justifica por ser grande centro de referência no atendimento às pessoas vivendo com HIV, concentrando, assim, maior número de MVHIV em tratamento.

O HSJDI localiza-se em Fortaleza, Ceará, sendo integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). Dispõe de recursos médicos e profissionais especializados, sendo referência na rede pública em doenças infectocontagiosas. A política de humanização implantada, o desenvolvimento tecnológico e o preparo dos profissionais tornaram o HSJDI acolhedor e uma unidade de excelente padrão, de reconhecimento nacional e internacional. O referido hospital tem como missão prestar assistência qualificada e humanizada às pessoas com doenças infecciosas, sendo também instituição de ensino e pesquisa. O hospital atende a todas as PVHIV de forma universal, porém, o perfil dos pacientes possui predominantemente condições socioeconômicas reduzidas.

Levantamento preliminar dos dados revela que 404 MVHIV esteve em seguimento ambulatorial e em uso da TARV acompanhadas neste serviço, sendo que deste total, aproximadamente, 289 mulheres estavam em idade fértil. Os serviços

oferecidos habitualmente no ambulatório do HSJDI são: consultas médicas especializadas, atendimento de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos, fornecimento de antirretrovirais e insumos de prevenção, tais como preservativo, profilaxia pré e pós-exposição, dentre outros.

### **4.3 População do estudo e amostra**

As participantes deste estudo foram mulheres vivendo com HIV. Considera-se com HIV aquelas cujo diagnóstico sorológico foi realizado segundo o algoritmo disposto na Portaria nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, e na Portaria nº 34/SVS/MS, de 28 de junho de 2005. A população do estudo foi constituída por mulheres com HIV, atendidas no serviço de referência em HIV.

Aplicou-se a fórmula para cálculo amostral da população finita:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Nesta fórmula, o z é igual ao valor da estatística (1,96) para o grau de confiança adotado (95%) p, N corresponde à prevalência presumida (0,21), à população de mulheres em idade fértil acompanhadas no serviço (289) e ao erro tolerável (0,05), respectivamente. Assim, calculou-se amostra de 165 pacientes.

#### **4.3.1 Critérios de elegibilidade**

Consideraram-se elegíveis as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) definida pela Organização Mundial da Saúde, com diagnóstico de HIV, independente da sorologia do parceiro. Em uso de TARV, capazes de fazer a leitura dos instrumentos de coleta de dados e que estavam em acompanhamento de saúde no HSJDI, visto que alguns pacientes apenas recebem antirretrovirais no ambulatório e são acompanhados, posteriormente, em consultórios particulares ou outros ambulatórios especializados em HIV/aids.

### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Mulheres com transtorno psicológico, em situação de rua ou abrigos coletivos, privadas de liberdade em penitenciárias que não tenham seguimento no serviço no momento da pesquisa, gestantes e mulheres que, mesmo estando na faixa etária prevista no estudo, apresentavam quadro de menopausa. Os critérios de retirada de pacientes da pesquisa foram: expressão do desejo de não mais participar do estudo e perda de seguimento por internação, mudança de local de atendimento em saúde e óbito.

### **4.5 Coleta dos dados**

Os dados foram coletados de fevereiro a novembro de 2022. As mulheres elegíveis que concordaram em cooperar com a pesquisa foram convidadas a participar de entrevista face a face, com roteiro pré-estruturado, validado e adaptado para esta pesquisa.

As mulheres foram recrutadas no ambulatório especializado do HSJDI, enquanto aguardavam consulta clínica. As participantes foram incluídas no estudo até completar o tamanho amostral calculado para o estudo. Após aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICE A), verificou-se, no livro de registro e controle do HSJDI, o nome completo das mulheres em acompanhamento e o número do prontuário para se necessário, coletar os dados clínicos e laboratoriais daquelas que atenderam aos critérios de elegibilidade.

As questões foram pré-testadas em estudo piloto prévio, em 2% (n=3) do valor da amostra calculada de MVHIV, com a finalidade de padronizar os procedimentos de aplicação, testar o vocabulário, a clareza e precisão dos termos empregados nas questões.

Os pesquisadores que fizeram a coleta de dados, entre eles enfermeiros e graduandos em enfermagem, foram treinados de acordo com o protocolo de pesquisa, quanto aos critérios e requisitos necessários à realização da coleta de dados, além dos cuidados quanto aos aspectos éticos. A duração média das entrevistas foi de 15 a 30 minutos, tendo a confidencialidade garantida pela utilização de espaço privativo.

#### 4.6 Instrumentos para coleta de dados e variáveis da pesquisa

O formulário de coleta de dados utilizado no estudo (ANEXO A) foi previamente validado em pesquisas anteriores (CUNHA; GALVÃO, 2010; CUNHA; GALVÃO, 2011a; 2011b) e adaptado para atender aos objetivos desta pesquisa, como também testado em MVHIV que não foram incluídas na amostra para efeito de validação, incluindo as seguintes variáveis:

- **Identificação:** iniciais do nome e número do prontuário.
- **Variáveis dependentes:** as variáveis dependentes deste estudo foram o uso de contraceptivos para planejamento reprodutivo, o desejo reprodutivo expresso pelas MVHIV no momento da entrevista e o poder de decisão sobre aspectos importantes no relacionamento.
- **As variáveis independentes do estudo (dados sociodemográficos, clínicos, sexuais e reprodutivos)**
  - Variáveis sociodemográficas: idade (anos), categorizada em 18-29, 30-39 e  $\geq 40$  anos; escolaridade (anos), categorizada em  $\leq 9$  anos e  $> 9$  anos; estado civil (solteira, casada/vive junto/união consensual/amasiado e divorciado/separado/viúva); cor da pele (branca, preta, parda ou outra) categorizada, conforme classificação dessa variável para população brasileira pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; renda (sim ou não;  $\leq 1$  salário-mínimo e  $> 1$  salário-mínimo); religião, categorizada em católica, evangélica, outra; número de pessoas que moram no mesmo domicílio ( $> 3$  pessoas ou  $\leq 3$  pessoas); mora com parceiro (sim ou não); possui filhos (sim ou não); e número de filhos (0, 1 ou  $\geq 2$ ).
  - Variáveis clínicas: tempo de diagnóstico do HIV ( $< 2$  anos, 3-5 anos,  $> 5$  anos); via de transmissão (relação sexual, transfusão, transmissão vertical, uso de drogas injetáveis, outros, não sabe); uso de TARV (não ou sim); tempo de TARV; carga viral detectável ( $\leq 200$  RNA viral/ml) ou indetectável ( $> 200$  RNA viral/ml); contagem de CD4+  $\leq 350$  células/mm<sup>3</sup> ou  $> 350$  células/mm<sup>3</sup>; e sorologia anti-HIV atual do seu parceiro (positivo ou negativo).
  - Variáveis sexuais, reprodutivas e de poder de decisão no relacionamento: você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses (sim, não, às vezes); você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo (sim, não, às vezes); seu parceiro tem mais controle do que você sobre

o uso ou não de preservativos (sim, não, às vezes); seu parceiro tem mais controle do que você em decisões importantes que afetam o relacionamento (sim/as vezes, não); quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes (sim, não); seu parceiro tem mais controle do que você sobre se você faz ou não sexo (sim, não); Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro (sim, não); Você tem ou teve desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV (sim, não); seu parceiro deseja ter filho(s) (sim, não); se você não quisesse ter filhos, mas se o seu parceiro quisesse, você teria filhos para agradá-lo (sim, não); o profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical (sim, não, às vezes); usa, atualmente, algum método contraceptivo (sim/às vezes, não); o profissional de saúde que acompanha você, informa sobre métodos contraceptivos (sim, não, às vezes); qual o método contraceptivo você prefere (hormonal oral, hormonal injetável, métodos comportamentais, preservativo, esterilização, dispositivo intrauterino, nenhum); já discutiu sobre planejamento reprodutivo com o parceiro (sim, não); você gosta do método contraceptivo que está usando (sim, não, não usa); sabe como reduzir o risco do HIV (sim, não); seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+ (sim, não); fez uso de PrEP nos últimos três meses (sim, não); fez uso de PEP nos últimos três meses (sim, não).

Com a intenção de analisar as percepções de MVHIV sobre sexualidade, maternidade e aborto, aplicou-se, também, um questionário com valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto.

### **Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto (ADAPTADO DE SERENO, LEAL, MAROCO, 2009; CATÃO *et al.*, 2010) (ANEXO B):**

O Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto (QVCSMA), inicialmente, tinha 38 itens para serem respondidos em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente. No entanto, a análise fatorial deste instrumento identificou cinco dimensões capazes de explicar 61% da variância total. Para representar esses fatores, foram mantidos 24 itens dos 38 propostos no instrumento piloto, esta escolha considerou a força, pois, em estudo anterior, os itens que apresentavam peso fatorial < 0,5 foram retirados (ALVES *et al.*, 2021).

Os itens que permaneceram mostraram-se bastante representativos dos fatores aos quais pertenciam (cargas fatoriais elevadas). A chave da cotação varia entre um e cinco, respectivamente. Os escores de cada subescala obtêm-se a partir do somatório das pontuações obtidas em cada item. Assim, considera-se que quanto mais alta a pontuação nas dimensões consideradas, maiores serão as crenças em torno da maternidade como projeto principal da condição feminina; da reprodução como função primordial da sexualidade feminina; da sexualidade como partilha de afetos; piores representações sobre o aborto; e maiores crenças em considerar o prazer como função primordial na sexualidade feminina.

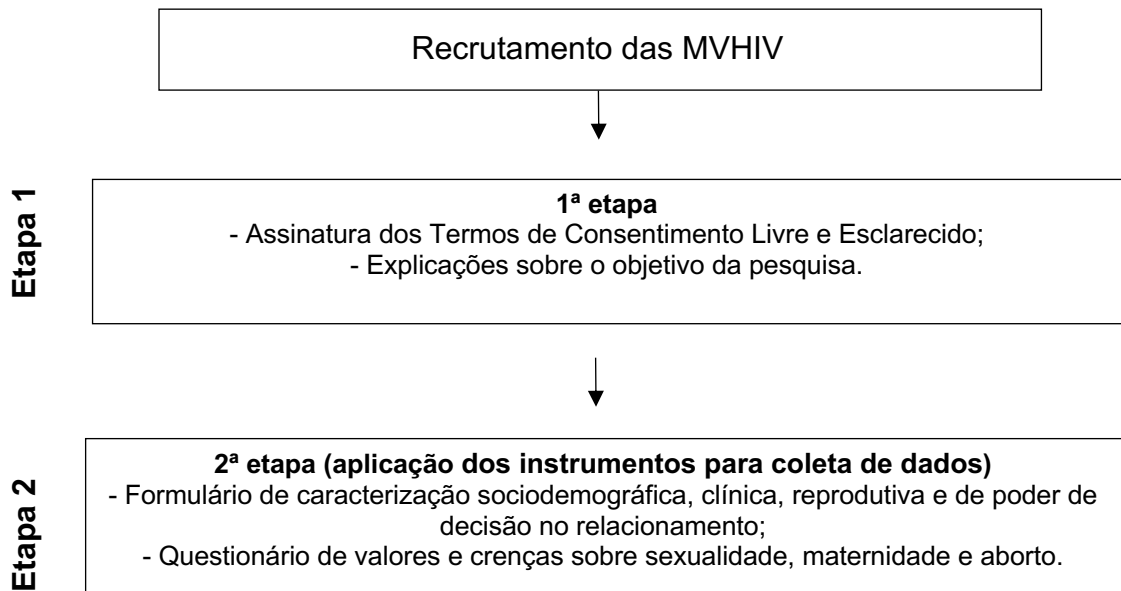
#### **4.7 Delineamento do estudo**

O estudo foi dividido em duas etapas para facilitar a coleta dos dados e a organização destes.

**Etapa 1: Recrutamento das mulheres** - as MVHIV foram recrutadas no ambulatório do HSJDI enquanto aguardavam a consulta com profissional ou ainda para retirada de TARV, e as que se enquadraram nos critérios de elegibilidade foram convidadas para participar da pesquisa. O estudo foi explanado para as pacientes e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

As mulheres foram encaminhadas para espaços reservados e distintos dentro do hospital, com intuito de evitar que elas se encontrassem e trocassem informações acerca do estudo. Outro motivo para evitar o encontro seria preservar o anonimato e sigilo em relação às participantes. Ademais, não houve recusas para participar da pesquisa.

**Etapa 2: aplicação dos instrumentos para coleta de dados** – com duração estimada de 15 a 30 minutos. As participantes foram submetidas à aplicação dos seguintes instrumentos validados e adaptados para esta pesquisa: 1. Formulário de caracterização sociodemográfica, clínica, reprodutiva e de poder de decisão no relacionamento (ANEXO A), em que os pesquisadores perguntaram e preencheram os dados; e 2. Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto (ANEXO B), no qual os pesquisadores fizeram a leitura, no entanto, as MVHIV responderam sozinhas. A síntese das fases de desenvolvimento do estudo está apresentada na Figura 2.



**Figura 2** - Fluxograma do recrutamento e seguimento do estudo das MVHIV (n=165). Fortaleza, Ceará, 2023.

#### 4.8 Processamento e análise estatística dos dados

Para descrever as características das participantes, utilizaram-se, para variáveis numéricas, medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão - DP) e separatrizes, (mediana e intervalo interquartilico - IIQ). Para as variáveis nominais, utilizou-se de descrição por frequências simples e relativas.

Elencaram-se três variáveis de desfecho: desejo de gravidez; uso de contraceptivo; controle do parceiro. As variáveis desfecho desejo de gravidez e uso de contraceptivo foram categorizadas em sim ou não. Por sua vez, a variável desfecho controle do parceiro foi classificada em duas categorias: em sim/às vezes e não. As características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas foram atribuídas como variáveis explanatórias.

Os dados do Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, aborto e maternidade foram analisados de forma descritiva, a partir da apresentação da frequência absoluta e relativa, de acordo com as respostas da escala do tipo *Likert* atribuídas a cada um dos domínios (prazer, afetividade, reprodução, maternidade, aborto), a saber: concordo totalmente; concordo; nem concordo; nem discordo; discordo; discordo totalmente.

As características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas foram associadas a cada um dos três desfechos. Para verificar a associação entre essas variáveis, utilizou-se do teste de qui-quadrado, considerando-se o nível de significância  $p < 0,05$ . Além disso, a força de associação foi verificada pela Razão de Prevalência (RP), e a precisão do efeito foi identificada via intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

As variáveis que na análise bivariada apresentaram  $p < 0,10$ , foram inseridas em um modelo multivariado. Antecipando-se quanto à elevada prevalência dos desfechos estudados, optou-se por utilizar um modelo de regressão de Poisson, com estimador de variância robusta. Esse modelo de regressão é usualmente utilizado na epidemiologia, com a finalidade de analisar estudos cujos dados são binomiais. Esse modelo de regressão tem sido recomendado como boa alternativa para o alcance de estimativas da razão de prevalência ajustada para variáveis de confusão (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008).

A escolha por este modelo se justifica pelo fato de em estudos com prevalência de desfecho moderada e elevada, a regressão logística apresentar resultados que superestimam o real efeito da variável (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008). Assim, os resultados da análise multivariada foram apresentados por meio de Razão de Prevalência Ajustada (RPA) e IC 95%. Adotou-se o nível de significância  $p < 0,05$ . As análises foram realizadas no *software* Stata 13 (STATA, 2022).

#### **4.9 Aspectos éticos e legais**

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal do Ceará e do HSJDI, com os pareceres nº 4.786.168 e nº 4.985.824, respectivamente. Os passos da presente investigação obedeceram às instruções da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi amplo e claramente explicado para cada mulher que a participação no estudo seria livre e a recusa em participar da pesquisa não lhe causaria nenhuma restrição de atendimentos posteriores ou de seguimento de tratamento. Garantiram-se o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos dados coletados. Para aqueles que aceitaram participar do estudo, formalizou-se a participação, mediante a assinatura do TCLE.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização sociodemográfica das mulheres vivendo com HIV

Fizeram parte do estudo 165 participantes. Destas, 50,9% (n=84) declararam-se pardas, 47,3% (n=78) com idades entre 18 e 29 anos, 72,7% (n=120) tinham nove anos ou menos de estudo e 53,3% (n=88) viviam com algum tipo de união estável. A maioria tinha alguma fonte de renda (50,3%; n=83), convivia com mais de três pessoas no domicílio (64,8%; n=107), viva com parceiro (63%; n=104), sendo este HIV negativo (60,1%; n=98) e mais da metade não tinha filhos (53,3%; n=88). Uma mulher teve categoria de exposição vertical, as demais foram sexualmente expostas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cor auto informada</b>		
Branca	35	21,2
Preta	46	27,9
Parda	84	50,9
<b>Idade (média, valor máximo, valor mínimo, desvio padrão)</b>		
Média±DP	29,6±7,3	-
Mediana (IIQ)	31 (23 – 35)	-
Máximo-Mínimo	18 – 47	-
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18-29	78	47,3
30-39	70	42,4
≥40	17	10,3
<b>Anos de estudo</b>		
Média±DP	7,8±4,5	-
Mediana (IIQ)	8 (4 – 11)	-
Máximo-Mínimo	0 - 16	-
<b>Escolaridade (anos)</b>		
≤ 9	120	72,7
> 9	45	27,3
<b>Religião</b>		
Católica	86	52,1
Evangélica	36	21,8
Outra	43	26,1
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	66	40,0

Casada/Vive/junto/União consensual/Amasiado	88	53,3
Divorciado/Separado/viúva	11	6,7
<b>Renda</b>		
Com	82	49,7
Sem	83	50,3
<b>Número de pessoas que moram no mesmo domicílio</b>		
>3	107	64,8
≤ 3	58	35,2
<b>Número de pessoas que moram no mesmo domicílio</b>		
Média±DP	4,2±1,8	
Mediana (IIQ)	4 (3 – 5)	
Máximo-Mínimo	0 -9	
<b>Renda Mensal da Família*</b> (salário-mínimo)		
≤ 1	36	21,8
>1	129	78,2
<b>Renda per capita</b>		
Média±DP	794,2±538,1	-
Mediana (IIQ)	692,6 (404,0909,0)	-
Máximo-Mínimo	0,0 – 3636,0	-
<b>Mora com parceiro</b>		
Sim	104	63,0
Não	61	37,0
<b>Sorologia anti-HIV atual do seu parceiro</b>		
Positiva	65	39,9
Negativa	98	60,1
<b>Possui filho</b>		
Sim	77	46,7
Não	88	53,3
<b>Número de filhos</b>		
0	88	53,3
1	20	12,1
≥2	57	34,6
<b>Número de filhos</b>		
Média ± DP	1,0±1,1	-
Mediana (IIQ)	0 (0 – 2)	-
Máximo-Mínimo	0 – 4	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Salário-mínimo vigente na coleta de dados: R\$1.045,00.

## 5.2 Caracterização clínica das mulheres vivendo com HIV

Quanto aos aspectos clínicos das participantes, 44,2% (n=73) tinham tempo de diagnóstico >5 anos, 86,7% (n=143) estavam em uso de TARV, 90,2% (n=110) apresentavam contagem TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup> e 81,6% (n=80) com carga viral detectável (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização clínica das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>		
< 2	29	17,6
3-5	63	38,2
> 5	73	44,2
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
Média±DP	6,3±4,1	-
Mediana (IIQ)	5 (3 – 10)	-
Máximo-Mínimo	1 – 16	-
<b>Tempo de TARV*</b>		
Média±DP	6,1±3,9	-
Mediana (IIQ)	5 (3 – 10)	-
Máximo-Mínimo	1 – 16	-
<b>Em uso de TARV</b>		
Sim	143	86,7
Não	22	13,3
<b>Contagem de linfócitos T CD4+</b>		
≤ 350 células/mm <sup>3</sup>	12	9,8
> 350 células/mm <sup>3</sup>	110	90,2
<b>Carga viral</b>		
Detectável (>200 RNA viral/ml)	80	81,6
Indetectável (≤ 200 RNA <sup>†</sup> viral/ml)	18	18,4

Fonte: Dados da pesquisa. \*Terapia Antirretroviral. †Ácido ribonucleico.

### 5.3 Caracterização sexual, reprodutiva e desfechos das mulheres vivendo com HIV

Quanto aos aspectos sexuais, observou-se que 62,4% (n=103) das participantes não conseguiram escolher usar o preservativo nas relações sexuais nos últimos 12 meses, 59,4% (n=98) apontaram que o parceiro tinha mais controle quanto ao uso do preservativo, 52,7% (n=87) afirmaram que o parceiro conseguia o que queria quando discutiam. Além disso, 18,2% (n=30) referiram que o parceiro desejava ter filhos, mas 34,5% (n=57) apontaram que se o parceiro quisesse, teriam filhos para agradá-lo (Tabela 3).

Em relação aos aspectos reprodutivos, 38,2% (n=63) das mulheres referiram usar algum método contraceptivo, 27,9% (n=46) preferiam o método hormonal oral e 35,8% (n=59) gostavam do método que usavam. Uma (0,6%) mulher referiu ter preferência pelo uso do dispositivo intrauterino (DIU). Em relação ao cuidado em saúde, 69,1% (n=114) das mulheres afirmaram que o profissional de saúde não informava sobre gravidez e transmissão vertical e 26,7% (n=44) não recebiam

informação sobre métodos contraceptivos. Ademais, 66,1% (n=109) discutiram planejamento reprodutivo com o parceiro, porém 23,6% (n=39) afirmaram não saber como reduzir o risco de HIV e 26,7% (n=44) relataram que o parceiro não conhecia o status sorológico HIV+ (Tabela 3).

