



## Aspectos reprodutivos e conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome

Aspectos reproductivos y conocimiento sobre planificación familiar de mujeres con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Ivana Cristina Vieira de Lima<sup>1</sup>, Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha<sup>2</sup>, Gilmar Holanda da Cunha<sup>3</sup>, Marli Teresinha Gimeniz Galvão<sup>3</sup>

### Comoar este artigo:

Lima ICV, Cunha MCSO, Cunha GH, Galvão MTG. Reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03224. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016039403224>

1 Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

2 Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

3 Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). **Method:** Cross-sectional and descriptive study carried out from January to December, 2015, in the outpatient care of infectious disease unit in a hospital located in Fortaleza, Ceará. Data were collected through a form applied by interview in a private setting. **Results:** 102 women participated in the study. Most were aware that they were serologically positive with human immunodeficiency virus (HIV) during prenatal care (96.1%) and did not intend to have more children (63.7%). Women who were less than 39 years of age, had a higher educational level, and a shorter time of antiretroviral therapy had better chances of having children ( $p \leq 0.05$ ). Having a steady partner increased the chance of desiring to have children, while tubal ligation was higher among women that did not receive counseling on family planning. Knowledge of family planning was limited because of lack of assistance provided by health professionals.

### DESCRIPTORS

HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Reproduction; Contraception; Family Planning.

### Autor correspondente:

Ivana Cristina Vieira de Lima  
Rua Tipógrafo Sales, 992 – Parquelândia  
CEP 60455-500 – Fortaleza, CE, Brasil  
[doutorandaivana@gmail.com](mailto:doutorandaivana@gmail.com)

Recebido: 04/10/2016  
Aprovado: 26/01/2017

## INTRODUÇÃO

Existem 36,7 milhões de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) no mundo, e o número de mulheres infectadas representa mais da metade dessa população<sup>(1)</sup>. Houve uma ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV), proporcionando a melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência das pessoas com HIV e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), suscitando desafios para garantir a saúde integral desses indivíduos<sup>(1-2)</sup>. Nesse sentido, pode-se observar uma diminuição da morbimortalidade e aumento do número de mulheres com HIV/Aids em idade reprodutiva, o que levou a ampliar a discussão sobre o planejamento familiar<sup>(2-3)</sup>, com o objetivo de manter a saúde da mulher, garantir os direitos reprodutivos, evitar a gravidez indesejada e a morte materna, bem como prevenir a propagação do vírus e a transmissão vertical<sup>(4)</sup>.

O Brasil é reconhecido por ter um programa nacional de HIV/aids que garante a oferta gratuita e sustentável de fármacos antirretrovirais a todas as pessoas com HIV/aids, incluindo as gestantes, além do oferecimento de testagens rápidas e sorologias para detecção do HIV às mulheres grávidas<sup>(5)</sup>. Apesar desses avanços, existem desigualdades sociais entre as regiões do país em relação à taxa de detecção do vírus nesta população. Na região Nordeste, as taxas de detecção do HIV são menores e as gestantes possuem mais baixa escolaridade, de forma que são as mais afetadas no país<sup>(6)</sup>. Diante disso, existe uma lacuna de informações sobre os fatores que afetam o desejo de ter filho entre essas mulheres, bem como o uso de métodos contraceptivos nessa região do Brasil.

Evidências sugerem que apesar da possibilidade de as mulheres com HIV/Aids terem uma vida sexual e reprodutiva saudável e satisfatória, existem desafios relacionados ao acesso aos serviços e direitos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o oferecimento de métodos contraceptivos<sup>(7)</sup>. Ademais, barreiras como falta de poder de decisão feminina, carência de recursos materiais e humanos, além da baixa qualidade dos serviços de planejamento familiar, aumentam a vulnerabilidade da mulher no que se refere aos aspectos reprodutivos.

