AS MULHERES E SUAS DECISÕES REPRODUTIVAS, DIANTE DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

NAILA JANILDE SEABRA SANTOS

Tese apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Ruy Laurenti

São Paulo

2002

À todas as mulheres;

que têm filhos ou não;

que são portadoras do HIV ou não...

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Ruy Laurenti, por ter me acolhido como orientanda, após o falecimento do Dr. Edmundo Juarez, por sua compreensão e apoio para realização deste trabalho.

Ao Dr. Edmundo Juarez, em memória.

À Dra. Cássia M. Buchalla, por sua co-orientação tão amiga.

À Dra. Vera Paiva, com quem compartilhei a realização da pesquisa com as mulheres, pelo seu jeito especial e humano de ser pesquisadora.

Às outras profissionais que participaram da pesquisa com as mulheres: Betina Leme, Letícia Tunala, Tayra Lopes, Regiane Nigro, Laura Bugamelli, Sonia Garcia e Rebecca Plank e ao suporte financeiro e parceria com os cientistas Arthur Reingold da Fogarty International AIDS Training e Norman Hearst do Center for AIDS Prevention Studies at the University of California at San Francisco.

Ao Dr. Ivan França Jr., por suas valiosas sugestões para a análise e aprimoramento deste trabalho.

À Dra. Bernadete Waldvogel, pela sua leitura e sugestões, e pela agradável parceria de trabalho que ela nos proporciona, sempre.

À Dra. Denise P. Bergamaschi e à Dra. Maria do Rosário D. O. Latorre que, muito gentilmente, me orientaram na análise dos dados.

À Enf. Angela Tayra, pelo seu auxílio tão carinhoso e competente.

À Dra Ione Aquemi, pelas explicações e sugestões na reta final da análise dos dados.

À Dra. Emily Anna C. Ruiz, pelo apoio de sempre e pela tradução, para o inglês, do resumo deste trabalho.

À Enf. Sirlene Caminada, pelo presente de um livro sobre o tema, auxiliando, como ela sempre faz, minha reflexão no trabalho.

À minha irmã, Prof. Naira J. S. Santos, pela revisão gramatical desta tese e pela sua disposição de estar, sempre, me ensinando os porquês da língua portuguesa.

Aos amigos: Dr. Paulo Roberto Teixeira, Dr. Artur O. Kalichmann, Dra Maria Clara Gianna, Alexandre Grangeiro, Rosemeire Munhoz e Josefa Laurindo pelos muitos anos de jornada juntos, no trabalho com DST/AIDS.

Às minhas companheiras na Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS: Sirlene, Ângela, Marisa, Ana Lúcia , Nanci, Emily Anna, Ione Aquemi, Marta Ramalho, Elisa, Sara, Leda Fátima, Carmen Silvia, Berenice, Altamira, Eliana, Magda e Júlia, pelo respeito, carinho e seriedade com que cada uma conduz nosso trabalho, tornando-o, para mim, uma fonte de realização.

À Sonia Regina, bibliotecária do CRT-DST/AIDS, por sua solicitude e auxílio nos levantamentos bibliográficos.

À Dra. Regina Barbosa, por suas sugestões de bibliografia.

À Maria José e a Núbia, companheiras de trabalho, que muitas vezes nos últimos tempos, "seguraram a minha barra" no ambulatório da CETESB, para que eu finalizasse este trabalho.

À minha mãe, Yvonne, pelo estímulo e orgulho que demonstra de sua filha médica que, se Deus quiser, e os julgadores da banca concordarem, em breve será doutora.

Ao meu pai, Antonio, em memória.

À minha Tia Letícia, minhas irmãs Najla, Naira, Nadja, Naida e Cássia e meus (minhas) sobrinhos(as) pela nossa união e pelo apoio.

Aos meus filhos, Guilherme, Rafael e Ana Clara, que muitas vezes me atrapalharam docemente, mas que são, sempre, o estímulo maior da minha vida.