Referente ao primeiro desfecho, observou-se que 25,5% (n=42) das mulheres apresentaram desejo de gravidez após diagnóstico de HIV. No segundo desfecho, 38,2% (n=63) usavam algum método contraceptivo. Por fim, para o terceiro desfecho, 63,6% (n=105) relataram que o parceiro tinha mais controle em decisões importantes que afetavam o relacionamento (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>			
Sim	46	27,9	19,7 – 33,6
Não	103	62,4	54,5 – 69,7
Às vezes	16	9,7	5,8 – 15,5
<b>Você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo?</b>			
Sim	75	45,5	37,8 – 53,4
Não	73	44,2	36,6 – 52,2
Às vezes	17	10,3	6,3 – 16,2
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre o uso ou não de preservativos?</b>			
Sim	67	40,6	33,1 – 48,5
Não	98	59,4	51,5 – 66,9
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você em decisões importantes que afetam o relacionamento?</b>			
Sim/Às vezes	105	63,6	55,8 – 70,9
Não	60	36,4	29,1 – 44,2
<b>Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes?</b>			
Sim	78	47,3	39,5 – 55,2
Não	87	52,7	44,8 – 60,5
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre se você faz ou não sexo?</b>			
Sim	79	47,9	40,1 – 55,8
Não	86	52,1	44,2 – 59,9
<b>Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro?</b>			
Sim	69	41,8	34,2 – 49,7
Não	96	58,2	50,2 – 65,7
<b>Você tem ou teve desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV?</b>			
Sim	42	25,5	19,1 – 32,9
Não	123	74,5	67,1 – 80,9
<b>O seu parceiro deseja ter filho(s)?</b>			
Sim	30	18,2	12,8 – 25,1
Não	135	81,8	74,9 – 87,2

<b>Se você não quisesse ter filhos, mas se o seu parceiro quisesse, você teria filhos para agradá-lo?</b>			
Sim	57	34,5	27,4 – 42,4
Não	108	65,5	57,6 – 72,6
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical?</b>			
Sim	50	30,3	23,5 – 38,0
Não	114	69,1	61,4 – 75,9
Às vezes	1	0,6	0,03 – 3,8
<b>Usa atualmente algum método contraceptivo?</b>			
Sim/Às vezes	63	38,2	30,8 – 46,1
Não	102	61,8	53,9 – 69,2
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre métodos contraceptivos?</b>			
Sim	77	46,6	38,9 – 54,6
Não	44	26,7	20,2 – 34,2
Às vezes	44	26,7	20,2 – 34,2
<b>Qual o método contraceptivo você prefere?</b>			
Hormonal oral	46	27,9	21,3 – 35,5
Hormonal injetável	9	5,5	2,7 – 10,4
Métodos comportamentais	23	13,9	9,2 – 20,4
Preservativo	36	21,8	15,9 – 29,0
Nenhum	50	30,3	23,5 – 38,0
<b>Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com seu parceiro?</b>			
Sim	109	66,1	58,2 – 73,1
Não	56	33,9	26,9 – 41,8
<b>Você gosta do método contraceptivo que está usando?</b>			
Sim	59	35,8	28,6 – 43,6
Não	94	57,0	49,0 – 64,6
Não usa	12	7,2	4,0 – 12,6
<b>Sabe como reduzir o risco do HIV?</b>			
Sim	126	76,4	69,0 – 82,4
Não	39	23,6	17,5 – 31,0
<b>Seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+?</b>			
Sim	121	73,3	65,8 – 78,8
Não	44	26,7	20,2 – 34,2
<b>Fez uso de PrEP* nos últimos 3 meses?</b>			
Sim	15	9,1	5,3 – 14,8
Não	150	90,9	85,2 – 94,6
<b>Fez uso de PEP† nos últimos 3 meses?</b>			
Sim	39	23,6	17,5 – 31,0
Não	126	76,4	69,0 – 82,4

Fonte: Dados da pesquisa. \*Profilaxia Pré-Exposição; †Profilaxia Pós-Exposição.

#### 5.4 Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto

Quanto ao questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto, no domínio prazer, 22,4% (n=34) concordaram ou concordaram totalmente que o sexo seria a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas, 29,7% (n=49) discordaram que o sexo é uma parte muito importante da vida. No domínio

afetividade, 32,1% (n=53) das mulheres discordaram da afirmação que mulheres grávidas ficam bonitas e 35,2% (n=58) concordaram tanto que a principal motivação para o sexo seria sentir-se amada, e o sexo sem amor não faz sentido (Tabela 4).

Já no domínio reprodução, 29,1% (n=48) das mulheres discordaram que hoje em dia só engravida quem quer e 35,2% (n=58) discordaram totalmente de que fazer contracepção é fácil. Ademais, no domínio maternidade, 30,3% (n=50) concordaram que todas as mulheres querem ser mães e que a maior motivação para relações sexuais é a reprodução. Houve número semelhante de mulheres que concordaram e discordaram que mulheres que não desejam ter filhos são egoístas, 34,6% (n=57) e 32,7% (n=54), respectivamente. Por fim, no domínio aborto, 60% (n=99) das mulheres concordaram que o aborto pode ser prejudicial à saúde física da mulher (Tabela 4).

**Tabela 4.** Resultados do Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, aborto e maternidade das mulheres vivendo com HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

ITEM	Concordo Totalmente N (%)	Concordo N (%)	Nem concordo, nem discordo N (%)	Discordo N (%)	Discordo totalmente N (%)
<b>Prazer</b>					
1.O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas	37 (22,4)	37 (22,4)	36 (21,8)	28 (17,0)	27 (16,4)
2.As relações sexuais são uma forma de demonstrar carinho e afeto	21 (12,7)	56 (34,0)	22 (13,3)	39 (23,6)	27 (16,4)
3.O sexo é uma parte muito importante da vida	21 (12,7)	44 (26,7)	19 (11,5)	49 (29,7)	32 (19,4)
4.É importante ter prazer na relação sexual	26 (15,8)	74 (44,8)	30 (18,2)	24 (14,5)	11 (6,7)
<b>Afetividade</b>					
5.As mulheres grávidas ficam bonitas	6 (3,6)	26 (15,8)	41 (24,9)	53 (32,1)	39 (23,6)
6.A minha principal motivação para as relações sexuais é sentir-me amado(a)	21 (12,7)	58 (35,2)	28 (17,0)	40 (24,2)	18 (10,9)
7.O sexo sem amor não faz sentido	29 (17,5)	58 (35,2)	26 (15,8)	39 (23,6)	13 (7,9)
8.As pessoas desejam ter filhos para os amarem e serem amados por eles	25 (15,2)	53 (32,1)	47 (28,5)	30 (18,2)	10 (6,0)
<b>Reprodução</b>					
9.Hoje em dia só engravida quem quer	25 (15,2)	38 (23,0)	37 (22,4)	48 (29,1)	17 (10,3)

10.Fazer contracepção é fácil	10 (6,0)	32 (19,4)	34 (20,6)	31 (18,8)	58 (35,2)
11.Existem vantagens e desvantagens em ter um filho	35 (21,2)	61 (36,9)	33 (20,0)	25 (15,2)	11 (6,7)
<b>Maternidade</b>					
12.Todas as mulheres querem ser mães	26 (15,8)	50 (30,3)	36 (21,8)	34 (20,6)	19 (11,5)
13.Engravidar é importante para as mulheres	21 (12,7)	42 (25,5)	42 (25,5)	36 (21,8)	24 (14,5)
14.A minha maior motivação para ter relações sexuais é a reprodução	16 (9,7)	50 (30,3)	32 (19,4)	49 (29,7)	18 (10,9)
15.Uma mulher é sempre responsável por uma gravidez	27 (16,4)	54 (32,7)	33 (20,0)	34 (20,6)	17 (10,3)
16.Uma gravidez é sempre desejada	17 (10,3)	57 (34,6)	36 (21,8)	39 (23,6)	16 (9,7)
17.Ter filhos é essencial para a realização da mulher	28 (17,0)	62 (37,5)	31 (18,8)	28 (17,0)	16 (9,7)
18.A maternidade valoriza o status social da mulher	34 (20,6)	48 (29,1)	17 (10,3)	47 (28,5)	19 (11,5)
19.Um casal sem filhos não é completamente feliz	28 (17,0)	57 (34,6)	20 (12,1)	41 (24,8)	19 (11,5)
20.Ter um filho é necessário para a minha felicidade	24 (14,5)	47 (28,5)	24 (14,5)	46 (28,0)	24 (14,5)
21.As mulheres que não desejam ter filhos são egoístas	25 (15,2)	57 (34,6)	10 (6,0)	54 (32,7)	19 (11,5)
<b>Aborto</b>					
22.O aborto pode ser prejudicial à saúde psicológica da mulher	25 (15,2)	71 (43,0)	8 (4,8)	42 (25,5)	19 (11,5)
23.O aborto pode ser prejudicial à saúde física da mulher	41 (24,9)	99 (60,0)	21 (12,7)	4 (2,4)	0 (0,0)
24.O aborto é um crime em qualquer circunstância	40 (24,2)	73 (44,3)	7 (4,2)	30 (18,2)	15 (9,1)

Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.5 Associação das características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas com o desejo de gravidez

Ao associar as características sociodemográficas, o desejo de gravidez esteve presente em 5,7% (n=2) das que se autodeclararam brancas, em 30,3% (n=14) das pretas e 30,9% (n=26) das pardas, representando aumento de prevalência em 5,32 (IC95%: 1,29 – 22,01) e 5,42 (IC95%: 1,35 – 21,69) vezes, respectivamente. Somente 8,9% (n=4) das pessoas com >9 anos de estudo apresentaram desejo de gravidez, em comparação a 31,7% (n=38) das com ≤ 9 anos, representando redução de 72% (IC95%: 0,11 – 0,74). Já pessoas com algum tipo de relacionamento estável apresentaram 91% (IC95%: 1,02 – 3,56) maior prevalência de desejo de gravidez em

relação às solteiras. Por fim, 37,7% (n=29) das mulheres já tinham filhos e desejavam outro e 14,8% (n=13) desejavam o primeiro filho. Assim, já ter um filho mostrou prevalência 2,54 (IC95%: 1,43 – 4,55) vezes maior de desejo de gestação (Tabela 5).

**Tabela 5.** Associação de variáveis sociodemográficas com desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Desejo de gravidez		RP	IC	p-valor*
	Sim (%)	Não (%)			
<b>Cor auto informada</b>					
Branca	2 (5,7)	33 (94,2)	1	-	-
Preta	14 (30,3)	32 (69,6)	5,32	1,29 – 22,01	<b>0,02</b>
Parda	26 (30,9)	58 (69,5)	5,42	1,35 – 21,69	<b>0,02</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>					
18-29	21 (26,9)	57 (73,1)	1	-	-
30-39	16 (22,9)	54 (77,1)	0,85	0,48 – 1,50	0,571
≥40	5 (29,4)	12 (70,6)	1,09	0,48 – 2,50	0,834
<b>Escolaridade (anos)</b>					
≤ 9	38 (31,7)	82 (68,3)	1	-	-
> 9	4 (8,9)	41 (91,1)	0,28	0,11 – 0,74	<b>0,011</b>
<b>Religião</b>					
Católica	20 (23,3)	66 (76,6)	1	-	-
Evangélica	11 (30,6)	25 (69,4)	1,31	0,70 – 2,46	0,393
Outra	11 (25,6)	32 (74,4)	1,10	0,60 – 2,09	0,770
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	11 (16,7)	55 (83,3)	1	-	-
Casada/Vive junto/União consensual/Amasiado	28 (31,8)	60 (68,2)	1,91	1,02 – 3,56	<b>0,042</b>
Divorciado/Separado/viúva	3 (27,3)	8 (72,7)	1,63	0,54 – 4,96	0,384
<b>Renda</b>					
Com	17 (20,7)	65 (79,3)	1	-	-
Sem	25 (30,1)	58 (69,9)	1,45	0,85 – 2,49	0,173
<b>Número de pessoas que moram no mesmo domicílio</b>					
>3	27 (26,2)	80 (74,8)	1	-	-
≤ 3	15 (25,9)	43 (74,1)	1,02	0,59 – 1,77	0,930
<b>Renda Mensal da Família (salário-mínimo)</b>					
≤ 1	11 (30,6)	25 (69,4)	1	-	-
>1	31 (24,0)	98 (76,0)	0,79	0,44 – 1,41	0,419
<b>Mora com parceiro</b>					
Sim	27 (26,0)	77 (74,0)	1,06	0,61 – 1,82	0,846
Não	15 (24,6)	46 (75,4)	1	-	-
<b>Sorologia anti-HIV atual do seu parceiro</b>					
Positiva	13 (20,0)	52 (80,0)	0,70	0,39 – 1,25	0,228
Negativa	28 (28,6)	70 (70,4)	1	-	-
<b>Possui filho</b>					
Sim	29 (37,7)	48 (62,3)	2,54	1,43 – 4,55	<b>0,002</b>
Não	13 (14,8)	75 (85,2)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.



Quanto às variáveis clínicas e o desejo de gravidez, constatou-se que 50% (n=6) das mulheres com contagem de linfócitos TCD4+  $\leq 350$  células/mm<sup>3</sup> expressaram o desejo de gravidez e 20,9% (n=23) das com que tinham contagem  $>350$  células/mm<sup>3</sup> manifestaram esse desejo. Isso representa diminuição de 58% (IC95%: 0,21 – 0,82) deste desejo (Tabela 6).

**Tabela 6.** Associação de variáveis clínicas com desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV Fortaleza, Ceará, 2023.

	Desejo de gravidez		RP	IC	p-valor**
	Sim (%)	Não (%)			
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>					
< 2	5 (17,2)	24 (82,8)	1	-	-
3-5	17 (27,0)	46 (73,0)	1,57	0,64 – 3,84	0,328
> 5	20 (27,4)	53 (72,6)	1,59	0,66 – 3,84	0,304
<b>Em uso de TARV*</b>					
Sim	39 (27,3)	104 (72,3)	2,00	0,67 – 5,94	<b>0,212</b>
Não	3 (13,6)	19 (86,4)	1	-	-
<b>Contagem de linfócitos T CD4+</b>					
$\leq 350$ células/mm <sup>3</sup>	6 (50,0)	6 (50,0)	1	-	-
$> 350$ células/mm <sup>3</sup>	23 (20,9)	87 (79,1)	0,42	0,21 – 0,82	<b>0,011</b>
<b>Carga viral</b>					
Detectável ( $\leq 200$ RNA <sup>†</sup> viral/ml)	23 (28,7)	57 (71,3)	1	-	-
Indetectável ( $>200$ RNA viral/ml)	7 (38,9)	11 (61,1)	1,35	0,69 – 2,66	0,382

Fonte: Dados da pesquisa. \*Terapia Antirretroviral. †Ácido ribonucleico.

\*\*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Em relação às variáveis sexuais e reprodutivas, identificou-se que 16,7% (n=13) das mulheres que afirmaram que o parceiro conseguia o que queria quando discutiam, apresentaram esse desejo de gravidez, em relação a 33,3% (n=29) das que o parceiro não conseguia. Essa diferença representou 50% menor prevalência de desejo de gestação (IC95%: 0,28 – 0,89). Observou-se que 44% (n=22) das mulheres com profissionais que informaram sobre gravidez e transmissão vertical tinham desejo de gravidez e somente 16,7% (n=19) das mulheres com profissionais que não acompanhavam referiram a vontade de engravidar.

A presença do profissional que informa aumenta a prevalência de desejo de gestação em 2,64 (IC95%: 1,57 – 4,42) vezes. Por fim, identificou-se que 46,7% (n=7) das mulheres que usaram PrEP apresentaram desejo de gravidez e 23,3%

(n=35) das que não usaram manifestaram este sentimento, representando aumento de duas vezes (IC95%: 1,08 – 3,70) na prevalência do desfecho (Tabela 7).

**Tabela 7.** Associação de variáveis sexuais e reprodutivas com desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Desejo de gravidez		RP	IC	p-valor**
	Sim (%)	Não (%)			
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>					
Sim	16 (34,8)	30 (65,2)	1,70	0,98 – 2,96	0,058
Não	21 (20,4)	82 (79,6)	1	-	-
Às vezes	5 (31,2)	11 (68,8)	1,53	0,67 – 3,49	0,309
<b>Você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo</b>					
Sim	23 (30,7)	52 (69,3)	1,31	0,77 – 2,26	0,317
Não	17 (23,9)	56 (76,1)	1	-	-
Às vezes	2 (11,8)	15 (88,2)	0,51	0,13 – 2,00	0,329
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre o uso ou não de preservativos</b>					
Sim	17 (25,4)	50 (74,6)	0,99	0,58 – 1,70	0,984
Não	25 (25,5)	73 (74,5)	1	-	-
<b>Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes?</b>					
Sim	13 (16,7)	65 (83,3)	0,50	0,28 – 0,89	<b>0,019</b>
Não	29 (33,3)	58 (66,7)	1	-	-
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre se você faz ou não sexo?</b>					
Sim	16 (25,2)	63 (79,8)	0,67	0,39 – 0,15	0,149
Não	26 (30,2)	60 (69,8)	1	-	-
<b>Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro?</b>					
Sim	18 (26,1)	51 (73,9)	1,04	0,62 – 1,77	0,875
Não	24 (25,0)	72 (75,0)	1	-	-
<b>O seu parceiro deseja ter filho(s)?</b>					
Sim	8 (26,7)	22 (73,3)	1,06	0,55 – 2,05	0,866
Não	34 (25,2)	101(74,8)	1	-	-
<b>Se você não quisesse ter filhos, mas se o seu parceiro quisesse, você teria filhos para agradá-lo?</b>					
Sim	17 (29,8)	40 (70,2)	1,29	0,76 – 2,18	0,346
Não	25 (23,1)	83 (76,9)	1	-	-
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e</b>					

<b>prevenção de transmissão vertical?</b>					
Sim	22 (44,0)	28 (56,0)	2,64	1,57 – 4,42	<0,001
Não	19 (16,7)	95 (83,3)	1	-	-
Às vezes	1 (100,0)	0 (00,0)	6,00	3,97 – 9,05	<0,001
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre métodos contraceptivos?</b>					
Sim	21 (27,3)	56 (72,7)	1,20	0,62 – 2,31	0,587
Não	10 (22,7)	34 (77,3)	1	-	-
Às vezes	11 (25,0)	33 (75,0)	1,10	0,52 – 2,33	0,803
<b>Qual o método contraceptivo você prefere?</b>					
Hormonal oral	6 (13,0)	40 (87,0)	0,43	0,18 – 1,03	0,058
Hormonal injetável	2 (22,2)	7 (77,8)	0,74	0,20 – 2,71	0,650
Métodos comportamentais	6 (26,1)	17 (73,9)	0,87	0,39 – 1,96	0,735
Preservativo	12 (33,3)	24 (66,7)	1,11	0,59 – 2,08	0,743
Outro método de barreira	0 (00,0)	0 (00,0)	*	*	*
Dispositivo intrauterino	1(100,0)	0 (00,0)	3,33	2,18 – 5,10	<0,001
Esterilização	0 (00,0)	0 (00,0)	*	*	*
Nenhum	15 (30,0)	35 (70,0)	1	-	-
<b>Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com seu parceiro?</b>					
Sim	29 (26,6)	80 (73,4)	1,47	0,65 – 2,03	0,640
Não	13 (23,2)	43 (76,8)	1	-	-
<b>Você gosta do método contraceptivo que está usando?</b>					
Sim	18 (30,5)	41 (69,5)	1,43	0,83 – 2,48	0,198
Não	20 (21,3)	74 (78,7)	1	-	-
Não usa	4 (33,3)	8 (66,7)	1,57	0,64 – 3,82	0,324
<b>Sabe como reduzir o risco do HIV?</b>					
Sim	32 (25,4)	94 (74,6)	0,99	0,54 – 1,83	0,976
Não	10 (25,6)	29 (74,4)	1	-	-
<b>Seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+?</b>					
Sim	33 (27,3)	88 (72,7)	1,33	0,69 – 2,56	0,388
Não	9 (20,5)	35 (79,5)	1	-	-
<b>Fez uso de PrEP<sup>†</sup> nos últimos 3 meses?</b>					
Sim	7 (46,7)	8 (53,3)	2,00	1,08 – 3,70	<b>0,027</b>
Não	35 (23,3)	115(76,7)	1	-	-
<b>Fez uso de PEP<sup>‡</sup> nos últimos 3 meses?</b>					
Sim	10 (25,6)	29 (74,4)	1,00	0,55 – 1,87	0,976
Não	32 (25,4)	94 (74,6)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Não foi possível calcular; <sup>†</sup>Profilaxia Pré-Exposição; <sup>‡</sup>Profilaxia Pós-Exposição.

\*\*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Ao utilizar as variáveis que apresentaram  $p < 0,010$  para o modelo de regressão multivariado, observou-se que, no modelo final, a escolaridade  $> 9$  anos de estudos diminuiu a prevalência do desejo de gestação em 91% (IC95%: 0,01 – 0,73) em relação  $\leq 9$  anos. Ter filhos mostrou-se marginalmente associado com o desfecho,

apresentando acréscimo na prevalência em 89% (IC95%: 0,99 – 3,58). Finalmente, a presença de profissionais que informam sobre gravidez e transmissão vertical aumenta a prevalência de desejo de gestação em 4,26 (IC95%: 1,66 – 10,95) vezes em relação a não ter profissional que informa (Tabela 8).

**Tabela 8.** Análise de regressão de fatores associados ao desejo de gravidez após o diagnóstico de HIV. Fortaleza, Ceará, 2023.

	RPA	IC95%	p-valor**
<b>Cor auto informada</b>			
Branca	-	-	-
Preta	*	*	*
Parda	*	*	*
<b>Escolaridade (anos)</b>			
≤ 9	1	-	-
> 9	0,09	0,01 – 0,73	<b>0,025</b>
<b>Possui filho</b>			
Sim	1,89	0,99 – 3,58	0,052
Não	1	-	-
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical?</b>			
Sim	4,26	1,66 – 10,95	<b>0,003</b>
Não	1	-	-
Às vezes	3,67	0,08 – 171,86	0,508
<b>Qual o método contraceptivo você prefere?</b>			
Hormonal oral	0,72	0,21 – 2,44	0,595
Hormonal injetável	2,20	0,30 – 16,23	0,440
Métodos comportamentais	1,16	0,53 – 2,53	0,706
Preservativo	1,18	0,54 – 2,57	0,676
Outro método de barreira	*	*	*
Dispositivo intrauterino	0,86	0,03 – 2,59	0,930
Esterilização	*	*	*
Nenhum	1	-	-
<b>Fez uso de PEP nos últimos 3 meses?</b>			
Sim	0,77	0,33 – 1,83	0,557
Não	1	-	-
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>			
Sim	0,76	0,38 – 1,51	0,438
Não	1	-	-
Às vezes	1,63	0,68 – 3,95	0,270

Fonte: Dados da pesquisa. \*Não foi possível calcular. \*\*Teste de regressão de Poisson com variância robusta.

## 5.6 Associação das características sociodemográficas, clínicas, sexuais e reprodutivas com o uso de contraceptivos

Quanto às variáveis sociodemográficas relacionadas ao uso de contraceptivos, observou-se que 33,3% (n=15) das mulheres com mais de nove anos

de estudo usavam algum método contraceptivo e 40% (n=48) das que tinha nove anos ou menos usavam, representaram 17% (IC95: 0,32 – 0,49) menor prevalência do uso naquelas com maior escolaridade. Além disso, 46,5% (n=40) das católicas, 36,1% (=13) das evangélicas e 23,3% (n=10) de mulheres que professavam outras religiões usavam contraceptivos. A análise inferencial demonstrou que, em relação às católicas, mulheres com outras religiões tinham 50% (IC95%: 0,28 – 0,90) menor prevalência de uso de contraceptivos (Tabela 9).