A maioria dos estudos sobre aspectos reprodutivos de mulheres com HIV/Aids foi desenvolvido em países da África<sup>(8-10)</sup>, onde se concentram maiores incidências de casos. É importante salientar que o Brasil não é diferente, uma vez que concentra o maior número de casos de HIV/Aids da América Latina<sup>(11)</sup>, o que mostra a necessidade de avaliar os aspectos reprodutivos dessas mulheres. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os aspectos reprodutivos e o conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com Aids.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido no ambulatório de infectologia de um hospital universitário de Fortaleza, Ceará, de janeiro a dezembro de 2015. O referido ambulatório atende a pacientes adultos com HIV/Aids, fornece TARV, exames laboratoriais e de

imagem, além de preservativos. Considerando-se a população de mulheres com aids acompanhadas no serviço de saúde no período do estudo, foi utilizada 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  $z$  (1,96) para o grau de confiança adotado (95%) e  $p$ ,  $N$  e  $\varepsilon$  correspondem à prevalência presumida (0,50), à população de mulheres acompanhadas no serviço (135) e ao erro tolerável (0,05), respectivamente. Assim, foi calculada uma amostra de 102 pacientes.

Os critérios de inclusão foram: mulheres com Aids, idade igual ou maior a 18 anos, independentemente de ter ou não parceiro sexual (fixo ou eventual). Foram excluídas as grávidas e com condições que interferissem na compreensão das informações investigadas. A técnica de amostragem por conveniência foi utilizada para seleção das participantes, e as mulheres eram convidadas a participar do estudo à medida que compareciam ao serviço para consultas. Para coleta de dados realizou-se entrevista em ambiente privativo, com duração de 50 minutos, utilizando-se de um formulário com as variáveis: dados sociodemográficos e clínicos, métodos contraceptivos em uso, história reprodutiva e conhecimento de planejamento familiar.

Foram calculadas frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas. Para associações estatísticas foram consideradas como variáveis dependentes: desejo de ter filhos, se tem filhos, orientações sobre planejamento familiar na vigência do HIV, além das respostas às perguntas: *Quem tem HIV pode ter filhos? Casal soroconcordante pode ter filhos?* As demais variáveis foram elencadas como independentes. A associação entre variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado para variáveis independentes, valor do *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%. Foi considerado estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ . Dados foram tabulados no programa Excel e analisados por meio do *software R*, versão 3.2.2.

O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional e Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, em 9 de março de 2015, sob o parecer nº 992.484.

## RESULTADOS

Das 102 mulheres estudadas, mais da metade tinha menos de 39 anos (56,9%), (média  $\pm$  DP: 37,3  $\pm$  6,4), escolaridade igual ou superior a 10 anos de estudo (59,8%) (média  $\pm$  DP: 9,7  $\pm$  3,6). A maioria era católica (66,7%), casada (67,6%), empregada (52,0%), renda familiar igual ou inferior a dois salários mínimos (80,4%), tempo de diagnóstico igual ou superior a 37 meses (82,4%) e tempo de TARV igual ou inferior a cinco anos (57,1%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e clínica das 102 mulheres vivendo com Aids – Fortaleza, CE, Brasil, jan./dez. 2015

Variáveis sociodemográficas e clínicas	N (%)
<b>Idade (em anos)</b>	
< 39	58 (56,9)
≥ 40	44 (43,1)
<b>Escolaridade (em anos)</b>	
< 9	41 (40,2)
≥ 10	52 (59,8)
<b>Estado civil</b>	
Casada	69 (67,6)
Solteira/divorciada/separada/viúva	33 (32,4)
<b>Religião</b>	
Católica	68 (66,7)
Outras (evangélica/espírita/sem religião)	34 (33,3)
<b>Situação ocupacional</b>	
Empregada	53 (52,0)
Desempregada/aposentada	49 (48,0)
<b>Renda mensal familiar (em salários mínimos)*</b>	
≤ 2	82 (80,4)
> 2	20 (19,6)
<b>Tempo de diagnóstico da sorologia anti-HIV positiva (em meses)</b>	
< 36	18 (17,6)
≥ 37	84 (82,4)
<b>Tempo de uso da terapia antirretroviral (em anos)</b>	
< 5	64 (57,1)
≥ 6	38 (42,9)

A maioria foi diagnóstica com HIV no pré-natal (96,1%), e após nascimento do filho exposto ao HIV, mais da metade (63,7%) não pretendia mais ter filhos. Maior parte possuía filhos no momento da entrevista (84,3%), com predominância de um a dois filhos (51,9%) e apenas

uma revelou que a sorologia anti-HIV do filho era positiva. Muitas tinham parceiro fixo (75,0%) que conhecia sua situação sorológica (73,5%). Destacou-se o uso do preservativo masculino (58,8%) e pouco uso de anticoncepcionais orais (23,5%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – História reprodutiva e uso de métodos contraceptivos das 102 mulheres vivendo com Aids – Fortaleza, CE, Brasil, jan./dez. 2015