Ao meu marido, Sérgio Giannella, pelo apoio logístico com as crianças e na finalização de cada etapa da tese, e por seu carinho, que torna tudo melhor.

E, por fim, agradeço, sincera e especialmente, às mulheres que participaram desta pesquisa e, que, a ela emprestaram suas experiências.

Resumo

Introdução: A epidemia de AIDS tem crescido rapidamente entre as mulheres no nosso meio, como se vê no perfil epidemiológico da AIDS em São Paulo elaborado neste trabalho. A feminização da epidemia traz a tona várias discussões específicas do gênero feminino. **Objetivos**: Estudar as questões relativas a saúde reprodutiva de mulheres HIV positivas, seu desejo de ter filhos e as variáveis a ele associadas. **Método**: Estudo exploratório com entrevista de 148 mulheres HIV positivas, atendidas em ambulatório especializado. **Resultados**: O desejo de ter filhos não se altera substancialmente nas mulheres em conseqüência da infecção pelo HIV. Um maior número de filhos, filhos vivos e filhos que moram com as mães são fatores que interferem negativamente no desejo de ter filhos. Não foi encontrada associação deste desejo com outras variáveis como percepção de risco, situação sorológica do parceiro, uso de contraceptivos, e outros. **Conclusão**: Mulheres HIV positivas precisam ter seus direitos reprodutivos e sexuais discutidos e respeitados em todos os serviços de atenção à sua saúde. São necessários serviços que promovam um ambiente de suporte para estas discussões às mulheres e a seus parceiros, propiciando às pessoas vivendo com HIV/AIDS condições de realizar opções conscientes no que concerne a sexualidade e às decisões reprodutivas.

Descritores: Mulheres, direitos reprodutivos, contracepção, HIV, AIDS.

Abstract

Introduction: The AIDS epidemic has been increasing faster in women than in men, as shown by the profile AIDS epidemic in the State of Sao Paulo. **Objectives:** To study the reproductive health needs of HIV positive women, and the wish of them to have children. **Methods**: We interviewed 148 HIV positive women, to know what they had to say about reproductive life and others factors even associated. **Results**: The wish of have children seems do not change with HIV infection. The number of children, number of alive children and the fact of they live with their mothers modify the wish of maternity. There is no association between wish and risk perception, partners sorologic status, contraceptive use and others factors. **Conclusion**: HIV positive women need to have their sexual and reproductive rights discussed and respected. Services fostering supportive environment to open up discussion on reproductive rights of HIV positive people are urgently needed.

Descriptors: Women, reproductive rights, risk perception, contraception, HIV, AIDS.

ÍNDICE

página

1. INTRODUÇÃO

1.1. AIDS, do início ao ano 2000 01

1.2. A AIDS em nosso meio 07

1.2.1. Perfil da epidemia de AIDS no Estado de São Paulo 08

1.2.1.a. A mortalidade por aids 18

1.2.1.b. Juvenilização ou envelhecimento? 23

1.2.1.c. Pauperização 26

1.2.1.d. Feminização e heterossexualização 32

1.3. O enfoque nas mulheres 34

1.4. Justificativa 37

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral 39

2.2. Objetivos Específicos 39

3. MÉTODO

3.1. Pesquisa realizada com 148 mulheres soropositivas para o HIV 40

4. RESULTADOS

4.1. Perfil sócio-demográfico....45

4.2. Número de parceiros sexuais e atividade sexual destas mulheres....47

4.3. A percepção de risco....51

4.4. Contracepção, proteção dupla e planejamento familiar....53

4.5. Filhos e transmissão materno-infantil....54

4.6. A perspectiva da maternidade....55

4.7. Estímulo para viver e possibilidade de faltar aos filhos....61

5. **DISCUSSÃO**....62

6. **CONCLUSÃO**....71

7. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**....72

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. AIDS, do início ao ano 2000

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS ou aids como se denomina atualmente no Brasil, foram descritos em 1981 (26,38) e, ainda que naquele momento não se conhecesse sua causa, a nota editorial que acompanhava a publicação sugeria "uma disfunção da imunidade celular relacionada a uma exposição comum" e "uma patologia adquirida por contato sexual" (25). Na primeira metade da década de 80 o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi isolado e relacionado à AIDS (10,34).

Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual.

Essa disseminação se deu não só, embora principalmente, pela via sexual (23,32,66), mas também pela via sangüínea, através do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis e das transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela via materno-infantil (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

No início da epidemia, quando não havia um controle efetivo da qualidade do sangue no que concerne à sua contaminação pelo HIV, uma grande parcela da população de transfundidos e hemofílicos foi atingida. Hoje a probabilidade deste tipo de transmissão é bem menor, dado ao controle de qualidade do sangue estabelecido em vários países (56). Em estudo realizado na Fundação Pró-Sangue/Hemocentro de São Paulo, o risco residual de transmissão do HIV, via transfusão sangüínea, foi estimado em 1,56 por 100.000 doações, e este valor é cerca de 10 vezes maior do que o estimado para os Estados Unidos da América (EUA) e Europa (82).

Pode-se perceber diferentes padrões de transmissão da infecção pelo HIV obedecendo a distintas formas de organização social (11,24,63,76). No continente africano, as principais formas de transmissão do HIV sempre foram as relações heterossexuais e a transmissão materno-infantil. Na Europa Ocidental, EUA e em vários países da América Latina, apesar da relevância dos HSH, particularmente nos primórdios da epidemia, o compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis surgiu como uma importante forma de disseminação do HIV.

No Estado de São Paulo, os padrões de transmissão são distintos nas diversas regiões do Estado (87) e, também em nosso meio, o compartilhamento de seringas e agulhas pelo uso de drogas injetáveis destaca-se enquanto forma de disseminação da infecção pelo HIV, tendo se constituído em um modo bastante eficiente de atingir a população heterossexual, através da alta porcentagem de indivíduos que se infectaram pela parceria sexual com usuários(as) de drogas injetáveis (85,88).

Assim, se no início a infecção pelo HIV parecia limitar-se a determinados "grupos de risco" compostos por homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, com o correr do tempo ela foi buscando caminhos e tomando espaços na população geral (27,32) e "socializando" a sua possibilidade de ocorrência, que antes parecia restrita aos "diferentes e famosos", levando progressivamente à pauperização (11,13,53,73,80,94) e feminização (12,24,70,78,85) da epidemia.

Em poucos anos a infecção pelo HIV transformou-se em uma pandemia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, do início da epidemia até dezembro do ano 2000, 36,1 milhões de pessoas em todo o mundo contraíram o HIV (com aproximadamente 20 milhões de óbitos), sendo destas 34,7 milhões de adultos e 1,4 milhões de menores de 15 anos, ressaltando-se que 80 a 90% das infecções em crianças são decorrentes da transmissão materno-infantil.

Estima-se que só no ano 2000, 3 milhões de pessoas evoluíram para óbito por AIDS, destas 1,3 milhões eram mulheres e 500.000 menores de 15 anos de idade e que, aproximadamente, 1 em cada 100 adultos entre 15 e 49 anos apresenta-se infectado, dos quais 43% são mulheres (esta proporção cresce dia a dia), e ainda, a imensa maioria destas infecções ocorrem nos países em desenvolvimento (50).

Tendo atingido particularmente a população de adultos jovens em todo o mundo, a AIDS foi responsável por milhares de APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) do final dos anos 80 a meados dos 90, levando em várias localidades a uma diminuição significativa da esperança de vida, e aparecendo como a principal causa de mortalidade para a população entre 15 e 49 anos em inúmeros países, inclusive no Brasil. No Município de São Paulo, em 1995 a AIDS foi a segunda causa na hierarquização dos APVP para os homens e a primeira para as mulheres (60).