**Tabela 9.** Associação de variáveis sociodemográficas com uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Usa contraceptivo		RP	IC	p-valor*
	Sim/Às vezes (%)	Não (%)			
<b>Cor auto informada</b>					
Branca	15 (42,9)	20 (57,1)	1	-	-
Preta	12 (26,1)	34 (73,9)	0,61	0,33 – 1,13	0,117
Parda	36 (42,9)	48 (57,1)	1,00	0,63 – 1,58	1,00
<b>Faixa etária (anos)</b>					
18-29	29 (37,2)	49 (62,8)	1,00	-	-
30-39	27 (38,6)	43 (61,4)	1,04	0,66 – 1,57	0,862
≥ 40	7 (41,2)	10 (58,8)	1,08	0,58 – 2,10	0,754
<b>Escolaridade (anos)</b>					
≤ 9	48 (40,0)	72 (60,0)	1	-	-
> 9	15 (33,3)	30 (66,7)	0,83	0,32 – 0,49	<b>&lt;0,001</b>
<b>Religião</b>					
Católica	40 (46,5)	46 (53,5)	1	-	-
Evangélica	13 (36,1)	23 (63,9)	0,77	0,48 – 1,26	0,313
Outra	10 (23,3)	33 (76,7)	0,50	0,28 – 0,90	0,021
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	33 (50,0)	33 (50,0)	1	-	-
Casada/Vive junto/União consensual/Amasiado	26 (29,6)	62 (70,4)	0,59	0,39 – 0,88	0,011
Divorciado/Separado/viúva	4 (36,4)	7 (63,6)	0,73	0,32 – 1,65	0,447
<b>Renda</b>					
Com	34 (41,5)	48 (58,5)	1	-	-
Sem	29 (34,9)	54 (65,1)	0,84	0,57 – 1,24	0,391
<b>Número de pessoas que moram no mesmo domicílio</b>					
>3	46 (43,0)	61 (57,0)	1	-	-
≤ 3	17 (29,3)	41 (70,7)	0,68	0,43 – 1,08	0,100
<b>Renda Mensal da Família (salário-mínimo)</b>					
≤ 1	18 (50,0)	18 (50,0)	1	-	-
>1	45 (34,9)	84 (65,1)	0,70	0,47 – 1,05	0,081
<b>Mora com parceiro</b>					
Sim	35 (33,7)	69 (66,3)	0,73	0,50 – 1,08	0,114
Não	28 (45,9)	33 (54,1)	1	-	-
<b>Sorologia anti-HIV atual do seu parceiro</b>					
Positiva	24 (36,9)	41 (63,1)	0,95	0,63 – 1,43	0,813

Negativa	38 (38,8)	60 (61,2)	1	-	-
<b>Possui filho</b>					
Sim	31 (40,3)	46 (59,7)	1,11	0,75 – 1,63	0,608
Não	32 (36,4)	56 (63,6)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Quando se analisou a associação entre variáveis clínicas e uso de método contraceptivo, não foi possível identificar diferença estatística entre os grupos avaliados (Tabela 10).

**Tabela 10.** Associação de variáveis clínicas com uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Usa contraceptivo		RP	IC	p-valor**
	Sim/Às vezes (%)	Não (%)			
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>					
< 2	14 (48,3)	15 (51,7)	1	-	-
3-5	22 (34,9)	41 (65,1)	1,38	0,83 – 2,30	0,211
> 5	27 (37,0)	46 (63,0)	1,05	0,67 – 1,66	0,803
<b>Em uso de TARV*</b>					
Sim	54 (37,8)	89 (62,2)	0,92	0,54 – 1,59	0,774
Não	9 (40,9)	13 (59,1)	1	-	-
<b>Contagem de linfócitos T CD4+</b>					
≤ 350 células/mm <sup>3</sup>	5 (41,7)	7 (58,3)	1	-	-
> 350 células/mm <sup>3</sup>	38 (34,5)	72 (65,5)	0,83	0,40 – 1,70	0,610
<b>Carga viral</b>					
Detectável (≤ 200 RNA <sup>†</sup> viral/ml)	35 (43,7)	45 (56,3)	1	-	-
Indetectável (>200 RNA <sup>†</sup> viral/ml)	9 (50,0)	9 (50,0)	1,14	0,67 – 1,93	0,620

Fonte: Dados da pesquisa. \*Terapia Antirretroviral; †Ácido ribonucleico. \*\*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Quanto às variáveis sexuais e reprodutivas, observou-se que 50% (n=23) das mulheres que conseguiu escolher usar preservativo nos últimos 12 meses, 29,1% (n=30) das que não conseguiram e 62,5% (n=10) das que conseguiram às vezes, usavam algum método contraceptivo. Isto representa aumento de 71% (IC95%: 1,13 – 2,61) na prevalência das que conseguiam escolher de 2,15 vezes (IC95%: 1,32 – 3,49) na das que conseguiam às vezes.

Além disso, identificou-se que 24,4% (n=19) das mulheres que afirmaram que o parceiro conseguia o que queria, na maioria das vezes, e 50,6% (n=44) das que o parceiro não conseguia usar contraceptivo, demonstrando diminuição de 52%

(IC95%: 0,31 – 0,75) na prevalência de uso para aquelas que o marido conseguia o queria. Além disso, 49,5% (n=54) das mulheres que discutiam sobre planejamento reprodutivo com o parceiro usavam métodos contraceptivos, das que não discutiram, somente 16,1% (n=9) usavam. Esse fato é responsável pelo aumento da prevalência de uso de contraceptivo em 3,08 vezes (IC95%: 1,65 – 5,79).

Também foi observado que 33,3% (n=42) das mulheres que sabiam reduzir o risco de HIV, usavam preservativo e 53,8% (n=21) das que não sabiam, usam, representando diminuição da prevalência em 38% (IC95%: 0,42 – 0,91) do uso de contraceptivo nas que afirmam saber reduzir o risco. Por fim, 32,2% (n=39) das mulheres com parceiro que conhecia o status sorológico usavam o método contraceptivo e 54,5% (n=24) das que o parceiro não conhecia, usavam o método. O conhecimento do status sorológico diminuiu a prevalência do uso de método contraceptivo em 41% (IC95%: 0,41 – 0,86) (Tabela 11).

**Tabela 11.** Associação de variáveis sexuais e reprodutivas com uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Usa contraceptivo		RP	IC	p-valor**
	Sim/Às vezes (%)	Não (%)			
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>					
Sim	23 (50,0)	20 (50,0)	1,71	1,13 – 2,61	<b>0,011</b>
Não	30 (29,1)	73 (70,9)	1	-	-
Às vezes	10 (62,5)	6 (37,5)	2,15	1,32 – 3,49	<b>0,002</b>
<b>Você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo</b>					
Sim	30 (40,0)	45 (60,0)	1,12	0,74 – 1,70	0,584
Não	26 (35,6)	47 (64,4)	1	-	-
Às vezes	7 (41,2)	10 (58,8)	1,16	0,60 – 2,21	0,661
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre o uso ou não de preservativos</b>					
Sim	29 (43,3)	38 (56,7)	1,24	0,85 – 1,84	0,263
Não	34 (34,7)	64 (65,3)	1	-	-
<b>Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes?</b>					
Sim	19 (24,4)	59 (75,6)	0,48	0,31 – 0,75	<b>0,001</b>

Não	44 (50,6)	43 (49,4)	1	-	-
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre se você faz ou não sexo?</b>					
Sim	30 (38,0)	49 (62,0)	0,99	0,67 – 1,46	0,958
Não	33 (38,4)	53 (61,6)	1	-	-
<b>Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro?</b>					
Sim	30 (43,5)	39 (56,5)	1,25	0,86 – 1,86	0,234
Não	33 (34,4)	63 (65,6)	1	-	-
<b>O seu parceiro deseja ter filho(s)?</b>					
Sim	14 (46,7)	16 (53,3)	1,29	0,82 – 2,00	0,268
Não	49 (36,3)	86 (63,7)	1	-	-
<b>Se você não quisesse ter filhos, mas se o seu parceiro quisesse, você teria filhos para agradá-lo?</b>					
Sim	23 (40,3)	34 (59,6)	1,09	0,73 – 1,63	0,676
Não	40 (37,0)	68 (63,0)	1	-	-
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical?</b>					
Sim	19 (38,0)	31 (62,0)	1,01	0,66 – 1,54	0,973
Não	43 (37,1)	71 (62,3)	1	-	-
Às vezes	1 (100,0)	0 (00,0)	2,65	0,30 – 0,48	<b>&lt;0,001</b>
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre métodos contraceptivos?</b>					
Sim	23 (29,9)	54 (70,1)	0,77	0,47 – 1,28	0,320
Não	17 (38,6)	27 (61,4)	1	-	-
Às vezes	23 (52,3)	21 (57,7)	1,35	0,85 – 2,16	0,206
<b>Qual o método contraceptivo você prefere?</b>					
Hormonal oral	23 (50,0)	23 (50,0)	1,39	0,87 – 2,22	0,171
Hormonal injetável	4 (44,4)	5 (55,6)	1,23	0,54 – 2,80	0,615
Métodos comportamentais	6 (26,1)	17 (73,9)	0,72	0,33 – 1,59	0,420
Preservativo	12 (33,3)	24 (66,7)	0,93	0,51 – 1,68	0,799
Nenhum	18 (36,0)	32 (64,0)	1	-	-
<b>Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com seu parceiro?</b>					
Sim	54 (49,5)	55 (50,5)	3,08	1,64 – 5,79	<b>&lt;0,001</b>
Não	9 (16,1)	47 (83,9)	1	-	-



<b>Você gosta do método contraceptivo que está usando?</b>					
Sim	29 (49,2)	30 (50,8)	1,44	0,98 – 2,12	0,061
Não	32 (34,0)	62 (66,0)	1	-	-
Não usa	2 (16,7)	10 (83,3)	0,49	0,13 – 1,80	0,282
<b>Sabe como reduzir o risco do HIV?</b>					
Sim	42 (33,3)	84 (66,7)	0,62	0,42 – 0,91	0,014
Não	21 (53,8)	18 (46,2)	1	-	-
<b>Seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+?</b>					
Sim	39 (32,2)	82 (67,8)	0,59	0,41 – 0,86	0,006
Não	24 (54,5)	20 (45,5)	1	-	-
<b>Fez uso de PrEP<sup>†</sup> nos últimos 3 meses?</b>					
Sim	7 (44,7)	8 (53,3)	1,25	0,70 – 2,24	0,452
Não	56 (37,3)	94 (62,7)	1	-	-
<b>Fez uso de PEP<sup>‡</sup> nos últimos 3 meses?</b>					
Sim	11 (28,2)	28 (71,8)	0,68	0,40 – 1,78	0,170
Não	52 (41,3)	74 (58,7)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Não foi possível calcular; <sup>†</sup>Profilaxia Pré-Exposição; <sup>‡</sup>Profilaxia Pós-Exposição.  
 \*\*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Ao utilizar as variáveis que apresentaram  $p < 0,010$  para o modelo de regressão multivariado, observou-se que, no modelo final, o parceiro conseguia o que queria após discussão, diminuiu a prevalência do uso de método contraceptivo em 42% (IC95%: 0,37 – 0,91), em relação aos que não conseguiam. Discutir previamente sobre planejamento reprodutivo com parceiro aumenta o uso em 2,49 vezes (IC95%: 1,34 – 4,62), em relação aos que não discutiam. Finalmente, o parceiro conhecer o status sorológico HIV+ da mulher diminuiu a prevalência do desfecho em 34% (IC95%: 0,44 – 0,99), em relação aos que não conheciam (Tabela 12).

**Tabela 12.** Análise de regressão de fatores associados ao uso atual de algum método contraceptivo. Fortaleza, Ceará, 2023.

	RPA	IC95%	p-valor*
<b>Escolaridade (anos)</b>			
≤ 9	1	-	-
> 9	0,75	0,43 – 1,31	0,317
<b>Religião</b>			
Católica	1	-	-
Evangélica	0,70	0,42 – 1,15	0,158
Outra	0,63	0,37 – 1,08	0,092
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	1	-	-

Casada/Vive junto/União consensual/Amasiado	0,71	0,48 – 1,05	0,084
Divorciado/Separado/viúva	0,99	0,38 – 2,59	0,988
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>			
Sim	1,41	0,90 – 2,21	0,131
Não	1	-	-
Às vezes	1,58	0,79 – 3,16	0,194
<b>Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes?</b>			
Sim	0,58	0,37 – 0,91	<b>0,018</b>
Não	1	-	-
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical?</b>			
Sim	0,77	0,48 – 1,23	0,270
Não	1	-	-
Às vezes	1,51	0,51 – 4,42	0,454
<b>Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com seu parceiro?</b>			
Sim	2,49	1,34 – 4,62	<b>0,004</b>
Não	1	-	-
<b>Sabe como reduzir o risco do HIV?</b>			
Sim	0,73	0,46 – 1,18	0,199
Não	1	-	-
<b>Seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+?</b>			
Sim	0,66	0,44 – 0,99	<b>0,048</b>
Não	1	-	-
<b>Renda</b>			
Com	1,08	0,67 – 1,73	0,763
Sem	1	-	-
<b>Você gosta do método contraceptivo que está usando?</b>			
Sim	0,98	0,64 – 1,49	0,917
Não	1	-	-
Não usa	0,45	0,16 – 1,26	0,128

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste de regressão de Poisson com variância robusta.

## 5.7 Associação das características relacionadas ao controle do parceiro no relacionamento

Quanto aos fatores associados ao controle nas decisões que afetam o relacionamento, em relação às variáveis sociodemográficas, observou-se que 83,3% (n=30) das mulheres com renda familiar  $\leq 1$  salário-mínimo tinham parceiro com maior controle em decisões importantes e 58,1% (n=75) das que tinham renda familiar  $> 1$  salário-mínimo tinham o desfecho. Isto representa que mulheres com renda  $> 1$  salário-mínimo tinham 30% menos prevalência de parceiro com mais controle no relacionamento (Tabela 13).

**Tabela 13.** Associação de variáveis sociodemográficas com maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento. Fortaleza, Ceará, 2023.

	<b>Controle do parceiro</b>		<b>RP</b>	<b>IC</b>	<b>p-valor*</b>
	<b>Sim/Às vezes (%)</b>	<b>Não (%)</b>			
<b>Cor auto informada</b>					
Branca	25 (71,4)	10 (28,6)	1	-	-
Preta	24 (52,2)	22 (47,8)	0,73	0,52 – 1,03	0,077
Parda	56 (66,7)	28 (33,3)	0,93	0,72 – 1,21	0,602
<b>Faixa etária (anos)</b>					
18-29	50 (64,1)	28 (35,9)	1	-	-
30-39	42 (60,0)	28 (40,0)	0,94	0,72 – 1,21	0,610
≥ 40	13 (76,5)	4 (23,5)	1,20	0,87 – 1,63	0,269
<b>Escolaridade (anos)</b>					
≤ 9	75 (62,5)	45 (37,5)	1	-	-
> 9	30 (66,7)	15 (33,3)	1,07	0,83 – 1,37	0,612
<b>Religião</b>					
Católica	51 (59,3)	35 (40,7)	1	-	-
Evangélica	26 (72,2)	10 (27,8)	1,21	0,93 – 1,59	0,150
Outra	28 (65,1)	15 (34,9)	1,10	0,83 – 1,45	0,514
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	41 (62,1)	25 (37,9)	1	-	-
Casada/Vive junto/União consensual/Amasiado	55 (62,5)	33 (37,5)	1,01	0,78 – 1,29	0,962
Divorciado/Separado/viúva	9 (81,8)	2 (18,2)	1,32	0,94 – 1,84	0,110
<b>Renda</b>					
Com	49 (59,8)	33 (40,2)	1,13	0,89 – 1,43	0,307
Sem	56 (67,5)	27 (32,5)	1	-	-
<b>Número de pessoas que moram no mesmo domicílio</b>					
>3	66 (61,7)	41 (38,3)	1	-	-
≤ 3	39 (67,2)	19 (32,8)	1,09	0,86 – 1,38	0,470
<b>Renda Mensal da Família (salário-mínimo)</b>					
≤ 1	30 (83,3)	6 (16,7)	1	-	-
>1	75 (58,1)	54 (41,9)	0,70	0,57 – 0,86	<b>0,001</b>
<b>Mora com parceiro</b>					
Sim	68 (65,4)	36 (34,6)	1,08	0,84 – 1,40	0,551
Não	37 (60,7)	24 (39,3)	1	-	-
<b>Sorologia anti-HIV atual do seu parceiro</b>					
Positiva	38 (56,5)	27 (41,5)	0,87	0,68 – 1,11	0,263
Negativa	66 (67,4)	32 (63,6)	1	-	-
<b>Possui filho</b>					
Sim	46 (59,7)	31 (40,3)	0,89	0,70 – 1,13	0,337
Não	59 (67,1)	29 (32,9)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Quando se analisou a associação entre variáveis clínicas e o maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento, não foi possível identificar diferença estatística entre os grupos avaliados (Tabela 14).

**Tabela 14.** Associação de variáveis clínicas com maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Controle do parceiro		RP	IC	p-valor**
	Sim/Às vezes (%)	Não (%)			
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>					
< 2	21 (72,4)	8 (27,6)	1	-	-
3-5	44 (69,8)	19 (30,2)	0,96	0,73 – 1,27	0,799
> 5	40 (54,8)	33 (45,2)	0,76	0,56 – 1,03	0,075
<b>Em uso de TARV*</b>					
Sim	90 (62,9)	53 (37,1)	0,92	0,67 – 1,26	0,616
Não	15 (68,2)	7 (31,8)	1	-	-
<b>Contagem de linfócitos T CD4+</b>					
≤ 350 células/mm <sup>3</sup>	3 (25,0)	9 (75,0)	1	-	-
> 350 células/mm <sup>3</sup>	71 (64,5)	39 (35,5)	2,58	0,96 – 6,97	0,061
<b>Carga viral</b>					
Detectável (≤ 200 RNA <sup>†</sup> viral/ml)	52 (65,0)	28 (35,0)	1	-	-
Indetectável (>200 RNA <sup>†</sup> viral/ml)	7 (38,8)	11 (61,1)	0,60	0,33 – 1,09	0,096

Fonte: Dados da pesquisa. \*Terapia Antirretroviral; †Ácido ribonucleico. \*\*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Quanto às características sexuais, constatou-se que 74,6% (n=50) das mulheres que referiram que o parceiro tinha mais controle sobre o uso de preservativo e 56,1% (n=55) das mulheres que o parceiro não tinha controle sobre o uso de preservativos, tinham parceiro com maior controle na relação. Isto representa aumento da prevalência do controle do parceiro em 1,33 vezes (IC95%: 1,06 – 1,66). Além disso, 71,8% das mulheres com parceiro que conseguia o que queria após discussão e 56,3% (n=49) das com parceiro que não conseguiam, o parceiro tinha maior controle no relacionamento, esta diferença representou aumento na prevalência de mais controle em 27% (IC95%: 1,01 – 1,61). Ademais, identificou-se que 82,6% (n=57) das mulheres que se sentiram forçadas a fazer sexo e 50% (n=48) das que não se sentiram, tinham parceiro com mais controle na relação, elevando em 65% (IC95%: 1,31 – 2,07) a prevalência de controle do parceiro naquelas que se sentiram forçadas (Tabela 15).

Em relação às características reprodutivas, 50% (n=25) das mulheres tinham profissional que informava sobre gravidez e transmissão vertical, tinham parceiro com mais controle no relacionamento, já 70,2% (n=80) das que não tinham esse direcionamento profissional, tinham parceiro com maior controle. Esta diferença

representou diminuição de 29% da prevalência de maior controle do parceiro das mulheres que tinham acompanhamento. Por fim, das que já discutiram sobre planejamento reprodutivo com o parceiro, 76,1% (n=78) tinham parceiro com maior controle no relacionamento e 48,2% (n=27) das que não tinham discutido, tinham parceiro com mais controle. A discussão sobre planejamento reprodutivo representou aumento em 50% (IC95%: 1,10 – 2,00) na prevalência de maior controle do parceiro na relação (Tabela 15).

**Tabela 15.** Associação de variáveis sexuais e reprodutivas com maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento. Fortaleza, Ceará, 2023.

	Controle do parceiro		RP	IC	p-valor**
	Sim/Às vezes (%)	Não (%)			
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>					
Sim	28 (60,9)	18 (39,1)	0,88	0,67 – 1,15	0,360
Não	71 (68,9)	32 (39,1)	1	-	-
Às vezes	6 (37,5)	10 (62,5)	0,54	0,28 – 1,04	0,065
<b>Você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo</b>					
Sim	54 (72,0)	21 (28,0)	1,28	1,00 – 1,64	<b>0,049</b>
Não	41 (56,2)	32 (43,8)	1	-	-
Às vezes	10 (58,8)	7 (41,2)	1,04	0,67 – 1,63	0,840
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre o uso ou não de preservativos</b>					
Sim	50 (74,6)	17 (25,4)	1,33	1,06 – 1,66	<b>0,013</b>
Não	55 (56,1)	43 (43,9)	1	-	-
<b>Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes?</b>					
Sim	56 (71,8)	22 (28,2)	1,27	1,01 – 1,61	<b>0,040</b>
Não	49 (56,3)	38 (43,7)	1	-	-
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre se você faz ou não sexo?</b>					
Sim	53 (67,1)	26 (32,9)	1,11	0,88 – 1,40	0,378
Não	52 (60,5)	34 (39,5)	1	-	-
<b>Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro?</b>					
Sim	57 (82,6)	12 (17,4)	1,65	1,31 – 2,07	<b>&lt;0,001</b>
Não	48 (50,0)	48 (50,0)	1	-	-
<b>O seu parceiro deseja ter filho(s)?</b>					
Sim	21 (70,0)	9 (30,0)	1,12	0,86 – 1,47	0,392
Não	84 (62,2)	51 (37,8)	1	-	-

<b>Se você não quisesse ter filhos, mas se o seu parceiro quisesse, você teria filhos para agradá-lo?</b>					
Sim	35 (61,4)	22 (38,6)	0,95	0,74 – 1,21	0,671
Não	70 (64,8)	38 (35,2)	1	-	-
<b>O profissional de saúde que acompanha você, te informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical?</b>					
Sim	25 (50,0)	25 (50,0)	0,71	0,53 – 0,96	<b>0,028</b>
Não	80 (70,2)	34 (29,8)	1	-	-
Às vezes	0 (00,0)	1 (100,0)	*	*	*
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre métodos contraceptivos?</b>					
Sim	49 (63,6)	28 (36,4)	1,00	0,76 – 1,32	1,00
Não	28 (63,6)	16 (36,4)	1	-	-
Às vezes	28 (63,6)	16 (36,4)	1,00	0,73 – 1,37	1,00
<b>Qual o método contraceptivo você prefere?</b>					
Hormonal oral	31 (67,4)	15 (32,6)	*	*	*
Hormonal injetável	6 (66,7)	3 (33,3)	*	*	*
Métodos comportamentais	16 (69,6)	7 (30,4)	*	*	*
Preservativo	20 (55,6)	16 (44,4)	*	*	*
Nenhum	32 (64,0)	18 (36,0)	1	-	-
<b>Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com seu parceiro?</b>					
Sim	78 (71,6)	31 (28,4)	1,50	1,10 – 2,00	<b>0,009</b>
Não	27 (48,2)	29 (51,8)	1	-	-
<b>Você gosta do método contraceptivo que está usando?</b>					
Sim	35 (59,3)	24 (40,7)	0,84	0,66 – 1,08	0,186
Não	66 (70,2)	28 (29,8)	1	-	-
Não usa	4 (33,3)	8 (66,7)	0,47	0,21 – 1,07	0,073
<b>Sabe como reduzir o risco do HIV?</b>					
Sim	84 (66,7)	42 (33,3)	1,24	0,90 – 1,70	0,186
Não	21 (53,8)	18 (46,2)	1	-	-
<b>Seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+?</b>					
Sim	78 (64,5)	43 (35,5)	1,05	0,80 – 1,38	0,721
Não	27 (61,4)	17 (38,6)	1	-	-
<b>Fez uso de PrEP<sup>†</sup> nos últimos 3 meses?</b>					
Sim	6 (40,0)	9 (60,0)	0,61	0,32 – 1,14	0,121
Não	99 (66,0)	51 (34,0)	1	-	-
<b>Fez uso de PEP<sup>‡</sup> nos últimos 3 meses?</b>					
Sim	26 (66,7)	13 (37,3)	1,06	0,82 – 1,38	0,644
Não	79 (62,7)	47 (37,3)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*Não foi possível calcular; <sup>†</sup>Profilaxia Pré-Exposição; <sup>‡</sup>Profilaxia Pós-Exposição.