História reprodutiva e uso de métodos contraceptivos	N (%)
<b>Descoberta da sorologia anti-HIV positiva no pré-natal</b>	
Sim	98 (96,1)
Não	4 (3,9)
<b>Mulher deseja ter filho</b>	
Sim	37 (36,3)
Não	65 (63,7)
<b>Tem filhos</b>	
Sim	86 (84,3)
Não	16 (15,7)
<b>Número de filhos</b>	
0	16 (15,7)
1	35 (34,3)
2	18 (17,6)
≥ 3	33 (32,4)
<b>Filhos com sorologia anti-HIV positiva</b>	
Sim	1 (1,0)
Não	96 (99,0)

continua...

...continuação

História reprodutiva e uso de métodos contraceptivos	N (%)
<b>Parceiro sexual fixo*</b>	
Sim	72 (75,0)
Não	14 (25,0)
<b>Parceiro conhece estado sorológico da mulher</b>	
Sim	75 (73,5)
Não	24 (23,5)
<b>Uso de preservativo masculino</b>	
Sim	60 (58,8)
Não	42 (41,2)
<b>Laqueadura tubária</b>	
Sim	20 (19,6)
Não	82 (80,4)
<b>Anticoncepcional oral</b>	
Sim	24 (23,5)
Não	78 (76,5)

\*Aquele com vínculo afetivo-sexual de duração mínima de três meses.

Apesar de a maioria acreditar que mulheres com aids possam ter filhos (78,4%), apenas um terço (33,3%) revelou ter recebido orientações sobre planejamento familiar, enquanto mais da metade desconhecia formas de prevenção

da transmissão vertical (55,9%). Em relação à influência da sorologia do parceiro na concepção, maior parcela acreditava que soroconcordantes podiam ter filhos (53,9%), mas soroconcordantes, não (52,0%) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Conhecimento sobre planejamento familiar das 102 mulheres vivendo com Aids – Fortaleza, CE, Brasil, jan./dez. 2015

Conhecimento sobre planejamento familiar	N (%)
<b>Recebeu orientações sobre planejamento familiar na vigência do HIV?</b>	
Sim	34 (33,3)
Não	68 (66,7)
<b>Quem tem HIV pode ter filhos?</b>	
Sim	80 (78,4)
Não	22 (21,6)
<b>Conhece as formas de prevenção da transmissão vertical do HIV?</b>	
Sim	45 (44,1)
Não	57 (55,9)
<b>Mulher que tem HIV e companheiro sorodiscordante* pode ter filhos?</b>	
Sim	49 (48,0)
Não	53 (52,0)
<b>Mulher que tem HIV e companheiro soroconcordante† pode ter filhos?</b>	
Sim	55 (53,9)
Não	48 (46,1)

\*Sorodiscordante: parceiro com sorologia anti-HIV negativa; †Soroconcordante: parceiro com sorologia anti-HIV positiva.

Mulheres com parceiro fixo tiveram maior chance de desejar filhos ( $p=0,04$ ;  $OR=1,34$ ;  $IC95\% =0,4-4,9$ ), mas aquelas com um ou mais filhos ( $p=0,01$ ;  $OR=1,50$ ;  $IC95\%=0,4-5,2$ ) ou que fizeram laqueadura tubária ( $p=0,01$ ;

$OR=0,16$ ;  $IC95\%=0,0-0,6$ ) não desejavam mais filhos. A laqueadura tubária foi maior em mulheres que não receberam orientações sobre planejamento familiar na vigência do HIV ( $p=0,03$ ;  $OR=5,35$ ;  $IC95\% =1,4-38,4$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4** – História reprodutiva e métodos contraceptivos associados ao desejo de ter filhos das 102 mulheres com Aids – Fortaleza, CE, Brasil, jan./dez. 2015

Variáveis	Desejo de ter filhos		p	OR†, IC‡	Orientações sobre planejamento familiar na vigência do HIV		p	OR†, IC‡
	Sim(n)	Não(n)			Sim(n)	Não(n)		
<b>Número de filhos</b>								
0	9	7	0,01*	1,0	7	9	0,08	—
1	16	19		1,50(0,4-5,2)	16	19		

continua...