\*\*Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Ao utilizar as variáveis que apresentaram  $p < 0,010$  para o modelo de regressão multivariado, verificou-se que, no modelo final, “o parceiro tem mais controle do que você sobre o uso de preservativos”, mostrou-se marginalmente associado ao aumento de 47% (IC95%: 0,97 – 2,22) da prevalência de maior controle do parceiro em decisões importantes em relação aos que não tinham mais controle. Já o acompanhamento profissional sobre gravidez e transmissão vertical reduziu a prevalência do desfecho em 53% (IC95%: 0,24 – 0,92) (Tabela 16).

Após o ajuste das associações que tinham  $p < 0,10$ , conseguir usar preservativo nas relações sexuais nos últimos 12 meses mostrou aumento na prevalência de maior controle do parceiro em 2,08 vezes (IC95%: 1,20 – 3,60) em relação as que não usaram. Da mesma forma, não usar contraceptivo diminuiu a prevalência do maior controle do parceiro em 73% (IC95%: 0,08 – 0,93) em relação às mulheres que não gostavam do método contraceptivo usado atualmente (Tabela 16).

**Tabela 16.** Análise de regressão de fatores associados ao maior controle do parceiro em decisões importantes que afetam o relacionamento. Fortaleza, Ceará, 2023.

	RPA	IC95%	p-valor**
<b>Renda</b>			
Com	1	-	-
Sem	0,86	0,53 – 1,37	0,516
<b>Você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo</b>			
Sim	1,30	0,74 – 2,28	0,358
Não	1	-	-
Às vezes	0,76	0,37 – 1,57	0,462
<b>Seu parceiro tem mais controle do que você sobre o uso ou não de preservativos</b>			
Sim	1,47	0,97 – 2,22	0,068
Não	1	-	-
<b>Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes?</b>			
Sim	0,99	0,58 – 1,69	0,973
Não	1	-	-
<b>Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro?</b>			
Sim	1,57	0,97 – 2,54	0,067

Não	1	-	-
<b>O profissional de saúde que acompanha você, informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical?</b>			
Sim	0,47	0,24 – 0,92	<b>0,027</b>
Não	1	-	-
Às vezes	*	*	*
<b>Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com seu parceiro?</b>			
Sim	1,34	0,86 – 2,27	0,196
Não	1	-	-
<b>Cor auto informada</b>			
Branca	1	-	-
Preta	1,07	0,51 – 2,27	0,850
Parda	1,72	0,86 – 3,42	0,124
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>			
< 2	1	-	-
3-5	1,08	0,63 – 1,84	0,780
> 5	0,74	0,41 – 1,32	0,306
<b>Contagem de linfócitos T CD4+</b>			
≤ 350 células/mm <sup>3</sup>	1	-	-
> 350 células/mm <sup>3</sup>	1,10	0,40 – 3,00	0,858
<b>Carga viral</b>			
Detectável (≤ 200 RNA <sup>†</sup> viral/ml)	1	-	-
Indetectável (>200 RNA viral/ml)	0,70	0,42 – 1,16	0,164
<b>Você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses?</b>			
Sim	2,08	1,20 – 3,60	<b>0,009</b>
Não	1	-	-
Às vezes	1,28	0,50 – 3,28	0,609
<b>Você gosta do método contraceptivo que está usando?</b>			
Sim	1,03	0,44 – 2,40	0,941
Não	1	-	-
Não usa	0,27	0,08 – 0,93	0,038

Fonte: Dados da pesquisa. \*Não foi possível calcular; <sup>†</sup>Ácido ribonucleico. <sup>\*\*</sup>Teste de regressão de Poisson com variância robusta.



## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Características sociodemográficas e clínicas

A investigação do comportamento contraceptivo e dos fatores associados ao poder e desejo reprodutivo de MVHIV apresenta grandes implicações para parceiros e bebês, devido ao risco de transmissão sexual e vertical do HIV (SOUZA et al., 2022). Os resultados demonstraram que a idade média das MVHIV era de 29,6, autodeclaradas pardas, com nove anos ou menos de estudo e vivendo com algum tipo de união estável. A maioria tinha alguma fonte de renda, sem filhos, convivendo com mais de três pessoas no domicílio, incluindo o parceiro, sendo estes, na maioria, HIV negativo. As MVHIV foram, em maioria, sexualmente expostas.

A concentração de casos nas faixas etárias em idade fértil, principalmente a partir dos 15 até 39 anos, pode ocorrer porque a relação sexual representa a principal forma de transmissão do HIV (SILVA, MOTTA, BELLENZANI, 2019). Metanálise demonstrou associações do desejo de fertilidade com a idade e o número de filhos em todos os subgrupos de pessoas vivendo com HIV com menos de 30 anos (YAN, DU, JI, 2021), no entanto, prevalece na literatura o desejo de maternidade em MVHIV, com média de idade maior que 30 anos (WAGNER et al., 2021; DINA et al., 2021).

Identificou-se, também, que a escolaridade >9 anos de estudos diminuiu a prevalência do desejo de gestação em 91% em relação às MVHIV ≤9 anos. Dados consistentes com os boletins epidemiológicos de HIV/aids do Brasil, em que a maioria das MVHIV que engravidam se autodeclararam pardas e possuíam menos de nove anos de estudo (BRASIL, 2020).

As MVHIV que, geralmente, tem desejo pela maternidade ou filhos advindos de uma gravidez planejada, são casadas ou vivem relacionamento estável com o companheiro por período longo (DAMIAN, NGAHATILWA, FADHILI et al., 2019). As MVHIV que estão em relacionamento estável com parceiro também são mais propensas a revelar o status de HIV. Morar junto, geralmente, envolve atividades sexuais e preocupações com a transmissão do HIV. Também melhora a sensação de bem-estar e ajuda no desenvolvimento da empatia entre os casais. Além disso, a relação sexual segura, o sexo com apenas um parceiro e a possibilidade e confiança de revelar o status sorológico para o parceiro sexual constituem estratégias importantes para prevenir a transmissão do HIV a uma segunda ou terceira pessoa e para à TARV (ENDALAMAW, ASSEFA, GEREMEW et al., 2021).

Neste estudo, a maioria das mulheres adquiriu o HIV por exposição sexual. O monitoramento de indicadores tem mostrado que esta é a principal via de disseminação do HIV a nível global, e as mulheres jovens representam, aproximadamente, 25% das novas infecções por HIV em todo o mundo. Apesar dos esforços e das metas internacionais, como a ampliação e o maior acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), as MVHIV não têm as necessidades de saúde sexual, reprodutiva e de prevenção do HIV integralmente atendidas (ENDALAMAW, ASSEFA, GEREMEW et al., 2021).

Quanto aos aspectos clínicos das MVHIV, quase a metade delas tinham mais de cinco anos que conheciam o diagnóstico de HIV, sendo que a maioria relatou uso da TARV, contagem de Linfócitos TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup>. Das que apresentavam Linfócitos TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup>, vinte três relataram desejo reprodutivo.

Neste estudo, as participantes autodeclararam seguir e crer em algum tipo de religião e relataram que usavam contraceptivos, sendo que aquelas que professaram fé diferente da católica, tinham menor prevalência no uso de contraceptivos. Este dado pode relacionar-se com alguns dos achados deste estudo, principalmente relacionados à necessidade do uso consistente da TARV e da prática e uso de métodos contraceptivos. As normas, os valores e as crenças dentro dos contextos culturais restringem ou capacitam os comportamentos, incluindo de prevenção do HIV (VIGLIOTTI, TAGGART, WALKER et al., 2020).

A religião é fator social e cultural chave, com influência generalizada sobre as normas, os valores, as estruturas e instituições, que impactam profundamente os comportamentos e as decisões dos indivíduos. Países com população de crescimento mais rápido, incluindo aqueles com maior predomínio e impacto de HIV, relatam alto envolvimento religioso. Por exemplo, na África do Sul, a região com maior prevalência de HIV no mundo, 56% da população relatam ser membro ativo de igrejas ou organizações religiosas (WORLD VALUES SURVEY, 2019; VIGLIOTTI, TAGGART, WALKER et al., 2020).

Por outro lado, a religião e a fé têm potencial atuação no apoio e conforto das MVHIV, sendo relatadas como motivos que fortalecem essas mulheres a acreditarem em dias melhores (LIPIRA, WILLIAMS, NEVIN et al., 2019). No início da epidemia de HIV, a religião era considerada prejudicial aos esforços de prevenção, pois algumas comunidades religiosas consideravam a aids como punição pelo pecado e se opunham à promoção pública do uso de preservativos e formas de educação sexual.

Mais recentemente, surgiram teologias de redução de danos dentro de alguns grupos e organizações religiosas, e estes se tornaram importantes parceiros de intervenção em HIV em vários países (RANSOME, 2020).

Quanto aos aspectos clínicos das MVHIV, quase a metade delas tinham mais de cinco anos que conheciam o diagnóstico de HIV, sendo que a maioria relatou uso da TARV, contagem de Linfócitos TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup>. Das que apresentavam Linfócitos TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup>, vinte três relataram desejo reprodutivo.

Quanto ao uso e acesso à TARV, em 2021, 28,7 milhões de PVHIV tiveram acesso à terapia antirretroviral, dentre estes, 80% de MVHIV com idade igual ou superior a 15 anos tiveram acesso ao tratamento. O maior acesso à TARV fazia parte do conjunto de metas estabelecidas pelo 95-95-95, e atingiu 88% de todas as PVHIV que conheciam o status sorológico a nível mundial. Além disso, a contagem de Linfócitos TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup> (UNAIDS, 2022).

Na Etiópia, África Oriental, pesquisa sobre o desejo de fertilidade e conhecimento da prevenção do HIV identificou a maioria dos participantes, 340 (57,6%), em uso de TARV (DINA et al., 2021), dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. No entanto, houve discrepância relacionada ao LTCD+, na qual 55,7% dos entrevistados tinham contagem de Linfócitos TCD4+ ≤500 (MEKONNEN, MINYIHUN, 2019).

No entanto, os dados globais demonstram que 98% das PVHIV com acesso ao tratamento, conseguiram supressão viral (UNAIDS, 2022), esses indicadores diferem do resultado deste estudo, no qual as MVHIV, mesmo relatando uso da TARV, estavam com carga viral detectável. Em pesquisa desenvolvida com PVHIV, encontrou-se que a carga viral das 263 (83,8%) participantes que estavam em uso de TARV, era indetectável (WAGNER et al., 2021).

O reconhecimento de que a carga viral do HIV está altamente associada ao risco de transmissão, tornou o tratamento como prevenção (TasP), em que indetectável=intransmissível (I=I), em uma das principais políticas para prevenir a transmissão sexual do HIV.

Dessa forma, a supressão viral deve ser priorizada nesta retomada de tratamento das PVHIV pós-pandemia. E as ações de aconselhamento e educação sobre HIV, com plena implementação nos serviços especializados, além da maior difusão do início da TARV, no momento do diagnóstico, independentemente da contagem de Linfócitos TCD4+ ou do estágio da doença (BOR, FISCHER, MODI et

al., 2021). Assim, difundir a política de I=I pode reduzir o estigma e melhorar a aceitação do teste e tratamento do HIV.

Alguns profissionais de saúde relutam em compartilhar informações sobre TasP e I=I, alguns deles, temendo as consequências não intencionais, como gravidez não planejada, aquisição de outras IST e de HIV, se as pessoas fizerem sexo sem preservativo e sem supressão viral ou sem acompanhamento correto sobre a supressão viral (BOR, FISCHER, MODI et al., 2021).

O estigma em torno do comportamento sexual (especialmente o comportamento sexual entre pessoas do mesmo sexo), as relações de poder e decisão no relacionamento e as desigualdades de gênero também desempenham papel importante na lenta disseminação de informações sobre TasP e I=I (CALABRESE, MAYER, 2019).

Talvez, os resultados relacionados a não supressão da carga viral estejam relacionados à inversão de prioridades imposta pela pandemia da doença COVID-19 aos serviços e profissionais da saúde, em que serviços ditos “não essenciais” ou “não urgentes” foram parcialmente suspensos e, dentre outros, as PVHIV perderam espaço, acompanhamento sistematizado e prioridade na rotina desses serviços (BROWN, SPINELLI, GANDHI, 2021).

Com o advento da COVID-19, as PVHIV tiveram que cancelar atendimentos ambulatoriais de rotina, substituir visitas domiciliares em acompanhamento telefônico ou outra via remota, desviar serviços especializados em HIV e outras doenças infectocontagiosas para internação e diminuir testes rápidos e laboratoriais de rotina e serviços sociais para as PVHIV. Ademais, as regras de isolamento social distanciaram as PVHIV e limitaram acesso à TARV e as profilaxias pré e pós-exposição sexual (CHOW, HOCKING, ONG et al., 2020; KRAKOWER, 2020).

A pandemia da COVID-19 interrompeu os quatro pilares principais do controle da epidemia de HIV destacados pelo UNAIDS 90–90–90 e pelas iniciativas *End the HIV Epidemic* dos Estados Unidos: prevenção, diagnóstico, tratamento e controle. Além do impacto socioeconômico e aumento de vulnerabilidades relacionadas ao aumento do desemprego, perda de renda, insegurança alimentar, perda de moradia estável, aumento da violência doméstica e prostituição (TORRES, HOAGLAND, BEZERRA, 2020; BROWN, SPINELLI, GANDHI, 2021).

## 6.2 Valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto

Nos achados deste estudo quanto ao Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto que foi dividido por domínios, observou-se que no domínio prazer, poucas MVHIV concordaram ou concordaram totalmente que o sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas e menos da metade discordaram que o sexo é uma parte muito importante da vida.

No domínio afetividade, menos da metade das MVHIV discordaram da afirmação que mulheres grávidas ficam bonitas, além de que algumas concordaram tanto que a principal motivação para o sexo é sentir-se amada, quanto que o sexo sem amor não faz sentido.

No domínio reprodução, poucas MVHIV discordaram que hoje em dia somente engravida quem quer e discordaram totalmente de que a contracepção é fácil. Medo da violência, julgamento, exposição ou abandono podem impedir as mulheres de negociar sexo seguro e de aprender e/ou compartilhar a condição de HIV, se os resultados forem positivos. Além disso, devido a esses medos, muitas MVHIV, às vezes, são acusadas por parceiros, parentes e comunidade por não ter filhos, por trazer o HIV para a família e serem imorais, promíscuas e quebrarem as normas sexuais (ATAULLAHJAN, MUMTAZ, VALLIANATOS, 2019; JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020). Talvez, isso esteja relacionado às dificuldades que essas mulheres sentem em prevenir e planejar a gravidez e usar de forma consistente um método contraceptivo.

Independente da região e da limitação ou não de recursos, as MVHIV devem ter opções e intervenções de saúde que lhes permitam levar uma vida mais saudável e evitar agravos à própria saúde. Por exemplo, para o câncer do colo do útero, que é uma doença evitável, mas cujo rastreamento e prevenção realizados em países e regiões em desenvolvimento permanece um desafio (MCGRANAHAN, BRUNO-MCCLUNG, NAKYEYUNE et al., 2019). A ampliação da testagem, da distribuição gratuita da TARV e a vigilância epidemiológica têm demonstrado bons resultados, no entanto, precisam ser implementadas ações dentro de uma estrutura baseada em direitos, tanto sexuais e reprodutivos, como humanos (NINSIIMA, MICHIELSEN, KEMIGISHA et al., 2020).

Ademais, no domínio maternidade, minoria das MVHIV concordaram que todas as mulheres queriam ser mães e que a maior motivação para relações sexuais

seria a reprodução. Houve número semelhante de mulheres que concordaram e discordaram que mulheres que não desejam ter filhos são egoístas.

A maternidade é algo comum, quando se pensa no papel social da mulher, entretanto, a feminização do HIV e as possibilidades de transmissão sexual e vertical também possuem repercussão neste cenário. O desejo pela maternidade é marcada por questões socioculturais importantes, sendo necessário refletir que conviver com o HIV pode ou não anular o desejo de ser mãe, não sendo questão de egoísmo, mas de receio frente às possíveis situações que podem ser vivenciadas no relacionamento e no processo de gestação e pós-parto (KISIGO *et al.*, 2020). O acolhimento de MVHIV sobre as dúvidas e angústias relacionadas à gestação e à maternidade podem minimizar a aversão e as ideias erradas sobre este processo, bem como reduzir agravos à saúde do binômio (MPINGANJIRA *et al.*, 2020).

Por fim, no domínio aborto, a maioria das MVHIV entrevistadas concordou que o aborto pode ser prejudicial à saúde física da mulher. Desta maneira, percebe-se a importância do planejamento reprodutivo e da orientação sobre o uso de métodos contraceptivos seguros e eficazes em serviços de saúde para evitar, dentre outras situações, a gravidez não planejada e indesejada pela mulher ou pelo casal (NANVUBYA, MATOVU, ABAASA *et al.*, 2021).

Além disso, cabe mencionar que as lesões e doenças resultantes e decorrentes de um aborto inseguro representam enorme carga de saúde e continuam sendo desafio crítico para os sistemas de saúde, que já estão sobrecarregados com outras morbidades. Desta forma, emerge a necessidade de serem ampliadas as ações de promoção e educação em saúde por profissionais e serviços, além do acesso e da disponibilidade de opções contraceptivas seguras e associadas à proteção da transmissão do HIV (NANVUBYA, MATOVU, ABAASA *et al.*, 2021).

A maioria das religiões e culturas não incentiva o aborto porque vai contra as crenças destas. Consequentemente, o aborto tende a ser associado ao medo, vergonha e estigma, acarretando discriminação na sociedade. Esse contexto aumenta as vulnerabilidades das MVHIV (GEBREMEDHIN, SEMAHEGN, USMAEL *et al.*, 2018; USHIE, JUMA, KIMEMIA *et al.*, 2019). Estudo realizado no Quênia sobre as percepções da comunidade acerca do aborto indicou que as mulheres que abortam são excluídas das atividades da comunidade, sendo rotuladas como assassinas e maus exemplos para outras mulheres (USHIE, JUMA, KIMEMIA *et al.*, 2019).

O aborto inseguro contribui para morbimortalidade materna, embora seja evitável. Desta maneira, o planejamento reprodutivo continua sendo uma das intervenções de saúde pública com melhor custo e benefício para prevenir gravidezes não planejadas e indesejadas (GÓMEZ-SUÁREZ, MELLO, GONZALEZ et al., 2019). Mulheres submetidas a abortos, geralmente, relatam gestações não intencionais ou desejadas, indicando necessidade não atendida quanto ao planejamento reprodutivo, acesso e uso de métodos contraceptivos de maneira adequada e a decisão pela reprodução (USHIE, JUMA, KIMEMIA et al., 2019; NANVUBYA, MATOVU, ABAASA et al., 2021).

### **6.3 Características sexuais e reprodutivas**

Referente aos aspectos sexuais, neste estudo, observou-se que mais da metade das participantes não conseguiram escolher usar o preservativo nas relações sexuais, no entanto, mais da metade apontaram que o parceiro tinha mais controle quanto ao uso do preservativo e parcela considerável de MVHIV relatou que o parceiro conseguia o que queria no relacionamento. Independentemente do parceiro conseguir o que queria, na maioria das vezes, mais da metade das MVHIV não desejavam engravidar nem ter filhos.

Intervenções para reduzir novas infecções por HIV são descritas na literatura, estas priorizam o aconselhamento e a testagem do HIV, o acesso à terapia antirretroviral, a promoção do sexo seguro com o uso de preservativos e o envolvimento dos parceiros na vida sexual e reprodutiva do casal (KENGNE-NDE, TEJIOKEM, ORNE-GLIEMANN et al., 2021).

Revisão sistemática e metanálise revelou que a utilização de contraceptivos duplos entre mulheres HIV positivas na Etiópia foi significativamente associada ao parceiro e envolvimento no aconselhamento pós-teste, discussão aberta sobre contraceptivos duplos com o parceiro, dentre outros (AYELE et al., 2021).

As recomendações de boas práticas para avançar em saúde reprodutiva e direitos das MVHIV estão baseados em uma abordagem integral, centrada na mulher e defende os princípios da igualdade de gênero e de direitos humanos, enaltecendo o empoderamento econômico e comunitário, a integração de serviços especializados em HIV e saúde sexual e reprodutiva, a inclusão social, dentre outros, a fim de reduzir,

dentre outras coisas, as situações de estigma, recriminação e discriminação existentes (WHO, 2017).

O medo de sofrer discriminação e a culpa por estar vivendo com HIV são sentimentos frequentes entre as MVHIV. Viver com HIV produz sentimentos e crenças que não afetam apenas a relação com os outros, mas também consigo, além da vergonha de ser soropositiva para o HIV, sentimentos de erro, pecado e punição fazem essas pessoas se sentirem culpados pela condição de saúde (UNAIDS, 2019b).

Mulheres que vivem com HIV tem a saúde sexual e reprodutiva e enfrentam desafios relacionados a problemas com as parcerias, satisfação sexual, sexo seguro e gravidez.

#### **6.4 Características relacionadas ao poder no relacionamento e desejo reprodutivo**

As relações de poder no relacionamento e a desigualdade de gênero têm grande efeito sobre o risco de HIV, principalmente em relacionamentos de longa duração, que sejam cronicamente abusivos e as mulheres que tiveram exposição anterior, mas não necessariamente contínua, à violência e às práticas controladoras sobre questões que afetam o casal, como o uso de métodos contraceptivos, de preservativo e a decisão sobre ter ou não filhos (MURSHID, CRITELLI, 2020).

Neste estudo, poucas MVHIV referiram que o parceiro desejava ter filhos, mas quantidade considerável respondeu que se o parceiro quisesse, teriam filhos para agradá-lo. As evidências mostram que em países em desenvolvimento e desenvolvidos, a exposição à violência e as desigualdades de gênero experimentadas por MVHIV, incluindo o comportamento controlador de um parceiro, está associada a comportamentos sexuais de alto risco, incluindo parcerias sexuais múltiplas e simultâneas, uso de substâncias, sexo transacional, prostituição, uso menos frequente de preservativos e outros métodos contraceptivos para prevenir gravidez não planejada, ou ainda que desejada, métodos seguros para saúde reprodutiva (JULIASTUTI, DEAN, FITZGERALD, 2020; SHIKHANSARI, KHALESI, RAD et al., 2021).

As evidências sobre as intervenções de prevenção do HIV e as intenções de maternidade entre MVHIV apontam para integração de serviços especializados em HIV e reprodução para melhor atender às necessidades das MVHIV, particularmente



em países de baixo e médio desenvolvimento (DEMISSIE, MMUSI-PHETOE, 2021; KENGNE-NDE, TEJIOKEM, ORNE-GLIEMANN, 2021).

As mulheres são mais propensas do que os homens a se envolver em sexo não planejado, desprotegido e com múltiplos parceiros, e têm demonstrado a falta de habilidades e poder de decisão para negociar práticas sexuais mais seguras. Isso torna imprescindível o fortalecimento do aconselhamento e dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, seja no ambiente especializado, ou na Atenção Básica, com saúde da família. No entanto, essas ações de aconselhamento voltadas para promoção e educação em saúde exigem conhecimento e aptidão para que as MVHIV sejam atendidas na plenitude da singularidade (CLOSSON, DIETRICH, BEKSINSKA, 2019; CLOSSON, LEE, DIETRICH, BEKSINSKA, 2021).

### **6.5 Orientação profissional sobre sexualidade e planejamento reprodutivo**

Nesta pesquisa, mais da metade das mulheres afirmou que o profissional de saúde não informava sobre gravidez e transmissão vertical e 26,7% não receberam informações sobre métodos contraceptivos seguros na vigência do HIV. O desejo reprodutivo teve prevalência quatro vezes maior e estatisticamente significativo entre as MVHIV que referiram receber informações profissionais sobre gestação e transmissão vertical. Métodos e estratégias de planejamento reprodutivo estão amplamente disponíveis pelo SUS, na maioria dos estabelecimentos públicos de saúde, embora com relatos de carência de estoque, particularmente faltam mais os métodos de ação prolongada, levando a gravidezes não planejadas (BECKHAM, STOCKTON, GALAI et al., 2021; RUIVO et al., 2021).

Por outro lado, alguns profissionais de saúde, principalmente da rede básica de saúde, não se sentem seguros para orientar sobre o uso de métodos contraceptivos para MVHIV, seja pelas fragilidades estruturais, logísticas e de insumos, em muitos dos serviços, ou pelo medo das reações adversas com os antirretrovirais. Além do mais, estigma, preconceito e violação dos direitos sexuais e reprodutivos são comuns na assistência que é ofertada para essa população (ATUKUNDA, MUGYENYI, OBUA et al., 2019).

O relatório de estigma realizado no Brasil e divulgado pelo UNAIDS revelou que as PVHIV sofrem preconceito e discriminação de profissionais da saúde nos serviços, relacionados a situações além da soropositividade, como condições

sociodemográficas e questões de gênero, incluindo atitudes como o esquivamento do contato físico e a quebra de sigilo sem consentimento (UNAIDS, 2021). Estes dados contrastam com qualquer diretiva de atendimento humanizado preconizada no SUS e legislações vigentes pelas políticas de saúde voltadas para as PVHIV.

Os serviços ambulatoriais especializados em HIV e aqueles de maternidade e saúde reprodutiva desempenham papel importante no planejamento reprodutivo de MVHIV. Nesses serviços, os profissionais de saúde apoiam e incentivam comportamentos positivos que geram melhores resultados de saúde. Embora muitos fatores, geralmente, influenciem a adesão às intervenções de saúde, incluindo fatores sistêmicos, como acesso aos cuidados de saúde e custos de tratamentos, ou fatores relacionados ao paciente, como crenças pessoais sobre o tratamento, confiança na equipe de saúde e nas informações repassadas (WHO, 2019; JUNGES et al., 2021).

Quando há vínculo fragilizado e falta de confiança nas informações repassadas, muitas MVHIV tendem a buscar essas informações em outras fontes, como na internet, o que pode resultar em falhas ou reações adversas no uso de alguns métodos contraceptivos com a TARV (SHIKHANSARI, KHALES, RAD, 2021). Além disso, a orientação profissional pode interferir no desejo e nos direitos reprodutivos das MVHIV, principalmente quando estes não são garantidos por conta da soropositividade (ATUKUNDA, MUGYENYI, OBUA et al., 2019). A atuação do profissional é importante na promoção da saúde dessas mulheres e na redução das vulnerabilidades e situações de risco materno e infantil.

Neste estudo, as MVHIV que tinham um profissional que informava sobre gravidez e transmissão vertical, tinham parceiro com menos controle no relacionamento, quando comparadas àquelas sem esse direcionamento profissional.

Além do mais, os serviços especializados nem sempre são viáveis em larga escala de distribuição pelos territórios, o que evidencia a importância da atenção básica e dos serviços de saúde da família que devem ser fortalecidos para desempenhar o papel de ordenadores da saúde e oferecer resolutividade maior na resposta à demanda de usuários e comunidades (JUNGES et al., 2021).

Outros fatores que afetam as experiências de saúde das PVHIV e estão relacionados aos profissionais de saúde são as decisões de procurar atendimento e a aceitação e adesão ao tratamento que incluem habilidades clínicas e interpessoais, bem como crenças e valores que são transmitidos pelo vínculo profissional de saúde e usuário (MELO et al., 2020).

O vínculo profissional/pacientes e estes com serviços de saúde melhoraram a capacidade de influenciar as pessoas sobre acesso aos serviços de saúde. Em Uganda, África Oriental, as funções mais comumente dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de tratamento para HIV, incluem educação em saúde, apoio psicossocial, vínculo com os cuidados rotineiros e busca ativa de pacientes (ATUKUNDA, MATTHEWS, MUSIIMENTA, 2021).

Assim, quando o planejamento reprodutivo feito por profissionais de saúde foi acompanhado de escuta qualificada, vínculo consistente, informações corretas e acesso ao serviço e aos métodos, envio de lembretes por mensagem sobre horário e uso rotineiro dos métodos, houve melhora na conscientização, compreensão e no uso de contraceptivos entre MVHIV em Uganda (ATUKUNDA, MATTHEWS, MUSIIMENTA, 2021).

## **6.6 Uso de métodos contraceptivos**

Quanto ao uso de métodos contraceptivos por MVHIV, até um terço das mulheres que iniciam um método contraceptivo moderno descontinuem o método no primeiro ano. A capacidade de triagem preventiva, o aconselhamento individual e com o casal para discutir planejamento reprodutivo, a escuta qualificada e o apoio social realizado por profissionais de saúde podem aumentar a aceitação e adesão a métodos anticoncepcionais modernos pré e pós-parto (MELO et al., 2020). Além disso, há disponibilidade e a assistência contínua, especialmente quando os serviços de orientação à saúde sexual e reprodutiva estão integrados aos cuidados de saúde de rotina (JUNGES et al., 2021).

Esta pesquisa encontrou que as MVHIV com mais anos de estudo usavam menos métodos contraceptivos, em relação às mulheres com  $\leq 9$  anos, este dado foi estatisticamente significativo. Em geral, as MVHIV referiram que não usavam contraceptivos e a maioria não tinha poder de escolha quanto ao uso do preservativo. O uso de métodos contraceptivos foi maior entre as MVHIV que referiram que o parceiro não conseguia o que queria na maioria das vezes no relacionamento. O uso inconsistente de contraceptivos e do preservativo é constantemente relatado em estudos similares, apesar do baixo desejo reprodutivo (WAGNER, MINDRY, HURLEY et al, 2021).

Em 2021, na Etiópia, pesquisa em centros integrados em tratamento e saúde sexual e reprodutiva de MVHIV encontrou que 54,3% das mulheres receberam aconselhamento por profissionais de saúde treinados sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos disponíveis na sala de espera. Além disso, 83,8% das MVHIV aderiram às sessões de educação em saúde sobre planejamento reprodutivo em serviços do tipo integrados. Essas atividades de promoção da saúde abordavam aconselhamento sobre planejamento reprodutivo, eficácia de cada método, reações adversas e dupla proteção para prevenir a gravidez não planejada e a transmissão do HIV (DEMISSIE, MMUSI-PHETOE, 2021).

Nesta pesquisa, também, mais da metade das MVHIV afirmaram que já discutiram planejamento reprodutivo com o parceiro e poucas relataram que o parceiro não conhecia o status sorológico HIV+. Além disso, a minoria das MVHIV declararam não saber como reduzir o risco de HIV e estas referiram fazer uso de preservativo. Talvez, esses achados estejam relacionados com o status e tipo de relacionamento estável dessas mulheres com os parceiros.

Assim, entre as MVHIV que discutem planejamento reprodutivo com os parceiros, o uso de contraceptivos é maior, em contraponto, discutir com o parceiro sobre planejamento reprodutivo aumentou a prevalência de maior controle na relação. Ademais, as MVHIV que sabem como reduzir o risco de HIV, a maioria usa o preservativo, além disso, também se encontrou que o conhecimento do status sorológico diminuiu o uso de métodos contraceptivos.

Quando os parceiros discutem com as MVHIV sobre saúde sexual e reprodutiva, há fortalecimento emocional e social para essas mulheres, aumento da adesão ao tratamento, redução da progressão e transmissão do HIV (KENGNE-NDE, TEJIOKEM, ORNE-GLIEMANN et al., 2021). O envolvimento do parceiro, principalmente durante o pré-natal, aumenta o uso de preservativos entre casais, fortalece a busca por serviços de tratamento, reduz a transmissão vertical por via placentária, durante o parto ou pela amamentação (KENGNE-NDE, TEJIOKEM, ORNE-GLIEMANN et al., 2021). No entanto, existem barreiras importantes para revelação do status de HIV aos parceiros, abrangendo preocupações sobre separação/divórcio, conflitos com o parceiro, violência, estigma na família ou comunidade, perda de apoio financeiro, dentre outros (NGONZI, MUGYENYI, KIVUNIKE et al., 2019; WATT, CICHOWITZ, KISIGO et al., 2019).

## 6.7 Desejo de gravidez

Quanto ao primeiro e segundo desfecho, respectivamente, neste estudo, poucas MVHIV relataram desejo de gravidez após diagnóstico de HIV, todavia, o uso consistente de algum método contraceptivo foi baixo. O desejo pela maternidade esteve marcado por questões culturais, sociais, religiosas e de gênero, não se resumindo apenas à vontade pessoal.

Dessa maneira, embora o status de HIV e as possibilidades de transmissão vertical sejam barreiras para o desejo reprodutivo, viver com HIV isoladamente não anula em todos os casos o desejo pela maternidade. Assim, com o aumento da infecção entre mulheres em idade reprodutiva, é necessário ouvir e acolher as MVHIV sobre temas relacionados à sexualidade, gestação e maternidade (LIMA, LIMA, TRINTINÁLIA, 2021).

No Brasil, nas últimas duas décadas, foram notificadas 141.025 gestantes com HIV. Verificou-se maior prevalência nas Regiões Sudeste e Sul (66,9%), seguidas pela Região Nordeste (18,3%) (BRASIL, 2022). Contudo, acredita-se que os indicadores de HIV nas gestantes podem ser melhorados com as ações propostas pela Rede Cegonha. Essa proposta visa melhorar a qualidade da assistência pré-natal e do nascimento, recomenda, além da disponibilização dos testes rápidos para detecção e tratamento precoce do HIV, a oferta universal da TARV.

Compreender o desejo reprodutivo das MVHIV pode orientar um planejamento de concepção mais seguro e prevenir a transmissão vertical, ajudando a proteger a saúde das famílias afetadas pelo HIV. A ausência de informações precisas sobre estratégias de concepção mais seguras pode afetar as considerações das PVHIV acerca da gravidez e do comportamento sexual de risco. A intenção de ter filhos está associada ao sexo sem preservativo, o que pode causar a infecção dos parceiros sorodiscordantes ou a superinfecção pelo HIV em casais sorocordantes.

Embora estratégias de concepção mais seguras com o tratamento antirretroviral como prevenção possam reduzir o risco de transmissão, profilaxias pré e pós-exposição, lavagem de esperma, carga viral indetectável, dentre outros, o conhecimento desses métodos parece limitado (MANDELL, RODRIGUEZ, PELTZER et al., 2021).

Algumas situações influenciam o desejo reprodutivo de MVHIV: idade mais jovem, famílias menores, crenças culturais e religiosas, questões de gênero e manifestações de desejo do parceiro têm sido amplamente associadas com intenções de ter filhos, havendo associações positivas entre o desejo de ter filhos e a revelação do status sorológico do HIV (DAVIES, ASHFORD, BEKKER, et al., 2018; WOLDESENBET, KUFA, LOMBARD et al., 2019). Neste estudo, o desejo de gravidez das MVHIV esteve associado à estabilidade no relacionamento, a já ter tido um filho anteriormente e a menor escolaridade.

Embora o desejo reprodutivo e a gravidez deva ser decisão mútua tomada pelos casais, os homens, geralmente, dominam a tomada de decisões relacionadas à fertilidade (MANDELL, RODRIGUEZ, PELTZER et al., 2021). O papel marcante que os parceiros desempenham em influenciar as intenções de gravidez juntamente com renda, gravidez planejada, idade, paridade, número anterior de filhos e uso anterior de contraceptivos entre as MVHIV, é relatado na literatura, sendo o desejo percebido do parceiro por uma gravidez futura associado ao aumento de 31 vezes nos planos de mulheres sobre gravidez (ATUKUNDA, MUGYENYI, ATUHUMUZA et al., 2019a).

Portanto, é muito importante promover a igualdade de gênero também neste contexto e envolver ativamente os parceiros no aconselhamento de saúde sexual e reprodutiva sobre assuntos relacionados ao espaçamento entre filhos para saúde de mulheres, crianças e famílias, juntamente com fatores sociais, econômicos e estruturais de nível individual, dentro dos quais os casais podem compreendam, de forma competente e solidária, os riscos de uma gravidez não planejada e, assim, ter acesso a métodos contraceptivos confiáveis sempre que precisarem ou desejarem (ATUKUNDA, MUGYENYI, OBUA et al., 2019b).

## **6.8 Controle do parceiro no relacionamento**

Por fim, para o terceiro desfecho, mais da metade das MVHIV entrevistadas relataram que o parceiro tinha mais controle em decisões importantes que afetavam o relacionamento. Entende-se que filhos podem representar legado para os pais, conferir status social e preservar a masculinidade (MANDELL, RODRIGUEZ, PELTZER et al., 2021). No entanto, o direito sexual e reprodutivo das mulheres é atualmente reconhecido e, apesar disso, as mulheres ainda enfrentam lutas para apagar o histórico-cultural de subordinação ao qual estão inseridas, em especial no

uso do próprio corpo, uma vez que todas as regras e os tabus, que controlaram e reprimiram as vivências corporais na sexualidade e reprodução, foram historicamente determinados pelos homens (MOURA et al., 2022).

Nesse cenário, as relações desiguais de gênero e poder no relacionamento tornam as mulheres ainda mais vulneráveis, principalmente no contexto do HIV e de países em desenvolvimento. Identificou-se, neste estudo, que a maioria das mulheres que se sentiram forçadas a fazer sexo e a metade das que não se sentiram forçadas, tinha parceiro com mais controle na relação, sendo este dado estatisticamente significativo, com aumento da prevalência de controle do parceiro entre aquelas que se sentiram forçadas.

Os movimentos universais de controle e combate do HIV entendem que reduzir as desigualdades que estão relacionadas às questões de gênero são essenciais para combater a epidemia (UNAIDS, 2022), sejam elas culturais, sociais ou econômicas. Neste estudo, independentemente da renda mensal familiar, o parceiro tinha maior controle em decisões importantes que afetam o relacionamento, sendo este dado estatisticamente significativo.

As relações de desigualdade entre os sexos, permeadas pelas construções culturais de dominação, inferioridade e descaso com as mulheres, favorecem e naturalizam as desigualdades de poder nas relações, que vão desde o sexo praticado sem proteção à violência de gênero exercida pelos parceiros, negando à mulher o direito do livre exercício da sexualidade e escolha sobre a maternidade (ATUKUNDA, MUGYENYI, ATUHUMUZA et al., 2019). Neste estudo, observou-se que o parceiro ter mais controle sobre o uso de preservativos estava associado ao aumento da prevalência de maior controle em decisões importantes no relacionamento, em relação aos que não tinham esse controle.

No contexto do HIV, as iniquidades sociais em saúde, quando associadas com essas questões, apresentam proporções maiores e potencializam a vulnerabilidade em saúde (ATUKUNDA, MUGYENYI, ATUHUMUZA et al., 2019). Além disso, quando a mulher tem intenções para a maternidade, na maioria das vezes, ela vivencia solitariamente o processo de pré-natal, sem apoio ou interesse do parceiro neste período de mudanças (MOURA et al., 2022).

Assim, algumas estratégias para o maior envolvimento do parceiro durante o acompanhamento pré-natal vem sendo implementadas com muita fragilidade e pouca adesão no SUS, desde 2016, na busca de contextualizar a importância do

envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para ampliação e melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde (LIMA, OLIVEIRA, SILVA et al., 2021).

Embora a gravidez apoiada seja parte importante da vida de muitos casais afetados pelo HIV, a gravidez não planejada pode levar a resultados ruins em saúde, sobretudo, quando as decisões reprodutivas do casal são mais influenciadas pelos parceiros. Estudo descreve que, geralmente, independentemente do status sorológico, os parceiros masculinos demonstraram ter grande influência em ter filhos (ATUKUNDA, MUGYENYI, ATUHUMUZA, 2019).

Permitir que as MVHIV planejem e espacem as gestações reduz a transmissão do HIV para crianças. De forma geral, abordar e fortalecer as práticas contraceptivas e o poder de decisão reprodutiva dessas mulheres é, portanto, uma das prioridades globais para reduzir a transmissão perinatal do HIV, a mortalidade materna e infantil relacionadas ao HIV e alcançar o direito à saúde sexual e reprodutiva para essas mulheres.

Além disso, compreender sobre o uso de contraceptivos e os fatores relacionados ao desejo reprodutivo pode fornecer subsídios para intervenções focadas em atender às necessidades de planejamento reprodutivo e saúde sexual de MVHIV.

A sexualidade e a maternidade são áreas de extrema relevância para o ser humano, na medida em que são componentes basilares dos relacionamentos afetivos para conjuntura da construção familiar, implicando a forma como cada pessoa se relaciona na busca de afeto e de manter a estabilidade em um relacionamento (ALVES, MARTINELLI, VIANA et al., 2021).

Por meio da implantação da TARV e do desenvolvimento de intervenções em resposta ao HIV, deu-se esperança de uma vida saudável para muitas pessoas em todo o mundo. No entanto, para aqueles que continuam mais vulneráveis, não há progresso suficiente. A vivência da sexualidade, particularmente nas MVHIV, permanece com exposição a muitas vulnerabilidades por razões sociais, culturais e religiosas arraigadas nas MVHIV, nas relações sexuais, incluindo as relacionadas ao prazer e à intimidade do casal (MCGRANAHAN, BRUNO-MCCLUNG, NAKYEYUNE et al., 2019).



## 7 CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria das MVHIV se declararam pardas, com idade média entre 29,6 anos, tinham nove anos ou menos de estudo e viviam em algum tipo de união estável. Quanto aos desfechos, poucas mulheres apresentaram desejo de gravidez após diagnóstico de HIV, sendo que este, geralmente, estava associado a ser casada, já possuir outros filhos, ao uso de antirretrovirais, a ter Linfócitos TCD4+ >350 células/mm<sup>3</sup>, quando o parceiro consegue o que quer na maioria das vezes, nas mulheres com orientação profissional e entre as que usaram PrEP recentemente. No que diz respeito ao uso de métodos contraceptivos, poucas das MVHIV usavam algum tipo de método contraceptivo, estando este dado associado às mulheres com >9 anos de estudo, que já conseguiram escolher pelo uso do preservativo durante a relação sexual, entre as que o parceiro conseguia o que queria na maioria das vezes e as MVHIV que discutiam planejamento com o parceiro.

Ademais, quanto ao poder de decisão, a maioria das MVHIV relatou que o parceiro tem mais controle em decisões importantes que afetam o relacionamento, estando esse domínio associado à renda familiar >1 salário-mínimo, ao poder de recusar a ter relação sexual sem o preservativo, ao controle do parceiro sobre o uso ou não de preservativos, se o parceiro consegue o que quer na maioria das vezes, se a mulher já se sentiu forçada a fazer sexo, entre as MVHIV que o profissional de saúde acompanha e aquelas que já discutiram planejamento reprodutivo com o parceiro.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem algumas limitações neste estudo, como o fato deste ser transversal e não longitudinal que permitisse avaliar todas as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo das MVHIV antes, durante e após uma gestação, sendo esta planejada ou não. Além disso, não houve investigação mais aprofundada sobre o uso consistente da TARV entre as MVHIV e os parceiros, como se existe influência da religião sobre as práticas contraceptivas e os desejos reprodutivos.

Ademais, não foi questionado às MVHIV que já tiveram experiências de gravidez na vigência do HIV sobre a presença do parceiro durante os cuidados pré-natais, considerando, também, o impacto do envolvimento do parceiro durante o cuidado perinatal nas mulheres e crianças, o que também não foi explorado.

Além disso, abordaram-se as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo apenas entre mulheres afetadas pelo HIV de forma transversal, embora as atitudes em relação à gravidez possam mudar com o tempo, os parceiros e/ou o casal convivendo com HIV não foram investigados quanto a esses aspectos, como também não foram perguntadas sobre a disponibilidade e oferta de métodos contraceptivos no serviço onde a pesquisa foi realizada ou em algum outro que a MVHIV frequentasse para cuidados em saúde.

A determinação do desejo ou do poder de decisão reprodutiva é desafiadora sem um instrumento atual, culturalmente apropriado e validado sobre o empoderamento de MVHIV em decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Assim, as mulheres podem relatar incorretamente a intenção de gravidez ou o desejo futuro, devido ao viés de desejo social, familiar, profissional e religioso no ambiente de saúde. Há potencial para viés de relato, o que pode ocasionar a gravidez não planejada, uma vez que as mulheres podem ser menos propensas a relatar que não desejam uma gravidez, quando estão grávidas, ou a revelar que não querem por causa do HIV.

Por fim, alguns dados sobre resultados e covariáveis não estavam disponíveis para todas as participantes do estudo, acarretando diminuição do poder de detectar diferenças significativas nas práticas contraceptivas e uso de anticoncepcionais por intenção ou não de gravidez. Além disso, a coleta de dados foi difícil e teve muitas fragilidades em razão da pandemia pela doença do novo coronavírus (COVID-19), pois em decorrência disso, as MVHIV não estavam frequentemente no serviço,

algumas perderam o seguimento de acompanhamento rotineiro e esses vínculos entre pacientes/serviço/profissional não foram completamente restabelecidos no pós-pandemia.

Assim, são estimuladas pesquisas futuras de natureza quantitativa e qualitativa para avaliar essas questões, como também as percepções das MVHIV sobre sexualidade, maternidade e aborto; além de trabalhar na elaboração ou validação com especialistas sobre um instrumento de poder de decisão em saúde sexual e reprodutiva no contexto do HIV.

Ademais, nos últimos anos, houve aumento na taxa de detecção de HIV em mulheres e gestantes. Talvez, esse aumento seja, em parte, pela ampliação da testagem rápida e do diagnóstico no pré-natal, além da melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV, sendo essa tendência de aumento verificada em todas as regiões do Brasil. No entanto, as Regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores incrementos dessa taxa nos últimos anos.