...continuação

Variáveis	Desejo de ter filhos		p	OR†, IC‡	Orientações sobre planejamento familiar na vigência do HIV		p	OR†, IC‡
	Sim(n)	Não(n)			Sim(n)	Não(n)		
2	7	11		1,97(0,5 – 8,3)	3	15		—
≥ 3	5	28		6,75(1,7 – 29,6)	8	25		—
<b>Parceiro sexual fixo</b>								
Sim	31	41	0,04*	1,0	25	47	0,89	—
Não	6	24		2,94(1,1 – 8,9)	4	10		—
<b>Laqueadura tubária</b>								
Sim	2	18	0,01*	1,0	32	50	0,03*	1,0
Não	35	47		0,16(0,0-0,6)	2	18		5,35(1,4-38,4)

\*p&lt;0,05; †odds ratio; ‡Intervalo de confiança.

Mulheres com idade ≤ 39 anos e maior escolaridade tiveram mais chances de ter informações corretas sobre a possibilidade de ter filhos na vigência do HIV (p=0,01; OR=0,22; IC95%=0,1-0,6). Essas mesmas mulheres responderam que casais soroconcordantes podiam ter filhos (p=0,00; OR=0,27; IC95%=0,1-0,6). A variável “tem filhos” demonstrou

associação estatisticamente significativa com idade (p=0,05; OR=3,44; IC95%=1,1-12,0), escolaridade (p=0,04; OR=5,61; IC95%=1,4-41,0) e tempo de TARV (p=0,01; OR=0,11; IC95%=0,0-0,6), ou seja, mulheres com idade ≤ 39 anos, maior escolaridade e tempo de uso da TARV menor ou igual a cinco anos tiveram maiores chances de ter filhos (Tabela 5).

**Tabela 5** – Aspectos sociodemográficos e clínicos associados com história reprodutiva, uso de contraceptivos e conhecimento sobre planejamento familiar das 102 mulheres com Aids – Fortaleza, CE, Brasil, jan./dez. 2015.

Variáveis	Tem Filhos		p	OR†,IC‡	Desejo de ter filhos		p	OR†,IC‡	Quem tem HIV pode ter filhos?		p	OR†/IC‡	Casal soroconcordante pode ter filhos?		p	OR†,IC‡
	Sim(n)	Não(n)			Sim(n)	Não(n)			Sim(n)	Não(n)			Sim(n)	Não(n)		
<b>Idade</b>																
≤ 39	53	5	0,05*	1,0	24	34	0,30	—	47	11	0,62	—	30	28	0,76	—
≥ 40	33	11		3,44 (1,1-12,0)	13	31		—	33	11		—	25	19		—
<b>Escolaridade (anos)</b>																
≤ 9	39	2	0,03*	1,0	11	30	0,16	—	26	15	0,01*	1,0	14	27	0,002*	1,0
≥ 10	47	14		5,40 (1,4-39,2)	26	35		—	48	6		0,22 (0,1-0,6)	41	20		0,26 (0,1-0,6)
<b>Renda mensal familiar (em salários mínimos)</b>																
≤ 2	69	13	>0,99	—	30	52	>0,99	—	62	20	0,27	0,32 (0,0-2,3)	43	39	0,72	—
> 2	17	3		—	7	13		—	18	2		—	12	8		—
<b>Tempo de uso da TARV (anos)</b>																
≤ 5	3	4	0,01*	1,0	1	6	0,40	—	6	1	0,99	—	6	1	0,17	—
≥ 6	83	12		0,11 (0,0-0,6)	36	59		—	74	21		—	49	46		—

\*p&lt;0,05; †odds ratio; ‡Intervalo de confiança.

## DISCUSSÃO

A predominância da idade inferior a 39 anos, da união estável e da baixa renda familiar entre as participantes do estudo demonstra a exposição de mulheres socioeconomicamente vulneráveis e em idade reprodutiva ao vírus a partir da transmissão sexual, concordando com outros estudos<sup>(4,12-13)</sup>. Conforme indicado na presente pesquisa, após o diagnóstico, as mulheres com HIV/Aids mantêm-se laboralmente ativas para garantir o sustento dos filhos e companheiros<sup>(14)</sup>.