Este estudo contribui para a área de Saúde Pública, por intermédio da identificação das práticas contraceptivas e do poder na decisão reprodutiva de MVHIV que podem afetar os resultados de saúde da mulher e da criança, além de estar associados à ocorrência de transmissão sexual e vertical do HIV, à gravidez não planejada, à violência, ao preconceito, ao estigma, às violações de direitos sexuais e reprodutivos, às diferenças de gênero, à aquisição de outras IST, à mortalidade materna e infantil, dentre outras.

A partir do conhecimento de como ocorrem ou não essas práticas contraceptivas e sobre como o desejo e as intenções de maternidade são feitas, é possível implementar estratégias que alterem as dinâmicas de desigualdades de gênero e intervir de maneira direcionada e com equipe interdisciplinar na clínica ampliada na gestão do cuidado e com políticas públicas direcionadas à redução das vulnerabilidades das MVHIV, da garantia do atendimento às necessidades e direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, contribuir na construção de ferramentas de previsão para melhorar as intervenções e as abordagens usadas na população de PVHIV que continuam a apresentar efeitos negativos na saúde.

Além disso, em paralelo a este estudo, foi desenvolvida pelo NEAIDS/UFC a cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”, criada para as PVHIV que tem interesse em ter filhos e saber mais sobre como engravidar ou evitar a gravidez, cuidar da saúde e realizar o planejamento reprodutivo. Ademais, o

material busca ajudar na aquisição de conhecimento sobre direitos reprodutivos e auxiliar nas escolhas reprodutivas livres e conscientes. A cartilha pode ser utilizada por PVHIV ou profissionais da saúde.

A pesquisa contribui também para análise e discussão da problemática do uso consistente de contraceptivos e da difusão das estratégias de prevenção do HIV, inclusive para as PVHIV que desejam ter filhos de maneira segura. Os resultados possibilitaram, ainda, o reconhecimento do papel dos serviços de saúde, sejam especializados ou não no tratamento do HIV.

Ademais, este estudo irá contribuir para reflexão dos profissionais de saúde sobre a importância do vínculo, da escuta qualificada, do respeito e da ética no atendimento, em especial daqueles que realizam e participam ativamente de ações de promoção e educação em saúde, como também da assistência na saúde sexual, no planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e na assistência às crianças na puericultura, como os enfermeiros, que precisam estar atentos às demandas biológicas, psicológicas, clínicas e sociais das pessoas que vivem e convivem com HIV, como o enfermeiro.

As ações e o cuidado se propõem a garantir a qualidade da assistência e descoberta precoce dos agravos que possam acometer às MVHIV, inclusive de origem social, cultural e religiosa, e que, muitas vezes, por não conseguirem assisti-las adequadamente, o desfecho negativo torna a qualidade de vida ruim e as taxas de morbimortalidade materno e infantil aumentadas. Ademais, os profissionais da saúde devem fornecer para as MVHIV aconselhamento não coercivo, para que estas possam tomar decisões informadas sobre contracepção e opções reprodutivas.

Há, também, a necessidade de projetar, testar e adotar estratégias para tornar a concepção mais segura em relacionamentos discordantes. É necessário melhorar os serviços que reduzem os riscos relacionados à concepção, especialmente para as mulheres que optam por engravidar, incorporando aconselhamento relacionado à fertilidade nos serviços de tratamento do HIV em todos os pontos de atendimento.

Além disso, quando devidamente orientadas, as MVHIV têm capacidade de se empoderar mais sobre a situação de saúde, as decisões que envolvem a vida, a rotina e o corpo. Esse empoderamento pode reduzir as vulnerabilidades, as diferenças relacionadas ao gênero, a transmissão do HIV, a aquisição de outras IST, a redução da gravidez não planejada e do aborto.

## REFERÊNCIAS

ADANIKIN A.I., UMEORA O., NZERIBE E., AGBATA A.T., EZEAMA C., EZUGWU F.O., UGWU G.O., IKECHEBELU J.I., OLADAPO, O.T. Maternal near-miss and death associated with abortive pregnancy outcome: a secondary analysis of the Nigeria Near-miss and Maternal Death Survey. **BJOG**; v.126, n.3, p.33-40, 2019. doi: 10.1111/1471-0528.15699.

AGADJANIAN V., HAYFORD S.R. HIV status, fertility intentions, and contraception in the era of expanded access to antiretroviral therapy: A case study of rural Mozambique [published correction appears in *Glob Public Health*. **Glob Public Health**, v.13, n.5, p.582-596, 2018. doi:10.1080/17441692.2016.1268188

ALVES J. S. A, MARTINELLI K. G., VIANA M. C. et al. Fatores socioeconômicos que influenciam a percepção de adolescentes sobre sexualidade, maternidade e aborto, **Res, Soc and Devel**, v. 10, n. 13, Vitória, Espírito Santo, 2021.

APÓSTOLO J. (2017). **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência**. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC).file:///C:/Users/Familia%20Medeiros/Downloads/livro%20jo%20C3%A3o%20ap%20C3%B3stolo%20web.pdf

AKELO V., MCLELLAN-LEMAL E., TOLEDO L., GIRDE S., BORKOWF C.B, WARD L., ONDENG K., NDIVO R., LECHER S.L, MILLS L.A., THOMAS T.K. Determinants and Experiences of Repeat Pregnancy among HIV-Positive Kenyan Women--A Mixed-Methods Analysis. **PLoS One**. 2015 Jun 29;10(6):e0131163. doi: 10.1371/journal.pone.0131163.

ATAULLAHJAN A., MUMTAZ Z., VALLIANATOS H. Family planning, Islam and sin: Understandings of moral actions in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. **Soc Sci Med.**, v.230, p.49-56, 2019. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.03.011.

ATUKUNDA E.C, MUGYENYI G.R, ATUHUMUZA E.B, et al. Factors Associated with Pregnancy Intentions Amongst Postpartum Women Living with HIV in Rural Southwestern Uganda. **AIDS Behav.**, v.23, n.6, p.1552-1560, 2019. doi:10.1007/s10461-018-2317-9

ATUKUNDA E. C., MUGYENYI G. R., MUSIIMENTA A., KAIDA A., ATUHUMUZA E. B., LUKYAMUZI, E. J., AGABA, A. G., OBUA, C., MATTHEWS, L. T. Structured and sustained family planning support facilitates effective use of postpartum contraception amongst women living with HIV in South Western Uganda: A randomized controlled trial. **J Glob Health**. 2021 Jun 5;11:04034. doi: 10.7189/jogh.11.04034.

ATUKUNDA, E. C., MATTHEWS, L. T., MUSIIMENTA, A., AGABA, A., NAJJUMA, J. N., LUKYAMUZI E. J., KAIDA A., OBUA C., MUGYENYI G. R. Understanding the Effect of a Healthcare Provider-Led Family Planning Support Intervention on Contraception use and Pregnancy Desires among Postpartum Women Living with HIV in Southwestern Uganda. **AIDS Behav**. 2022 Jan;26(1):266-276. doi: 10.1007/s10461-021-03380-z

ATUKUNDA E.C., MUGYENYI G.R., OBUA C., ATUHUMUZA E.B., LUKYAMUZI E.J., KAIDA A., AGABA A.G., MATTHEWS L.T. Provision of family planning vouchers and early initiation of postpartum contraceptive use among women living with HIV in southwestern Uganda: A randomized controlled trial. **PLoS Med.** 2019 Jun 21;16(6):e1002832. doi: 10.1371/journal.pmed.1002832.

AROMATARIS E, MUNN Z (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

AYELE A.D, KASSA B.G, BEYENE F.Y, SEWYEW D.A, MIHRETIE G.N. Dual contraceptive utilization and determinant factors among HIV positive women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2020. **Contracept Reprod Med.** 2021 Jul 1;6(1):19. doi: 10.1186/s40834-021-00161-w.

BECKHAM S.W., STOCKTON M., GALAI N., DAVIS W., MWAMBO J., LIKINDIKOKI S., KERRIGAN D. Family planning use and correlates among female sex workers in a community empowerment HIV prevention intervention in Iringa, Tanzania: a case for tailored programming. **BMC Public Health.** 2021 Jul 12;21(1):1377. doi: 10.1186/s12889-021-11426-z.

BOR J., FISCHER C., MODI M., RICHMAN B., KINKER C., KING R., CALABRESE S.K., MOKHELE I., SINEKE T., ZUMA T., ROSEN S., BÄRNIGHAUSEN T., MAYER K.H., ONOYA D. Changing Knowledge and Attitudes Towards HIV Treatment-as-Prevention and "Undetectable = Untransmittable": A Systematic Review. **AIDS Behav.** 2021 Dec;25(12):4209-4224. doi: 10.1007/s10461-021-03296-8.

BRAYNER M. C, ALVES S. V. Classification of deaths in women with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in pregnancy and childbirth. **Rev Bras de Epidemiol**, v. 20, n. 3, p. 371-381, 2017.

BRANDAO K. S. A. G et al. Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 10, p. 486-491, Rio de Janeiro, 2015. Available from <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005347>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 9.263/96 que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/aids**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e hepatites virais**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/aids – número especial, dezembro de 2019**. Brasília, 2019.

BROWN L. B., SPINELLI M. A., GANDHI, M. The interplay between HIV and COVID-19: summary of the data and responses to date. **Curr Opin HIV AIDS**. 2021 Jan;16(1):63-73. doi: 10.1097/COH.0000000000000659.

CALABRESE S.K., MAYER K.H. Providers should discuss U=U with all patients living with HIV. **Lancet HIV**. 2019;6(4):e211–e213. doi: 10.1016/S2352-3018(19)30030-X.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/aids**, 2022.

CHOW E.P.F., HOCKING J.S., ONG J.J., SCHMIDT T., BUCHANAN A., RODRIGUEZ, E et al. Changing the Use of HIV Pre-exposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men During the COVID-19 Pandemic in Melbourne, Australia. **Open Forum Infect Dis**. 2020;7(7):ofaa275. doi: 10.1093/ofid/ofaa275.

CLOSSON, K., DIETRICH, J.J., BEKSINSKA, M., GIBBS, A., HORNSCHUH, S., SMITH, T., SMIT, J., GRAY, G., NDUNG'U, T., BROCKMAN, M., KAIDA, A. Measuring sexual relationship power equity among young women and young men South Africa: Implications for gender-transformative programming. **PLoS One**. 2019 Sep 25;14(9):e0221554. doi: 10.1371/journal.pone.0221554.

CLOSSON, K., HATCHER, A., SIKWEYIYA, Y., WASHINGTON, L., MKHWANAZI, S., JEWKES, R., et al. Conflito de papel de gênero e saúde sexual e práticas de relacionamento entre homens jovens que vivem em assentamentos urbanos informais na África do Sul. **Culto Saúde Sexo**. 2019: 117. 10.1080/13691058.2019.1568578.

CLOSSON K., LEE L., DIETRICH, J.J., BEKSINSKA, M.E., HORNSCHUH, S., SMITH, P., SMIT, J.A., NDUNG'U, T., BROCKMAN, M., GRAY, G., KAIDA, A. Gender and Power Dynamics of Social Relationships Shape Willingness to Participate in Biomedical HIV Prevention Research Among South African Adolescents and Young Adults. **Front Reprod Health**. 2021 May 20;3:639391. doi: 10.3389/frph.2021.639391.

CRISSMAN H.P., ADANU R.M, HARLOW S.D. Women's sexual empowerment and contraceptive use in Ghana. **Stud Fam Plann.**, v.43, n.3, p. 201-212, 2012 doi: 10.1111/j.1728-4465.2012.00318.x.

DAMIAN D.J., NGAHATILWA D., FADHILI H., MKIZA J. G., MAHANDE M. J., NGOCHO J. S., MSUYA S. E. Factors associated with HIV status disclosure to partners and its outcomes among HIV-positive women attending Care and Treatment

Clinics at Kilimanjaro region, Tanzania. **PLoS One**. 2019 Mar 13;14(3):e0211921. doi: 10.1371/journal.pone.

DAVIES N.E.C.G., ASHFORD G., BEKKER L.G., CHANDIWANA N., COOPER D., DYER S.J., JANKELOWITZ L., MHLONGO O., MNYANI C.N., MULAUDZI M.B., MOORHOUSE M., MYER L., PATEL, M., PLEANER M., RAMOS T., REES H., SCHWARTZ S., SMIT J., VAN ZYL, D.S. Diretrizes para apoiar indivíduos e casais afetados pelo HIV a engravidar com segurança: Atualização 2018. **South Afr J HIV Med.**; v.19, n.1, p.915, 2018. doi: 10.4102/sajhivmed.v19i1.915.

DEMISSIE D.B., MMUSI-PHETOE R. Integration of family planning services with HIV treatment for women of reproductive age attending ART clinic in Oromia regional state, Ethiopia. **Reprod Health**. 2021 May 22;18(1):102. doi: 10.1186/s12978-021-01157-0.

DINA G.D, DEBELO B.T, BELEMA D, DANUSA K.T, MULETA R. Fertility Desire, Knowledge of Prevention of MCT of HIV and Associated Factors Among Men and Women Attending ART Clinic at Public Health Institutions of West Shoa Zone, Oromia, Ethiopia, 2020. **HIV AIDS** (Auckl). 2021 Sep 24;13:927-938. doi: 10.2147/HIV.S328565.

DOAT A.R., AMOAH R.M, KONLAN K.D, KONLAN K.D, ABDULAI J.A, KUKÉBA M.W, MOHAMMED I, SAAH J.A. Factors associated with pregnancy uptake decisions among seropositive HIV people receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: A systematic review. **Nurs Open**. 2022 Sep;9(5):2239-2249. doi: 10.1002/nop2.1251.

DUANE M., STANFORD J.B., PORUCZNIK C.A., VIGIL, P. Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning. **Front Med (Lausanne)**. 2022 May 24;9:858977. doi: 10.3389/fmed.2022.858977.

EISINGER R.W., DIEFFENBACH C.W., FAUCI A.S. HIV viral load and transmissibility of HIV infection. **JAMA**. 2019;321(5):451. doi: 10.1001/jama.2018.21167.

ETOWA J., ETOWA E., NARE H., MBAGWU I., HANNAN J. Social Determinants of Breastfeeding Preferences among Black Mothers Living with HIV in Two North American Cities. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Sep 21;17(18):6893. doi: 10.3390/ijerph17186893.



ENDALAMAW A., ASSEFA Y., GEREMEW D., BELETE H., DACHEW B. A., BELACHEW A., ANIMAW W., HABTEWOLD T. D., WILSON R. Disclosure of HIV seropositivity to sexual partner in Ethiopia: A systematic review. **Womens Health (Lond)**. 2021 Jan-Dec;17:17455065211063021. doi: 10.1177/17455065211063021.

GAZZI B. C; PERES G. P; FERRAZ J. G; MATOS A. F. M.; ZOLLNER M. S. A. C. Prevalência de HIV em mulheres: uma análise epidemiológica dos últimos 10 anos no Brasil. **Brazilian journal infectious disease**, v.26, n.1, jan de 2022, 101864 p.67-68. <https://www.bjid.org.br/en-prevalencia-de-hiv-em-mulheres-articulo-S1413867021003330>

GEBREMEDHIN M., SEMAHEGN A., USMAEL T., TESFAYE G. Unsafe abortion and associated factors among reproductive aged women in Sub-Saharan Africa: a protocol for a systematic review and meta-analysis. **Syst Rev.**, v.7, n.1, p.130, 2018. doi: 10.1186/s13643-018-0775-9.

GÓMEZ-SUÁREZ M., MELLO M.B., GONZALEZ M.A., GHIDINELLI M., PÉREZ F. Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. **J Int AIDS Soc.**, v.22, n.4, 2019:e25273. doi: 10.1002/jia2.25273.

FEYISSA T.R, MELKA A.S. Demand for modern family planning among married women living with HIV in western Ethiopia. **PLoS One**. 2014 Nov 12;9(11):e113008. doi: 10.1371/journal.pone.0113008.

FLYNN P.M., TAHA T.E., CABABASAY M., FOWLER et al. PROMISE Study Team. Prevention of HIV-1 Transmission Through Breastfeeding: Efficacy and Safety of Maternal Antiretroviral Therapy Versus Infant Nevirapine Prophylaxis for Duration of Breastfeeding in HIV-1-Infected Women With High CD4 Cell Count (IMPAACT PROMISE): A Randomized, Open-Label, Clinical Trial. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v.77, n.4, p.383-392, 2018. doi: 10.1097/QAI.0000000000001612.

GÓMEZ-SUÁREZ M., MELLO M. B., GONZALEZ M. A., GHIDINELLI M., PÉREZ F. Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin

America and the Caribbean: systematic review of the literature. **J Int AIDS Soc.** 2019 Apr;22(4): e25273. doi: 10.1002/jia2.25273.

GOKHALE R.H., BRADLEY H., WEISER J. Reproductive health counseling delivered to women living with HIV in the United States. **AIDS Care**; v.29, n.7, p.928-935, 2017. doi: 10.1080/09540121.2017.1280125. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28114813.

GWOKYALYA V., BEYEZA-KASHESYA J., BWANIKA J. B., MATOVU J.K.B, MUGERWA S., ARINAITWE J., KASOZI D., BUKENYA J., KINDYOMUNDA R., WAGNER G. J, MAKUMBI F. E AND WANYENZE R.K. Knowledge and correlates of use of safer conception methods among HIV-infected women attending HIV care in Uganda. **Reproductive Health**, v.16, n.1, p.64, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0717-6>

GROSS M.S., TAYLOR H.A., TOMORI C., COLEMAN J.S. Breastfeeding with HIV: An Evidence-Based Case for New Policy. **J Law Med Ethics.** 2019 Mar;47(1):152-160. doi: 10.1177/1073110519840495.

HARRINGTON E.K, DWORKIN S., WITHERS M., ONONO M., KWENA Z., NEWMANN S.J. Gendered power dynamics and women's negotiation of family planning in a high HIV prevalence setting: a qualitative study of couples in western Kenya. **Cult Health Sex.**, v.18, n.4, p.453-469, 2016. doi:10.1080/13691058.2015.1091507

HAVLIR D., LOCKMAN S., AYLES H., et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? **J Int AIDS Soc.** 2020 doi: 10.1002/jia2.25455.

HORA H. R. M; MONTEIRO G. T. R; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85 - 103, 2010.

HULLEY S.B, CUMMINGS S.R, BROWER W.S. **Delineando a pesquisa clínica.** 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. file:///C:/Users/Familia%20Medeiros/Downloads/238675-132346-1-PB.pdf

JOSHI B., VELHAL G., CHAUHAN S., KULKARNI R., BEGUM S., & Linkage Study Team. Linking HIV & family planning services to improve dual methods of

contraception among women infected with HIV in Mumbai, Maharashtra, India. **The Indian Journal of Medical Research**, v.143, n.4, p.464-473, 2016. Doi 10.4103/0971-5916.184286

JULIASTUTI D., DEAN J., FITZGERALD L. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Muslim-majority countries: a systematic mixed studies review. **BMC Int Health Hum Rights**. 2020 Mar 11;20(1):5. doi: 10.1186/s12914-020-00225-z.

KAFULAFULA U.K, HUTCHINSON M.K, GENNARO S., GUTTMACHER S., KUMITAWA A. Exclusive breastfeeding prenatal intentions among HIV-positive mothers in Blantyre, Malawi: a correlation study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.13, n.203, 2013. doi:10.1186/1471-2393-13-203

KAKAIRE O., TUMWESIGYE N.M, BYAMUGISHA J.K, GEMZELL-DANIELSSON K. Acceptability of intrauterine contraception among women living with human immunodeficiency virus: a randomised clinical trial. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, v.21, n.3, p.220-226, 2016 doi:10.3109/13625187.2016.1146249

KASYMOVA S. Awareness and knowledge about HIV/AIDS among women of reproductive age in Tajikistan. **AIDS Care.**, v.32, n.4, p.518-521, 2020. doi:10.1080/09540121.2019.1695736

KENNEDY C.E., YEH P.T., GAFFIELD M.E. Contraception values and preferences: protocol and methods for a global systematic review. **Contraception**. 2019 (in press). doi: 10.1016/j.contraception.2018.05.006Get.

KENGNE-NDE C., TEJIOKEM M. C., ORNE-GLIEMANN J., MELINGUI B., KOKI NDOMBO P., ESSOUNGA N. A., BISSEK A. C., CAUCHEMEZ S., TCHENDJOU P. T. Couple oriented counselling improves male partner involvement in sexual and reproductive health of a couple: Evidence from the ANRS PRENAHTEST randomized trial. **PLoS One**. 2021 Jul 30;16(7):e0255330. doi: 10.1371/journal.pone.0255330.

KERRY H., BAETEN J., NGURE K., CELUM C., MUGO N., TINDIMWEBWA E., HEFFRON R. Safer Conception Among HIV-1 Serodiscordant Couples in East Africa:

Understanding Knowledge, Attitudes, and Experiences. **AIDS Care**, v.30, n.8, p.973–981, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6095140/>

KIMANI J., WARREN C., ABUYA T. *et al.* Uso de planejamento familiar e desejos de fertilidade entre mulheres vivendo com HIV no Quênia. **BMC Public Health**, v.15, n.909, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2218-z>

KIMEMIA G., NGURE K., BAETEN J.M, *et al.* Perceptions of pregnancy occurring among HIV-serodiscordant couples in Kenya. **Reprod Health**. 2019; v.16, n.1, p.85, 2019. doi:10.1186/s12978-019-0751-4

KISIGO G.A., NGOCHO J.S., KNETTEL B.A., OSHOSEN M., MMBAGA B.T., WATT M.H. “At home, no one knows”: A qualitative study of retention challenges among women living with HIV in Tanzania. **PLOS ONE**, v. 15, n. 8, p. e0238232, 2020. doi 10.1371/journal.pone.0238232.

KOSGEI R.J, LUBANO K.M, SHEN C., *et al.* Impact of integrated family planning and HIV care services on contraceptive use and pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v.58, n.5, p.e121-e126, 2011. doi:10.1097/QAI.0b013e318237ca80

KRAKOWER D. Impact of COVID-19 on HIV preexposure prophylaxis care at a Boston community health center. An analysis showing the impact of COVID-19 on PrEP refills and HIV testing in a large sexual health clinic in Boston. **AIDS 2020 San Francisco and Oakland CA**. 2020. July 10 Abstract# OACLB01. <https://programme.aids2020.org/Abstract/Abstract/11755>

JUNGES A. P. P., *et al.* (2021) **Métodos contraceptivos reversíveis de longa ação**. Lubianca, J. N., & Capp, E. (org.). Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, p. 13-26.

LIMA I. C. V., CUNHA M. C. S. O., CUNHA G. H., GALVÃO M. T. G. Aspectos reprodutivos e conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com Síndrome

da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e03224, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100422&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100422&lng=en&nrm=iso)>.

LIMA C. F.; LIMA E. N.; TRINTINÁLIA M. M. J.; NARCHI, N. Z. Mulheres vivendo com HIV, maternidade e saúde: revisão integrativa, **Periódicus**, n. 16, v. 2 p. 57-80, São Paulo – SP, 2021.