Nesse estudo, a maioria das mulheres declarou ter mais de 10 anos de estudo, o que pode justificar o fato de algumas

entrevistadas estarem cientes quanto às informações gerais sobre planejamento familiar na vigência do HIV, indicando maior possibilidade de compreensão e adesão às recomendações para anticoncepção. Este elevado grau de escolaridade diverge de estudos realizados na África<sup>(8-9)</sup>, onde o acesso à educação é limitado.

A maioria das mulheres investigadas neste estudo vivia com o HIV há mais de três anos e estava em uso de terapia antirretroviral desde o diagnóstico. Além disso, havia descoberto a sorologia durante o acompanhamento pré-natal. Isso confirma a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento



com fármacos antirretrovirais entre gestantes e mulheres em idade reprodutiva no âmbito nacional<sup>(5)</sup>, um importante indicador para prevenção da transmissão vertical do vírus. Ressalta-se que essas mesmas características clínicas também foram encontradas entre mulheres africanas<sup>(14-15)</sup>.

Como a descoberta da infecção entre as participantes do presente estudo ocorreu durante o pré-natal, mais da metade das mulheres com HIV/Aids já possuía um ou dois filhos no momento da entrevista, número semelhante ao encontrado em outras pesquisas<sup>(10,13-14)</sup>. Evidências apontam que a maternidade é uma motivação importante para as mulheres com HIV/Aids darem continuidade aos planos de vida e aderirem ao tratamento<sup>(15)</sup>.

Apesar de a maioria das mulheres com Aids estar em idade reprodutiva e ter vida sexual ativa, muitas não desejavam ter filhos no futuro, achado semelhante ao de outros estudos<sup>(9-10,12)</sup>. Na presente pesquisa, esse aspecto pode estar associado ao fato das mulheres terem uma renda familiar reduzida, já possuírem filhos ou à falta de oportunidade para discutir aspectos relacionados à reprodução junto aos profissionais de saúde. Em corroboração, evidências demonstram que a escolha de não ter filhos pode relacionar-se a dificuldades financeiras, por já possuir um número de filhos que considera adequado, à estigmatização por parte de familiares e profissionais de saúde, além das preocupações sobre orfanidade, transmissão vertical e sorodiscordância do parceiro<sup>(15-16)</sup>.

Quanto ao planejamento familiar, a maioria das entrevistadas não estava utilizando métodos contraceptivos da forma preconizada para pessoas com HIV/Aids, que é o uso do preservativo em todas as relações, aumentando assim o risco de gravidez indesejada, bem como da reinfeção pelo HIV. Destacou-se a utilização isolada do preservativo masculino, porém, esse percentual foi considerado baixo, tendo em vista que se espera a adesão de 100% entre esses indivíduos. Essa baixa adesão ao preservativo concorda com resultados de outras pesquisas<sup>(7,14,16-17)</sup>. Enfatiza-se a necessidade dos profissionais de saúde de investigarem as barreiras para o uso adequado e consistente do preservativo, como medida de autocuidado para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST)<sup>(18)</sup>.

Algumas entrevistadas utilizavam anticoncepcionais orais, o que pode indicar o baixo acesso deste método por mulheres atendidas ambulatorialmente<sup>(17)</sup> ou por preocupações quanto à possibilidade de interação medicamentosa com a TARV<sup>(19)</sup>. Ademais, o anticoncepcional oral é mais um comprimido a ser ingerido diariamente, com possibilidade de desencadear eventos adversos, como náuseas e sangramento vaginal irregular, contribuindo para a descontinuidade de seu uso<sup>(20)</sup>. Como a contracepção hormonal em mulheres com HIV é uma medida segura e sem restrição, profissionais de saúde devem recomendar a combinação com o preservativo, para prevenir a gravidez não planejada e IST<sup>(21)</sup>. Acerca da laqueadura tubária, o seu baixo percentual de utilização converge com a literatura<sup>(14)</sup>. No entanto, é necessário incentivar a adesão das mulheres brasileiras com HIV/Aids aos métodos não definitivos. Além disso, a possibilidade de redução na adesão ao preservativo após a laqueadura tubária indica a importância da orientação sobre a continuidade do seu uso, para evitar

reinfeção pelo HIV e a aquisição de outras infecções<sup>(22)</sup>.

Embora no Brasil exista uma política de prevenção da transmissão vertical do HIV<sup>(22)</sup>, há uma lacuna em relação ao recebimento de orientações sobre as formas de prevenção da transmissão e reprodução na vigência do HIV, situação semelhante à encontrada em estudos realizados em países da África<sup>(16,23)</sup>. Evidencia-se uma relutância das mulheres com HIV/Aids em falar sobre sexualidade e seu desejo reprodutivo, por temer reação desfavorável à gestação por parte dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, consideram o desejo de ter filhos como uma irresponsabilidade e desinformação quanto aos riscos da transmissão vertical do HIV<sup>(24)</sup>. Isso é preocupante, pois o conhecimento limitado pode se sobrepor à vontade e ao direito das mulheres com HIV/Aids de ter filhos, aumentando o risco de gravidez não planejada e a exposição dos recém-nascidos ao vírus<sup>(9)</sup>.

Este estudo revelou que mulheres que não receberam informações sobre planejamento familiar são mais propensas a realizar laqueadura tubária, o que pode se associar ao limitado conhecimento e a mitos sobre outros métodos contraceptivos, demonstrando a necessidade dos profissionais de saúde de oferecer aconselhamento às mulheres com Aids sobre opções, benefícios e riscos de cada método, para promover a sua autonomia na tomada de decisão<sup>(2,15)</sup>.

A parceria fixa foi evidenciada como um fator determinante para o desejo de ter filhos, semelhante a outros estudos<sup>(9,25)</sup>. Em geral, mulheres com HIV/Aids que possuem parceiro fixo, frequentemente, dividem as decisões reprodutivas com o companheiro, configurando-se como uma forma importante de apoio social<sup>(2)</sup>. A relação de confiança entre as pacientes investigadas e seus parceiros foi confirmada pelo elevado percentual de mulheres que revelaram seu *status* sorológico ao parceiro, em consonância com outros estudos<sup>(14-15,17)</sup>. Houve associação entre o fato de já ter filhos, idade e escolaridade, convergindo com revisão sistemática sobre fertilidade em pessoas com HIV<sup>(2)</sup>, que indicou que mulheres jovens são biologicamente mais propensas a ter filhos, e que aquelas com maior escolaridade têm mais acesso às informações sobre os direitos reprodutivos e prevenção da transmissão vertical<sup>(23)</sup>.

A sorodiscordância entre o casal foi apontada como um fator impeditivo para ter filhos, concordando com evidências que demonstram o dilema vivenciado pelas mulheres diante do risco de contaminação do conceito e do companheiro<sup>(26)</sup>. Assim, recomenda-se o aconselhamento reprodutivo do casal, visando à escolha do momento adequado para concepção, além da discussão sobre outras opções específicas para a prevenção da transmissão do HIV, como a lavagem de esperma e a reprodução assistida.

O tempo de utilização da TARV também foi um preditor para as mulheres terem filhos nascidos na vigência do HIV, possivelmente, porque os antirretrovirais promovem a melhoria do estado de saúde e da sobrevida, fatores que podem favorecer a maternidade e diminuir o risco de transmissão vertical<sup>(25)</sup>. No entanto, constatou-se que não houve relação entre o desejo de ter filhos e o tempo de uso da TARV, em contraposição às especulações que indicam o aumento do desejo de ter filhos à medida que a TARV progride<sup>(25)</sup>.

## CONCLUSÃO

Predominou o conhecimento da sorologia anti-HIV positiva durante o pré-natal e a negação do desejo de ter mais filhos. A idade inferior a 39 anos, a maior escolaridade e o menor tempo de TARV aumentaram as chances de as mulheres com Aids já possuírem filhos. Além disso, mulheres com idade menor que 39 anos e maior escolaridade tiveram maiores chances de ter informações corretas sobre ter filhos na vigência do HIV. Ter parceiro fixo aumentou a chance de desejar ter filhos, enquanto a laqueadura tubária foi maior em mulheres que não receberam orientações acerca do planejamento familiar.