LIMA N.G., OLIVEIRA F., SILVA A.D., FERREIRA R.T., RIBEIRO A.D., SILVESTRE G.C., & ROCHA R.P (2021). Pré-natal do parceiro: concepções, práticas e dificuldades enfrentadas por enfermeiros. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**. Doi: 10.33448/RSD-V10I6.15872

LIPIRA L., WILLIAMS E. C., NEVIN P. E., KEMP C. G., COHN S. E., TURAN J. M., SIMONI J. M., ANDRASIK M. P., FRENCH A. L., UNGER J. M., HEAGERTY P., RAO D. Religiosity, Social Support, and Ethnic Identity: Exploring "Resilience Resources" for African-American Women Experiencing HIV-Related Stigma. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2019 Jun 1;81(2):175-183. doi: 10.1097/QAI.0000000000002006.

LOLL D., FLEMING P.J., MANU A., MORHE E., STEPHENSON R., KING E.J., HALL K.S. Reproductive Autonomy and Modern Contraceptive Use at Last Sex Among Young Women in Ghana. **Int Perspect Sex Reprod Health**, v.45, p.1-12, 2019. doi: 10.1363/45e7419.

MANTELL J. E., COOPER D., EXNER T. M., MOODLEY J., HOFFMAN S., MYER L., LEU C. S., BAI D., KELVIN E. A., JENNINGS K., STEIN Z. A., CONSTANT D., ZWEIGENTHAL V., CISHE N., & NYWAGI N. Emtonjeni-A Structural Intervention to Integrate Sexual and Reproductive Health into Public Sector HIV Care in Cape Town, South Africa: Results of a Phase II Study. **AIDS and behavior**, v.21, n.3, p.905–922, 2017. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1562-z>

MANDELL L.N., RODRIGUEZ V.J, PELTZER K., WEISS S.M., JONES D.L. Intenções de fertilidade de mulheres vivendo com HIV e seus parceiros masculinos durante o

período perinatal na zona rural da África do Sul. **Jornal Internacional de DST e AIDS**. 2021;32(8):740-750. doi: 10.1177/0956462420987447

MARZIALE MARIA HELENA PALUCCI. Instrumento Red de Enfermería y Salud Ocupacional (REDENSO Internacional): guía de estudios de reión integrativa de la literatura, Ribeirão Preto – Brasil, 2015.

MCCONVILLE C., MAJOR I., DEVLIN B., BRIMER A. Development of a multi-layered vaginal tablet containing dapivirine, levonorgestrel and acyclovir for use as a multipurpose prevention technology. **Eur J Pharm Biopharm**, v.104, p.171-179, 2016. doi:10.1016/j.ejpb.2016.05.003

MCGRANAHAN M., BRUNO-MCCLUNG E., NAKYEYUNE J., NSIBIRWA D.A., BAGUMA C., OGWANG C., SERUNJOGI F., NAKALEMBE J., KAYAGA M., SEKALALA S., OYEBODE O. Realising sexual and reproductive health and rights of adolescent girls and young women living in slums in Uganda: a qualitative study. **Reprod Health**. v.18, n.1, p.125, 2021. doi: 10.1186/s12978-021-01174-z.

MELNYK B.M, FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; p.3-24, 2005.

MELO C. R. M., et al. Uso de métodos contraceptivos e intencionalidade de engravidar entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, 28(e3328), 1-11, 2020.

MEKONNEN B, MINYIHUN A. Fertility Desire And Associated Factors Among HIV Positive Women Attending ART Clinics In Amhara Region Referral Hospitals In Northwest Ethiopia, 2017. **HIV AIDS** (Auckl). 2019 Oct 17;11:247-254. doi: 10.2147/HIV.S221941.

MINDRY D., WOLDETSADIK M.A., WANYENZE R.K., BEYEZA-KASHESYA J., FINOCCHARIO-KESSLER, S., GOGGIN, K., WAGNER, G. Benefits and Challenges

of Safer-Conception Counseling for HIV Serodiscordant Couples in Uganda. **Int Perspect Sex Reprod Health**, v.44, n.1, p.31-39, 2018. doi: 10.1363/44e5718.

MOHER D., LIBERATI A., TETZLAFF J., ALTMAN D.G . Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises: a declaração **PRISMA BMJ**, v. 339, b2535, 2009. <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535>

MOIMAZ S.A.S, RÓS D.T, SALIBA T.A, SALIBA N.A. Estudo quanti-qualitativo sobre amamentação exclusiva por gestantes de alto risco [A quantitative and qualitative study of exclusive breastfeeding intention by high-risk pregnant women]. **Cien Saude Colet.**, v.25, n.9, p.3657-3668, 2020. doi:10.1590/1413-81232020259.30002018

MOSEHOLM E., WEIS, N. Women living with HIV in high-income settings and breastfeeding. **J Intern Med.** 2020 Jan;v.287, n.1, p.19-22, 2020. doi: 10.1111/joim.12986.

MOURA B. D. M., SOUZA S. M. B., SOUZA M. R., AMARAL W. N. Desejo reprodutivo em mulheres vivendo com HIV/aids na região metropolitana de Goiânia: Um estudo transversal. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 51632-51650 jul. 2020. file:///Users/reangelacintia/Downloads/admin,+ART.+709+BJD.docx%20(1).pdf

MOURA S.L.O. et al. Relações de gênero e poder no contexto das vulnerabilidades de mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2022, v. 26, suppl 1 [Acessado 5 Janeiro 2023], e210546. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210546>>.

MPINGANJIRA S.; TCHERENI T.; GUNDA A.; MWAPASA V. Factors associated with loss-to-follow-up of HIV-positive mothers and their infants enrolled in HIV care clinic: A qualitative study. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 298, 2020. doi 10.1186/s12889-020-8373-x.

MWOREKO L. **What do recommendations on contraceptives and HIV risk mean to women?**, 29 July 2019, Geneva, World Health Organization.

MURSHID N.S., CRITELLI F.M. Empowerment and Intimate Partner Violence in Pakistan: Results From a Nationally Representative Survey. **J Interpers Violence**. 2020 Feb;35(3-4):854-875. doi: 10.1177/0886260517690873.

MUTHELO L., MGWENYA J.P., MALEMA R.N., MOTHIBA T. How is becoming pregnant whilst HIV-positive? Voices of women at a selected rural clinic in Mpumalanga Province of South Africa. **SAHARA J**. 2020 Dec;17(1):1-8. doi: 10.1080/17290376.2020.1857299.

NANVUBYA A., MATOVU F., ABAASA A., MAYANJA Y., NAKAWEEESA T., MPENDO, J., KAWOOZO B., CHINYENZE K., PRICE M.A., WANYENZE R., GEERTRUYDEN J.P.V. Abortion and its correlates among female fisherfolk along Lake Victoria in Uganda. **J Family Med Prim Care**; v.10, n.11, p.3968-3975, 2021. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_771\_21.

NARASIMHAN M., PAYNE C., CALDAS S., BEARD J.R, KENNEDY C.E. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. **Reprod Health Matters**, v.24, n.48, p.43-51, 2016. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001

NARASIMHAN M., YEH P.T., HABERLEN S., WARREN C.E., KENNEDY C.E. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. **Reprod Health**, v.16, n.1, p.61, 2019. doi:10.1186/s12978-019-0714-9

NEWMANN S.J, GROSSMAN D., BLAT C., et al. Does integrating family planning into HIV care and treatment impact intention to use contraception? Patient perspectives from HIV-infected individuals in Nyanza Province, Kenya. **Int J Gynaecol Obstet.**, v.1, n.01, p.e16-e23, 2013. doi:10.1016/j.ijgo.2013.08.001

NINSIIMA A.B., MICHELSEN K., KEMIGISHA E., NYAKATO V.N., LEYE E., COENE G. Poverty, gender and reproductive justice. A qualitative study among adolescent girls in Western Uganda. **Cult Health Sex**, v.22(sup1), p.65-79, 2020. doi: 10.1080/13691058.2019.1660406.



NGUGI E. W., KIM A. A., NYOKA R., NG'ANG'A L., MUKUI I., NG'ENO B., Rutherford, G. W., & KAIS Study Group (2014). Contraceptive practices and fertility desires among HIV-infected and uninfected women in Kenya: results from a nationally representative study. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v.66 n.1, p.S75–S81, 1999. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000107>

NGONZI J., MUGYENYI G., KIVUNIKE M., MUGISHA J., SALONGO W., MASEMBE S., et al. Frequência da revelação do status de HIV, fatores associados e resultados entre mulheres grávidas HIV positivas no hospital de referência regional de Mbarara, sudoeste de Uganda. **Pan Afr Med J.** p. 32:200, 2019. doi: 10.11604/pamj.2019.32.200.12541.

NYANJA T.A.N, TULINIUS C. Relationships matter: contraceptive choices among HIV-positive women in Tanzania. **Afr J AIDS Res.**, v.16, n.2, p.109-117, 2017. doi:10.2989/16085906.2017.1313284

NÓBREGA A. A., OLIVEIRA F. A. S., GALVÃO M. T. G., MOTA R. S., BARBOSA R. M., DOURADO I., KERR-PONTES L. R. S. Desire for a Child Among Women Living with HIV/AIDS in Northeast Brazil. **AIDS Patient Care and STDs**, v.21, n.4, p.261–267, 2007. doi:10.1089/apc.2006.0116

ODIACHI A., AL-MUJTABA M., TORBUNDE N., EREKAHA S., AFE A.J., ADEJUYIGBE E., GALADANCI H.S., JASPER T.L., CORNELIUS L.J., SAM-AGUDU N.A. Acceptability of mentor mother peer support for women living with HIV in North-Central Nigeria: a qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth.** 2021 Aug 7;21(1):545. doi: 10.1186/s12884-021-04002-1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Elegibilidade dos contraceptivos para mulheres com alto risco de infecção pelo HIV. Diretrizes Recomendações sobre o uso de métodos contraceptivos por mulheres com alto risco de infecção pelo HIV.** 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326653/9789240004603-por.pdf?ua=1>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mais de 20 mil meninas com menos de 15 anos engravidam todos os anos.** 2020. Acesso em: 12. Fev 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46294-mais-de-20-mil-meninas-com-menos-de-15-anos-engravidam-todos-os-anos>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento Familiar: um manual global para provedores.** 2022. <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) População (milhares) OMS; Genebra, Suíça: 2022. [acessado em 21 de setembro de 2022]. Disponível online: [https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-\(15-49-years\)-population-\(thousands\)](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-(15-49-years)-population-(thousands))

O'SHEA M.S, ROSENBERG N.E, HOSSEINIPOUR M.C, STUART G.S, MILLER W.C, KALITI S.M, MWALE M., BONONGWE P.P, & TANG J.H. Efeito do status de HIV no desejo de fertilidade e conhecimento da contracepção reversível de ação prolongada em mulheres pós-parto do Malawi. **AIDS care**, v.27, n.4, p. 489-498, 2015. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.972323>

O'SHEA M.S, ROSENBERG N.E, TANG J.H, et al. Reproductive intentions and family planning practices of pregnant HIV-infected Malawian women on antiretroviral therapy. **AIDS Care**, v.28, n.8, p.1027-1034, 2016. doi:10.1080/09540121.2016.1140891

POCOCK S. J. **Ensaio clínico: uma abordagem prática.** Capítulo 9, 2013, John Wiley & Sons Ltd, p. 123-141. DOI: 10.1002/9781118793916.

PYRA M., HEFFRON R., MUGO, NR, NANDA K., THOMAS KK, CELUM, C., KOURTIS, AP, WERE, E., REES, H., BUKUSI, E., BAETEN, J.M, & PARTNERS IN PREVENTION HSVHIV Transmission Study and Partners PrEP Study Teams. Eficácia da contracepção hormonal em mulheres infectadas pelo HIV em uso

de terapia anti-retroviral. **AIDS** (Londres, Inglaterra), v.29, n.17), p.2353–2359. <https://doi.org/10.1097/QAD.000000000000082772032015001000486&Ing=en&nrm=iso>.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Relatório agir para mudar leis discriminatórias**. Acesso em: 18 dez 2022. Disponível em:<[https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/ZeroDiscrimina%C3%A7%C3%A3o2019\\_Brochura.pdf](https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/ZeroDiscrimina%C3%A7%C3%A3o2019_Brochura.pdf)>

RANSOME Y. Religion, Spirituality, and Health: New Considerations for Epidemiology. **Am J Epidemiol**. 2020 Aug 1;189(8):755-758. doi: 10.1093/aje/kwaa022.

RAZIANO V.T, SMOOTS A.N, HADDAD L.B, WALL K.M. Factors associated with sterilization among HIV-positive US women in an urban outpatient clinic. **AIDS Care**, v.29, n.5, p.612-617, 2017 doi:10.1080/09540121.2016.1255710

RODRIGUEZ V.J., PARRISH M.S., JONES D.L., et al. Factor structure of a male involvement index to increase the effectiveness of prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programs: Revised male involvement index. **AIDS Care**, v.32, p.1304–1310, 2020. doi: 10.1080/09540121.2020.1786000.

ROUQUAYROL Maria Zélia; Silva, MARCELO Gurgel Carlos da. **Epidemiologia e Saúde** (Português) Capa comum – Edição padrão, 5 outubro 2017. Medbook; 8 ed; 744 páginas, ISBN-10 : 8583690294, Rio de Janeiro, 2017.

RUCINSKI K.B, POWERS K.A, SCHWARTZ S.R, et al. Longitudinal patterns of unmet need for contraception among women living with HIV on antiretroviral therapy in South Africa. **PLoS One**, v.13, n.2, e0209114, 2018 doi:10.1371/journal.pone.0209114

RUIVO A.C.O et al. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 6 [Acessado 3

Janeiro 2023], e00123220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00123220>>.

SALEEM H.T., NARASIMHAN M., DENISON J.A., KENNEDY C.E. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. **J Int AIDS Soc.**, v.20, n.1, p.213-231, 2017. doi: 10.7448/IAS.20.2.21331.

SARNQUIST C.C, MOYO P., STRANIX-CHIBANDA L., CHIPATO T., KANG J.L, MALDONADO Y.A. Integrating family planning and prevention of mother to child HIV transmission in Zimbabwe. **Contraception**, v.89, n.3, p.209-214, 2014. doi:10.1016/j.contraception.2013.11.003

SCHWARTZ S.R, REES H., MEHTA S., VENTER W.D, TAHA T.E, BLACK V. High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: findings from a prospective cohort study in South Africa. **PLoS One**, v.7, n.4, e36039, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0036039

SCHWARTZ S.R, MEHTA S.H, TAHA T.E, REES H.V, VENTER, F., BLACK V. High pregnancy intentions and missed opportunities for patient-provider communication about fertility in a South African cohort of HIV-positive women on antiretroviral therapy. **AIDS Behav.**, v.16, n.1, p.69-78, 2012. doi:10.1007/s10461-011-9981-3

SHAPIRO A. **Female sex workers' contraceptive practices, values and preferences. contraception and risk of HIV infection: a WHO Guideline Development Group review of the current evidence.** 29 July 2019, Geneva, World Health Organization.

SHEA B.J, GRIMSHAW J.M, WELLS G.A *et al.* Desenvolvimento de AMSTAR: uma ferramenta de medida para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. **BMC Med Res Methodol**, v.7, n.10 (2007). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>

SHIKHANSARI S., KHALESİ Z.B., RAD E.H. Factors associated with the reproductive health of women living with HIV in Iran. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X**. 2021 Oct 28;13:100136. doi: 10.1016/j.eurox.2021.100136.

SIBANDA E. **Views on contraceptive methods among female sex workers in Harare, Zimbabwe: a participatory qualitative study**. 29 July 2019, Geneva, World Health Organization.

SILVA C.B., MOTTA M.G.C., BELLENZANI R. Maternidade e HIV: desejo reprodutivo, sentimentos ambivalentes e um/um (não) cuidado oferecido. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2019, v. 72, n. 5 [Acessado em 14 de novembro de 2022], pp. 1378-1388. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0063>>.

SIMMONS RG, JENNINGS V. Fertility awareness-based methods of family planning. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 2020 Jul;66:68-82. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003.

SKRIVANKOVA V.W., RICHMOND R.C., WOOLF B.A.R., YARMOLINSKY J., DAVIES N.M., SWANSON S.A., VANDERWEELE T.J., HIGGINS J.P.T., TIMPSON N.J., DIMOU N., LANGENBERG C., GOLUB R.M., LODER E.W, GALLO V., TYBJAERG-HANSEN A., DAVEY SMITH G., EGGER M., RICHARDS J.B. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Using Mendelian Randomization: The STROBE-MR Statement. **JAMA**. 2021;326(16):1614-1621.

SOARES CASSIA BALDINI et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342014000200335&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000200335&lng=en&nrm=iso)>.

SOUZA M.R., GUIMARÃES R.A., AMARAL W.N.D., CUNHA V.E.D., MOURA B.D.M., BARBOSA M.A, BRUNINI S.M. Reproductive Desire in Women Living with HIV/AIDS with Serodiscordant Partners. **Int J Environ Res Public Health**., v.19, n.21, p.137-63, 2022. doi: 10.3390/ijerph192113763.

STANWOOD N.L., COHN S.E., HEISER J.R., PUGLIESE M. Examinan el deseo de tener hijos y el arrepentimiento de esterilizarse entre mujeres VIH positivas. **Contraception**, v.75, n.4, p.294-298, 2007. <[http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(07\)00032-7/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(07)00032-7/abstract)>.

STEWART Z.A, SHIPLEY K., SPELMAN T., *et al* Factors associated with discussion of sexual activity and contraception in women with HIV. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v.42, p.12-16, 2016.

TERMMERMAN M, MOSES S, KIRAGU, D., FUSALLAH, S., WAMOLA, I. A., PIOT, P. Impact of single session post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproductive behavior. **AIDS Care**, v.2, n. 3, p247-252, 1990.

TORRES T.S., HOAGLAND B., BEZERRA D.R.B., GARNER A., JALIL E.M., COELHO L.E *et al*. Impact of COVID-19 Pandemic on Sexual Minority Populations in Brazil: An Analysis of Social/Racial Disparities in Maintaining Social Distancing and a Description of Sexual Behavior. **AIDS Behav.** 2020. doi: 10.1007/s10461-020-02984-1.

WAGNER G.J., MINDRY D., HURLEY E.A. *et al*. Reproductive intentions and corresponding use of safer conception methods and contraception among Ugandan HIV clients in serodiscordant relationships. **BMC Public Health**, 21, 156 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10163-7>

WAITT C., ORRELL C., WALIMBWA S., *et al*. Safety and pharmacokinetics of dolutegravir in pregnant mothers with HIV infection and their neonates: A randomised trial (DoIPHIN-1 study). **PLoS Med.**, v.16, n.9, e1002895, 2019. doi:10.1371/journal.pmed.1002895

WATT M.H., CICHOWITZ C., KISIGO G., MINJA L., KNETTEL B.A., KNIPPLER E.T., *et al*. Predictors of postpartum HIV care engagement for women enrolled in prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programs in Tanzania. **AIDS Care**. v.31(6), p. 687–698, 2019. doi: 10.1080/09540121.2018.1550248.

WEISS F., VON BOTH U., RACK-HOCH A., SOLLINGER F., EBERLE J., MAHNER S., KAESTNER R., ALBA ALEJANDRE I. Brief Report: HIV-Positive and Breastfeeding in High-Income Settings: 5-Year Experience From a Perinatal Center in Germany. **J Acquir Immune Defic Syndr.** 2022 Dec 1;91(4):364-367. doi: 10.1097/QAI.0000000000003075.

WEST B. S., CHENG D. M., TOUSSOVA O., BLOKHINA E., GNATIENKO N., LIU K., SAMET J. H., & RAJ A. Contraceptive Use Among HIV-Infected Females with History of Injection Drug Use in St. Petersburg, Russia. **AIDS and behavior**, v.22, n.6, p. 1787–1791, 2018. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1990-4>

WOLDESENBET S.A., KUFA T., BARRON P., AYALEW K., CHEYIP M., CHIROMBO B.C., LOMBARD C., MANDA S., PILLAY Y., PUREN A.J. Assessment of readiness to transition from antenatal HIV surveillance surveys to PMTCT programme data-based HIV surveillance in South Africa: The 2017 Antenatal Sentinel HIV Survey, Feb; v. 91, p.50-56. **Int J Infect Dis.** 2020. doi: 10.1016/j.ijid.2019.11.005.

WORKE M.D, BEZABIH L.M, & WOLDETASDIK M.A. Utilização de contracepção entre mulheres HIV positivas sexualmente ativas atendidas na clínica de arte no Hospital da Universidade de Gondar: um estudo transversal de base hospitalar. **Saúde da mulher BMC**, v.16, n.1, p.67, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0348-9>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV**, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf;jsessionid=22AD2F7BB5C31E39B89CDA4A60096F9B?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reproductive health. Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration.** Johns Hopkins Ccp-Info, 2022.

WORLD VALUES SURVEY. A098. **Active/Inactive membership of church or religious organization.** World Values Survey, online data analysis Vienna, Austria: Institute for Comparative Survey Research; 2019 [cited 2022 Dec 18]. <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>.

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Estatísticas Globais sobre HIV. 2022.** Acesso em: 02 dez 2022. Disponível em: <<https://unids.org.br/estatisticas/#:~:text=37%2C9%20milh%C3%B5es%20%5B32%2C,at%C3%A9%20o%20fim%20de%202018>>

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Relatório agir para mudar leis discriminatórias. 2019.** Acesso em: 02 dez 2022. Disponível em: [https://unids.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/ZeroDiscrimina%C3%A7%C3%A3o2019\\_Brochura.pdf](https://unids.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/ZeroDiscrimina%C3%A7%C3%A3o2019_Brochura.pdf)

UNAIDS. FACTSHEET 2022. **Estatísticas Globais do HIV 2022.** acesso: 22 dez 2022. Disponível em: [https://unids.org.br/wp-content/uploads/2022/07/2022\\_07\\_27\\_Factsheet\\_PT.pdf](https://unids.org.br/wp-content/uploads/2022/07/2022_07_27_Factsheet_PT.pdf)

UNAIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – Brasil.** 2019. [cited 2022 Dec 18]. <https://unids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>.

UNAIDS. Atualização global sobre AIDS. 2019. Genebra: **Comunidades no centro: defendendo direitos, quebrando barreiras, alcançando pessoas com serviços de HIV.** Disponível em <https://www.aidsdatahub.org/resource/global-aids> ). Acesso 18 dez 2022.

UNICEF – Organização das Nações Unidas. **UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância.** Acesso em: 12 dez 2022. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>>

USHIE B.A., JUMA K., KIMEMIA G., OUEDRAOGO R., BANGHA M., MUTUA M. Community perception of abortion, women who abort and abortifacients in Kisumu and



Nairobi counties, Kenya. **PLoS One**; v.14, n.12, 2019:e0226120. doi: 10.1371/journal.pone.0226120.

VASCONCELOS S. B; GALVAO M.T.G. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV / AIDS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 369-375, 2004.

VIGLIOTTI V, TAGGART T, WALKER M, KUSMASTUTI S, RANSOME Y. Religion, faith, and spirituality influences on HIV prevention activities: A scoping review. **PLoS One**. 2020 Jun 16;15(6):e0234720. doi: 10.1371/journal.pone.0234720.