Apesar de no Brasil existir uma política de prevenção da transmissão vertical do HIV, esforços para oportunizar o diálogo sobre o planejamento familiar no atendimento ambulatorial das mulheres brasileiras com Aids são imperativos para minimizar mitos e proporcionar decisões conscientes e

seguras sobre as escolhas reprodutivas. Também é necessário garantir o acesso aos métodos contraceptivos a todas que desejam utilizá-los. Iniciativas neste sentido repercutem na melhoria do conhecimento, das atitudes e dos comportamentos sobre a contracepção neste público-alvo.

A limitação deste estudo foi representada pela coleta de dados em um único momento, não sendo possível identificar possíveis mudanças de comportamento ao longo do acompanhamento, além da falta de detalhes sobre as razões para o não uso dos métodos contraceptivos. Apesar dessa limitação, ressaltamos a importância desta pesquisa, visto que, muitas vezes, os aspectos reprodutivos e anticoncepcionais das mulheres com HIV/Aids não são prioridade no acompanhamento ambulatorial, devido ao estigma decorrente da doença. Diante disso, destaca-se a importância de novos estudos que tenham como perspectiva o acompanhamento das mulheres com aids e intervenções direcionadas a esse contexto.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar aspectos reprodutivos e conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids). **Método:** Estudo transversal, descritivo, realizado de janeiro a dezembro de 2015, no ambulatório de infectologia de um hospital em Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado por entrevista em ambiente privativo. **Resultados:** Participaram do estudo 102 mulheres. A maioria delas teve conhecimento da sorologia positiva para vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante o pré-natal (96,1%), e estas não pretendiam mais ter filhos (63,7%). Mulheres com idade menor que 39 anos, maior escolaridade e menor tempo de terapia antirretroviral tiveram maiores chances de ter filhos ( $p \leq 0,05$ ). Mulheres com idade menor que 39 anos e maior escolaridade tiveram maiores chances de ter informações corretas sobre ter filhos na vigência do HIV ( $p \leq 0,05$ ). Ter parceiro fixo aumentou a chance de desejar ter filhos, enquanto a laqueadura tubária foi maior em mulheres que não receberam orientações sobre planejamento familiar. **Conclusão:** A maioria das mulheres com Aids não pretendem mais ter filhos. O conhecimento sobre o planejamento familiar foi limitado por falta de orientações pelos profissionais de saúde.

## DESCRITORES

HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Reprodução; Anticoncepção; Planejamento Familiar.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar aspectos reproductivos y el conocimiento acerca de planificación familiar de las mujeres con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). **Método:** Estudio transversal, descriptivo realizado de enero a diciembre de 2015, en la sala de enfermedades infecciosas de un hospital de Fortaleza, Ceará. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada de forma de cuestionario en un ámbito privado. **Resultados:** El estudio incluyó a 102 mujeres. La mayoría de ellos tenían conocimiento de ser seropositivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante la atención prenatal (96,1%), y que no tenía intención de tener más hijos (63,7%). Mujeres menores de 39 años, con educación superior y terapia antirretroviral más corta eran más propensas a tener hijos ( $p=0,05$ ). Mujeres con edades de menos de 39 años y más educación tenían más probabilidades de tener la información correcta acerca de tener hijos en presencia del VIH ( $p=0,05$ ). Tener pareja estable aumentó la posibilidad de desear tener hijos, mientras que la ligadura de trompas fue mayor en las mujeres que no han recibido orientación sobre la planificación familiar. **Conclusión:** La mayoría de las mujeres con SIDA no tienen intención de tener hijos. El conocimiento acerca de la planificación familiar se vio limitada por la falta de orientación por los profesionales de la salud.

## DESCRIPTORES

VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Reproducción; Anticoncepción; Planificación Familiar.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Number of women living with HIV [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2015 Sept 10]. Available from: [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/cases\\_adults\\_women\\_children/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_adults_women_children/en/)
2. BerhanY, Berhan A. Meta-analyses of fertility desires of people living with HIV. BMC Public Health. 2013;13:409.
3. Phillips S, Steyn P, TemmermanM. Contraceptive options for women living with HIV. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(6):881-90.
4. Yotebieng M, Norris A, Chalachala JL, MatumonaY, Ramadhani HO, Behets F. Fertility desires, unmet need for family planning, and unwanted pregnancies among HIV-infected women in care in Kinshasa, DR Congo. Pan Afr Med J. 2015; 20:235.
5. Jerome JS, Galvão MTG, Lindau ST. Brazilian mothers with HIV: experiences with diagnosis and treatment in a human rights based health care system. AIDS Care. 2012; 24(4):491-5.
6. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2015;4(1).