ZAINIDDINOV H., HABIBOV N. A. Comparison of Comprehensive HIV/AIDS Knowledge Among Women Across Seven Post-Soviet Countries. **Cent Asian J Glob Health**,v.7, n.1, p.295, 2018.

YAN X, DU J, JI G. Prevalence and factors associated with fertility desire among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**. 2021 Mar 18;16(3):e0248872. doi: 10.1371/journal.pone.0248872.

YU L., YANG S., ZHANG,C., GUO, P., ZHANG X., XU M., TIAN Q., CUI X., ZHANG W. Decision aids for prenatal testing: A systematic review and meta-analysis. **J Adv Nurs**. 2021 Oct;77(10):3964-3979. doi: 10.1111/jan.14875.

YUVARAJ A., KUNDU P. A snapshot of reproductive and sexual health and rights of women living with HIV in Asia. **Oral Dis**. 2020 Sep;26 Suppl 1:54-58. doi: 10.1111/odi.13390.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou convidando-a para participar da Pesquisa “**Comportamento contraceptivo e Decisão Reprodutiva de Mulheres no contexto do HIV**” sob minha responsabilidade. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV.

Neste sentido, solicito sua permissão para participar do estudo que aplicará questionários com a senhora em uma sala de forma reservada no serviço de saúde onde você é atendido. Sua participação é importante para que os resultados da pesquisa mostrem como o uso de contraceptivos podem influenciar na decisão para o planejamento reprodutivo de mulheres com HIV.

Para isso, vou explicar como o formulário e questionários serão aplicados e quanto tempo será gasto. Durante aproximadamente 30 minutos vou conversar com a senhora perguntando sobre sua saúde. Para isso, vou usar questões que já foram respondidas por inúmeras pessoas no mundo e, também, no Brasil. São perguntas rápidas e você irá escolher a alternativa que melhor representa a sua opinião ou informar outra resposta que não esteja nos instrumentos.

Há perguntas relacionadas à sua caracterização sociodemográfica, adesão à terapia antirretroviral, dados gineco-obstétricos, uso de contraceptivos e desejo para a reprodução. Em função de conhecer que algumas pessoas têm dificuldade para escrita e leitura, nós leremos as questões para todos os participantes durante a aplicação do formulário e questionários. Entretanto, caso queira responder sozinho você o fará e caso tenha alguma dúvida durante as repostas estarei aqui para lhe ajudar. Para todas as perguntas a Senhora ficará à vontade para responder, e nós só vamos continuar nossa entrevista se assim a Senhora desejar.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações, aos procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer. Os riscos desta pesquisa são mínimos, implicando, dentre alguns possíveis riscos, o medo de exposição da sorologia positiva para HIV, de sofrer algum tipo de preconceito e/ou estigma. no entanto, a senhora tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para seu tratamento na Instituição. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não

há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Informo-lhe que, ao apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome ou qualquer informação que possa identificá-la. A presente pesquisa não trará nenhum risco, nem acarretará malefícios, preservando sua integridade, sem causar nenhum dano. Entretanto, caso se sinta triste, angustiado com o que está respondendo poderemos conversar sobre isso e, se necessário, ou do seu desejo marcaremos atendimento com profissional especializado que atendem as pessoas desse ambulatório. Os resultados dessa pesquisa irão favorecer a elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/aids.

Caso precise entrar em contato comigo em qualquer fase do estudo, informo-lhe meu endereço: Rua Alexandre Baraúna, N° 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. Telefone: 85 9111-7686. A senhora também poderá esclarecer suas dúvidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, este funciona em horário das 8h da manhã às 17h de segunda a sexta. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fone (85) 3366-8344.

Caso a senhora se sinta suficientemente informada a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

---

Assinatura do paciente/representante  
legal

Data      /      /     

---

Assinatura da testemunha

Data      /      /     

---

**APÊNDICE B – TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, Francisca Lisieth Fernandes Costa, chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital São José de Doenças Infecciosas, fiel depositário dos prontuários médicos dos pacientes, autorizo o(a) pesquisador(a) Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima a colher dados dos prontuários para fins de seu estudo "COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO E DECISÃO REPRODUTIVA DE MULHERES NO CONTEXTO DO HIV".

Fortaleza, 23, de abril de 2021.

  
Francisca Lisieth Fernandes Costa  
Responsável pelo setor SAME

## **APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS**

### **PROJETO DE PESQUISA**

#### **Comportamento contraceptivo e Decisão Reprodutiva de Mulheres no contexto do HIV**

O pesquisador abaixo se compromete a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI), garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Fortaleza, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura da Doutoranda  
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima

## ANEXO A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA, SEXUAL E DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA MULHERES COM HIV/AIDS

Iniciais: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Pessoas Elegíveis		
1: Mulher + e parceria - ( )	3- Mulher + e parceria + ( )	Exclusão/motivo:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1) Data da entrevista: (DD/MM/AA)	DEN ___/___/___	
2) Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA)	DN ___/___/___	
3) Idade (anos):	ID _____	
4) Cor (auto informada): 1( ) Branca, 2( ) Preta, 3( ) Amarela, 4( ) Parda, 5( ) Indígena	RAC _____	
5) *Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou)	ESC _____	
1 Ensino fundamental: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( ); 2 Ensino médio: 1( ) 2( ) 3( ); 3 Superior: 1( ) Incompleto 2( ) Completo		
6) Estado Civil: 1( ) Solteiro, 2( ) Casada/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3( ) Divorciado/Separado, 4( ) Viúva.	ECI _____	
7) Qual sua categoria de exposição? 1( ) Sexual, 2( ) Transmissão Vertical, 3( ) Sanguínea/transusão, 4( ) Sanguínea/UDE, 5( ) Acidente perf/cort 6( ) Outro	CTE _____	
8) Mora com parceiro? 0( ) Não / 1( ) Sim 2( ) não se aplica	MCP _____	
9) Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro? 1( ) Positiva, 2( ) Negativa, 3( ) Não sabe/Não fez ,4( ) Sem parceiro	SRP _____	
10) Número de filhos? _____ (0=nenhum)	FIL _____	
11) Qual é a sua religião? 1( ) Católica, 2( ) Evangélica, 3( ) Espírita, 4( ) Outra, 5( ) Sem Religião	REL _____	
12) Situação Ocupacional: 1( ) Empregado, 2( ) Desempregado, 3( ) Aposentado, 4( ) Afastado	OCU _____	
13) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio:	NPD _____	
14) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____	RMF _____	
DADOS CLÍNICOS		
15) Tempo (em anos) de Diagnóstico HIV Positivo?	DHV _____	
16) Em uso de TARV há quantos meses? (0=Não usa TARV): _____	TRV _____	
Dados do Prontuário		
17) Medicamentos em uso – Marque um x no que usa atualmente:		
1( ) Abacavir (ABC)	8( ) Estavudina (d4T)	15( ) Ritonavir (RTV)
2( ) Atazanavir (ATV)	9( ) Fosamperenavir (FPV)	16( ) Saquinavir (SQV)
3( ) Darunavir (DRV)	10( ) Lamivudina (3TC)	17( ) Tenofovir (TDF)
4( ) Didanosina (DDI)	11( ) Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	18( ) Tipinavir (TPV)
5( ) Efavirez (EFV)	12( ) Maraviroque(MVQ)	19( ) Zidovudina+lamivudina – biovir (3TC+AZT)
6( ) Enfuvirtida (ENF) (T-20)	13( ) Nevirapina (NVP)	20( ) Zidovudina (AZT)
7( ) Etravirina (ETR)	14( ) Raltegravir (RAL)	21. Dolutegravir (DLT)
22. Outro: _____		
18) Linfócitos T CD4+ (células/mm <sup>3</sup> ) (o mais recente):	CD4 _____	
19) Carga viral (cópias/ml) (a mais recente):	CAV _____	
PODER DE DECISÃO NO RELACIONAMENTO COM PARCEIRO		
PODER NO RELACIONAMENTO		
20) você conseguiu escolher usar preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses? 1 Sim ( ) 2 não ( ) 3 ( ) as vezes		
21) Você consegue se recusar a ter relação sexual quando não usa preservativo? 1 Sim ( ) 2 não ( ) 3 ( ) as vezes		
22) seu parceiro tem mais controle do que você sobre o uso ou não de preservativos 1 Sim ( ) 2 não ( )		
23) seu parceiro tem mais controle do que você em decisões importantes que afetam o relacionamento? 1 Sim ( ) 2 não ( ) 3 ( ) as vezes		
24) Quando você e seu parceiro discutem, seu parceiro consegue o que quer na maioria das vezes? 1 Sim ( ) 2 não ( )		

25) seu parceiro tem mais controle do que você sobre se você faz ou não sexo? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
26) Nos últimos 12 meses, você se sentiu forçada a fazer sexo com seu parceiro? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
<b>DESEJO REPRODUTIVO</b>	
27) Você tem ou teve desejo de gravidez após o diagnóstico do HIV? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
28) O seu parceiro deseja ter filho(s)? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
29) Se você não quisesse ter filhos, mas se o seu parceiro quisesse, você teria filhos para agradá-lo? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
30) O profissional de saúde que acompanha você, te informa sobre gravidez e prevenção de transmissão vertical? 1 Sim ( ) 2 não ( ) 3 ( ) as vezes	
<b>MÉTODOS CONTRACEPTIVOS</b>	
31) Usa atualmente algum método contraceptivo? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
32) O profissional de saúde que acompanha você, te informa sobre métodos contraceptivos? 1 Sim ( ) 2 não ( ) 3 ( ) as vezes	
33) Qual o método contraceptivo você prefere? 1 hormonal oral ( ) 2 hormonal injetável ( ) 3 ( ) métodos comportamentais 4 ( ) preservativo 5 ( ) Outro método de barreira 6 ( ) dispositivo intra-uterino 7 ( ) esterilização 8 ( ) nenhum	
34) Já discutiu sobre planejamento reprodutivo com o seu parceiro? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
35) Você gosta do método contraceptivo que está usando? 1 Sim ( ) 2 não ( ) motivo:	
<b>PREVENÇÃO DO HIV E STATUS SOROLÓGICO</b>	
36) Sabe como reduzir o risco do HIV? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
37) Seu parceiro conhece seu status sorológico HIV+? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
38) Fez uso de PrEP nos últimos 3 meses? 1 Sim ( ) 2 não ( )	
39) Fez uso de PEP nos últimos 3 meses? 1 Sim ( ) 2 não ( )	

0 (zero): Não respondeu.

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE VALORES E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE, MATERNIDADE E ABORTO

(ADAPTADO DE SERENO, LEAL, MAROCO, 2009; CATÃO *et al.*, 2010)

Demonstre quanto está de acordo ou em desacordo com as seguintes afirmações, fazendo uma cruz na respectiva coluna, que vai desde Concordo Totalmente até Discordo Totalmente.

ITEM	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Código	1	2	3	4	5
<b>Prazer</b>					
1.O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas					
2.As relações sexuais são uma forma de demonstrar carinho e afeto					
3.O sexo é uma parte muito importante da vida					
4.É importante ter prazer na relação sexual					
<b>Afetividade</b>					
5.As mulheres grávidas ficam bonitas					
6.A minha principal motivação para as relações sexuais é sentir-me amado(a)					
7.O sexo sem amor não faz sentido					
8.As pessoas desejam ter filhos para os amarem e serem amados por eles					
<b>Reprodução</b>					
9.Hoje em dia só engravida quem quer					
10.Fazer contracepção é fácil					
11.Existem vantagens e desvantagens em ter um filho					
<b>Maternidade</b>					
12.Todas as mulheres querem ser mães					
13.Engravidar é importante para as mulheres					
14.A minha maior motivação para ter relações sexuais é a reprodução					
15.Uma mulher é sempre responsável por uma gravidez					
16.Uma gravidez é sempre desejada					
17.Ter filhos é essencial para a realização da mulher					
18.A maternidade valoriza o status social da mulher					
19.Um casal sem filhos não é completamente feliz					
20.Ter um filho é necessário para a minha felicidade					
21.As mulheres que não desejam ter filhos são egoístas					
<b>Aborto</b>					
22.O aborto pode ser prejudicial à saúde psicológica da mulher					
23.O aborto pode ser prejudicial à saúde física da mulher					
24.O aborto é um crime em qualquer circunstância					

\*Código 0 quando não responder



## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE  
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ  
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE  
FORTALEZA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO E DECISÃO REPRODUTIVA DE MULHERES NO CONTEXTO DO HIV

**Pesquisador:** REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 46173221.5.3001.5044

**Instituição Proponente:** Hospital São José de Doenças Infecciosas - HSJ / Secretaria de Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.985.824

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico que será desenvolvido no ambulatório para PVHIV do Hospital São José de Doenças Infeciocontagiosas (HSJ). A seleção amostral será do tipo amostragem não probabilística. Assim, o tamanho mínimo amostral necessário será de 189 mulheres. Serão consideradas elegíveis as mulheres em idade reprodutiva (16 a 49 anos) com diagnóstico de HIV, em uso da terapia antirretroviral por pelo menos seis meses e que sejam capazes de fazer a leitura dos instrumentos necessários para a coleta de dados. Nos casos de mulheres menores de 18 anos, serão consideradas apenas aquelas emancipadas, segundo a legislação vigente no Brasil, e que esteja expressamente registrado e/ou seja comprovado esta condição. As mulheres serão recrutadas no ambulatório dos SAE do HSJ enquanto aguardam consulta clínica. As participantes serão incluídas no estudo por ordem de chegada sucessivamente, até completar o tamanho amostral definido para o estudo. As mulheres elegíveis que concordarem em cooperar com a pesquisa serão convidadas a participar de uma entrevista face-a-face, com roteiro pré-estruturado, validado e adaptado a temática. Inicialmente, será verificado no livro de registro e controle do centro de referência em HIV, o nome completo das mulheres e o número de prontuário para coleta dos dados clínicos e laboratoriais daquelas que atendam aos critérios de elegibilidade. O estudo será dividido em duas etapas. Etapa 1: recrutamento das pessoas e alocação em duas categorias distintas: C1: Mulheres com HIV e parceiro soroconcordante; C2: Mulheres com

**Endereço:** Rua Nestor Barbosa, 315

**Bairro:** Parquelândia

**CEP:** 60.455-610

**UF:** CE


**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3452-7880

**Fax:** (85)3101-2319

**E-mail:** cep.hsj@hsj.ce.gov.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE  
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ / SECRETARIA DE SAÚDE DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 4.985.824

HIV e parceiro sorodiscordante; Etapa 2: Será aplicado os instrumentos para coleta de dados (1-Formulário de caracterização sociodemográfica, clínica, epidemiológica, gineco-obstétrica e dados do planejamento reprodutivo; 2. Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, aborto e maternidade; e 3. Escala de controle e poder no relacionamento. O pesquisador relata que a aplicação desses instrumentos terá duração média de 30 minutos. Ressalta-se que após a alocação nas categorias, as mulheres dos grupos C1 e C2 serão encaminhadas para salas reservadas e distintas dentro do hospital, com o intuito de evitar que elas se encontrem e possam trocar informações acerca do estudo e para preservar o anonimato daquelas que são HIV positivo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV. Objetivo Secundário: - Caracterizar a amostra quanto as variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas, comportamentais e clínico-laboratoriais. - Estimar a prevalência de desejo reprodutivo entre as MVHIV; - Identificar os fatores associados ao desejo reprodutivo entre MVHIV; - Estimar o poder de decisão em saúde sexual, contraceptiva e reprodutiva de MVHIV. - Inquirir se há casos de gravidez não-planejada na vigência da soropositividade; - Investigar se houve o uso da profilaxia pré-exposição ao HIV e da TARV para auxiliar na reprodução; - Verificar fatores associados ao desejo de engravidar considerando o tipo de parceria.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos desta pesquisa são mínimos, implicando, dentre alguns possíveis riscos, o medo de exposição da sorologia positiva para HIV, de sofrer algum tipo de preconceito e/ou estigma. Benefícios: Os resultados dessa pesquisa irão favorecer a elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/aids.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema é relevante uma vez que visa avaliar as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV. Não há pendências no trabalho.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram devidamente apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em pesquisa do HSJ analisou e considerou aprovado.

**Endereço:** Rua Nestor Barbosa, 315  
**Bairro:** Parquelândia **CEP:** 60.455-610  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3452-7880 **Fax:** (85)3101-2319 **E-mail:** cep.hsj@hsj.ce.gov.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE  
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ  
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 4.985.824

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador(a) deverá apresentar relatório parcial a cada seis meses, e o relatório final quando do término do estudo (Resolução 466/2012, XI.2.d e Resolução 510/16, Art. 28, V), via notificação na Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1776719.pdf	25/08/2021 23:30:30		Aceito
Outros	Projeto.pdf	25/08/2021 23:28:42	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	carta.pdf	25/08/2021 23:27:24	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	Anuencia_responsavel_ambulatorio.pdf	25/08/2021 23:23:03	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetotese_23042021.pdf	23/04/2021 17:44:39	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	termofieldepositario.pdf	23/04/2021 17:42:16	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	Termoanuencia.pdf	21/04/2021 14:57:14	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	21/04/2021 14:56:22	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	lattespesquisadora.pdf	21/04/2021 14:54:25	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Orcamento.pdf	26/03/2021 01:49:34	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Nestor Barbosa, 315  
**Bairro:** Parquelândia **CEP:** 60.455-610  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3452-7880 **Fax:** (85)3101-2319 **E-mail:** cep.hsj@hsj.ce.gov.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE  
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ  
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 4.985.824

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**PAULO GERMANO DE CARVALHO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Nestor Barbosa, 315  
**Bairro:** Parquelândia **CEP:** 60.455-610  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3452-7880 **Fax:** (85)3101-2319 **E-mail:** cep.hsj@hsj.ce.gov.br

## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO E DECISÃO REPRODUTIVA DE MULHERES NO CONTEXTO DO HIV

**Pesquisador:** REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46173221.5.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.786.168

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo transversal, a ser desenvolvido no ambulatório para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) do Hospital São José de Doenças Infectocontagiosas (HSJDI). A população do estudo será constituída por mulheres com HIV. A amostra será composta por 95 mulheres HIV positivas com parceiro sororocondante e 94 mulheres HIV positivas com parceiro sorodiscordante. Os dados serão coletados no período de junho a agosto de 2021. As mulheres elegíveis que concordarem em participar da pesquisa serão convidadas para entrevista face-a-face, com roteiro pré-estruturado validado. Inicialmente, será verificado no livro de registro e controle do HSJDI, o nome completo das mulheres e o número de prontuário para coleta dos dados clínicos e laboratoriais daquelas que atendam aos critérios de elegibilidade. As mulheres serão recrutadas no ambulatório enquanto aguardam consulta clínica. As participantes serão incluídas no estudo por ordem de chegada sucessivamente, até completar o tamanho amostral definido para o estudo. A duração média das entrevistas está prevista para até 30 minutos. Serão preenchidos três instrumentos: 1. Formulário de caracterização sociodemográfica, clínica, epidemiológica, gineco-obstétrica e dados do planejamento reprodutivo; 2. Questionário de valores e crenças sobre sexualidade, aborto e maternidade. 3. Escala de controle e poder no relacionamento. O estudo será dividido em duas etapas para facilitar a coleta dos dados e a alocação dos participantes em cada grupo. Após recrutamento, ocorrerá a alocação da amostra total das mulheres com HIV em categorias distintas: Mulheres HIV positivo com parceiro HIV negativo (C1); e Mulheres HIV positivo

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.786.168

e parceiro HIV positivo (C2). Critérios de inclusão: mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) com diagnóstico de HIV e/ou HIV negativas com parceiros HIV positivo; uso de TARV por pelo menos seis meses, que sejam capazes de fazer a leitura dos instrumentos necessários para a coleta de dados, e que estejam em acompanhamento de saúde no HSJDI, visto que alguns pacientes apenas recebem os fármacos antirretrovirais no ambulatório e são acompanhados posteriormente em consultórios particulares. Critérios de exclusão: mulheres com transtorno psicológico, pessoas em situação de rua ou abrigos coletivos, pessoas privadas de liberdade em penitenciárias que não tenham seguimento no serviço no momento da pesquisa, gestantes e mulheres que, mesmo estando na faixa etária prevista no estudo, apresentavam quadro de menopausa. Os dados serão processados no programa Microsoft Excel® e posteriormente transportados para análise no programa estatístico IBM Statistical SPSS, versão 20.0. Inicialmente, será realizada avaliação da normalidade das variáveis quantitativas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise descritiva das variáveis será realizada. Variáveis quantitativas serão apresentadas como média e desvio-padrão (DP) e as qualitativas como frequências absolutas e relativas. Prevalências de desejo reprodutivo serão estimadas com intervalo de confiança de 95% (95,0% IC). A análise de regressão de Poisson bivariada será conduzida para verificar os fatores associados ao desfecho investigado. A seguir, variáveis com  $p < 0,20$  e potenciais variáveis de confusão serão incluídas no modelo de regressão de Poisson com variância robusta para estimar Razão de Prevalência Ajustada e respectivos intervalos de confiança (COUTINHO, 2008).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar as práticas contraceptivas e o desejo reprodutivo de mulheres vivendo com HIV.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas, comportamentais e clínico-laboratoriais;
- Estimar a prevalência de desejo reprodutivo entre as mulheres vivendo com HIV;
- Identificar os fatores associados ao desejo reprodutivo entre mulheres com HIV;
- Estimar o poder de decisão em saúde sexual, contraceptiva e reprodutiva de mulheres com HIV;
- Inquirir se há casos de gravidez não-planejada na vigência da soropositividade;
- Investigar se houve o uso da profilaxia pré-exposição ao HIV e da TARV para auxiliar na reprodução;
- Verificar fatores associados ao desejo de engravidar considerando o tipo de parceria.

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.786.168

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Para a pesquisadora, os riscos desta pesquisa são mínimos, implicando, dentre alguns possíveis riscos, o medo de exposição da sorologia positiva para HIV, de sofrer algum tipo de preconceito e/ou estigma.

**Benefícios:** Para a autora, os resultados dessa pesquisa irão favorecer a elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/aids.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se a importância da contracepção e decisão reprodutiva de mulheres no contexto do HIV.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Apenas acrescente o local para colocar a digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso a participante não saiba ler.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1715373.pdf	23/04/2021 17:44:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetotese_23042021.pdf	23/04/2021 17:44:39	REÂNGELA CINTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	termofieldepositario.pdf	23/04/2021 17:42:16	REÂNGELA CINTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	Termoanuencia.pdf	21/04/2021 14:57:14	REÂNGELA CINTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	21/04/2021 14:56:22	REÂNGELA CINTIA RODRIGUES DE	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Telefone:** (85)3366-8344

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.430-275

**E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.786.168

Outros	CARTA_CEP.pdf	21/04/2021 14:56:22	OLIVEIRA LIMA	Aceito
Outros	lattespesquisadora.pdf	21/04/2021 14:54:25	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORE S_ENVOLVIDOS_NA_PESQUISA.pdf	21/04/2021 14:53:49	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/04/2021 14:53:29	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Orcamento.pdf	26/03/2021 01:49:34	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinada.pdf	26/03/2021 01:43:49	REÂNGELA CÍNTIA RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 17 de Junho de 2021

---

Assinado por:  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br