7. Loutf M., Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20760.
8. Onono M, Blat C, Miles S, Steinfeld R, Wekesa P, Bukusi EA, et al. Impact of family planning health talks by lay health workers on contraceptive knowledge and attitudes among HIV-infected patients in rural Kenya. *Patient Educ Couns.* 2014;94(3):438-41.
9. Mmbaga EJ, Leyna GH, Ezekiel MJ, Kakoko DC. Fertility desire and intention of people living with HIV/AIDS in Tanzania: a call for restructuring care and treatment services. *BMC Public Health.* 2013;13:86.
10. Ngugi EW, Kim AA, Nyoka R, Ng'ang'a L, Mukui I, Ng'eno B, et al. Contraceptive practices and fertility desires among HIV-infected and uninfected women in Kenya: results from a nationally representative study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66 Suppl 1:S75-81.
11. Joint United Nations (UNAIDS). Programme on HIV/AIDS. The Gap Report [Internet]. Geneva; 2014 [cited 2016 Feb 16]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>
12. Patel R, Baum S, Grossman D, Steinfeld R, Onono M, Cohen C, et al. HIV-positive men's experiences with integrated family planning and HIV services in western Kenya: integration fosters male involvement. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28(8):418-24.
13. Newmann SJ, Grossman D, Blat C, Onono M, Steinfeld R, Bukusi EA, 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.* 2013;123(Suppl 1):e16-23.
14. Melaku YA, Zeleke EG. Contraceptive utilization and associated factors among HIV positive women on chronic follow up care in Tigray Region, Northern Ethiopia: a cross sectional study. *PLoS One.* 2014;9(4):e94682.
15. Matthews LT, Crankshaw T, Giddy J, Kaida A, Smit JA, Ware NC, et al. Reproductive decision-making and periconception practices among HIV-positive men and women attending HIV services in Durban, South Africa. *AIDS Behav.* 2013;17(2):461-70.
16. Schaan MM, Taylor M, Marlink R. Reproductive behaviour among women on antiretroviral therapy in Botswana: mismatched pregnancy plans and contraceptive use. *Afr J Res AIDS.* 2014;13(3):305-11.
17. Yotebieng M, Norris A, Chalachala JL, Matumona Y, Ramadhani HO, Behets F. Fertility desires, unmet need for family planning, and unwanted pregnancies among HIV-infected women in care in Kinshasa, DR Congo. *Pan Afr Med J.* 2015;20:235.
18. Alene KA. Consistent condom use among sexually active HIV positive women in Amhara region, Ethiopia. *Open Access J Contracept.* 2014;5:85-90.
19. Phillips S, Steyn P, Temmerman M. Contraceptive options for women living with HIV. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(6):881-90.
20. Nanda K, Morrison CS, Kwok C, Byamugisha J, Jones L, Sriplienchan S, et al. Discontinuation of oral contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate among women with and without HIV in Uganda, Zimbabwe and Thailand. *Contraception.* 2011;83(6):542-8.
21. World Health Organization. Hormonal contraception and HIV: technical statement [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2016 Apr 08]. Available from: <http://www.natap.org/2012/HIV/WHOHormonalcontraceptionHIV.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2016 abr. 08]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso\\_gestantes\\_2010\\_vf.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf)
23. Birhane T, Tessema GA, Alene KA, Dadi AF. Knowledge of pregnant women on mother-to-child transmission of HIV in Meket District, Northeast Ethiopia. *J Pregnancy.* 2015;2015:960830. DOI: 10.1155/2015/960830.
24. Caldas MAG, Porangaba SCF, Melo ES, Gir E, Reis RK. Perception of the nursing team on pregnancy concerning infection caused by HIV. *Rev RENE.* 2015;16(1):28-37.
25. Fatimetu Mohammed F, Assefa N. Determinants of desire for children among HIV-positive women in the Afar Region, Ethiopia: case control study. *PLoS One.* 2016; 11(3):e0150566.
26. Hailemariam TG, Kassie GM, Sisay MM. Sexual life and fertility desire in long-term HIV serodiscordant couples in Addis Ababa, Ethiopia: a grounded theory study. *BMC Public Health.* 2012;12:900.