Na África sub-saariana, onde se vive a mais grave epidemia de HIV, estão as 21 maiores taxas de prevalência do mundo. Em 13 países africanos, pelo menos, 10% da população adulta está infectada pelo HIV, e as taxas de prevalência em muitas capitais são de 35% ou mais. Botswana e Zimbabwe tem apresentado uma prevalência de 25% da população, isto é, um em cada quatro adultos está infectado . Na Namíbia, a AIDS provoca o dobro das mortes por malária, a segunda causa mais comum de mortalidade naquele país.

A crescente desigualdade entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento se reflete tanto na magnitude da propagação do HIV quanto na mortalidade por AIDS. Na medida em que se acentuam as diferenças de acesso ao tratamento, a mortalidade por AIDS diminui nos países mais ricos e aumenta nos países mais pobres (51), exceção feita ao Brasil, que é um dos poucos países do mundo que adotaram a política de distribuição gratuita de antiretrovirais aos portadores de HIV/AIDS.

Em alguns países da África, a esperança de vida retrocedeu na década de 90 aos níveis da década de 60. Em Zimbabwe, a mortalidade entre crianças de 1 a 5 anos de idade passou de 8/1000 a 20/1000 entre 1988 e 1996. Entre os africanos orientais, a AIDS mais do que duplicou a mortalidade dos adultos nas zonas rurais, onde quase 10% da população é HIV positiva, e é a causa de 4 em cada 5 óbitos de pessoas entre 25 e 34 anos.

No entanto, apesar do panorama sombrio, alguns países africanos têm conseguido uma diminuição das taxas de infecção pelo HIV claramente vinculadas a programas de prevenção sólidos com a promoção do uso de condom, regulamentação do sexo comercial, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e mobilização da comunidade. Uganda conseguiu reduzir a prevalência de HIV de quase 13% em

1994 a 9,5% em 1997. In Masaka, Uganda, a prevalência de HIV em mulheres de 20 a 24 anos decresceu de 20,9% em 89/90 a 13,8% em 96/97. Na Zâmbia, em mulheres assistidas em clínicas de pré-natal, de 15 a 19 anos, a soroprevalência passou de 27% em 1993 a 17% em 1998 (24). Mesmo no mundo industrializado não se tem uma redução desta magnitude, calcada em programas de prevenção.

Na Ásia, América Latina e Europa Oriental, apesar de apresentarem taxas baixas de prevalência, há uma sub-notificação importante e, segundo estimativas da OMS, em muitos países o número de casos deve ser multiplicado por dois ou por três para nos aproximarmos do real.

Com mais de 90% das pessoas infectadas pelo HIV vivendo em países em desenvolvimento, onde há poucos serviços para atender à demanda da população, a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) estima que 9 entre cada 10 pessoas infectadas não conhecem seu estado sorológico.

Na Ásia, que acolhe a metade da população do planeta, embora a AIDS só tenha aparecido no fim dos anos 80, começo dos 90, na atualidade já ocorre uma de cada cinco infecções do mundo. Na Índia, embora a proporção conhecida de indivíduos infectados esteja abaixo de 1%, se estima que 4 milhões de pessoas vivem com HIV.

Na Europa Oriental, a propagação da infecção pelo HIV observada em vários países está estreitamente ligada ao consumo de drogas, e explica a maior parte dos 100.000 casos novos estimados em 1997. Ao mesmo tempo o alto número de doenças sexualmente transmissíveis, que se observa na Rússia e outros países da região, aumenta a preocupação com relação ao potencial de propagação sexual (52).

A AIDS cresceu em todo o mundo mas, nos últimos anos, nos países desenvolvidos, há uma tendência a queda dos óbitos por esta doença. Numerosos países industrializados e alguns poucos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, têm conseguido modificar o perfil de mortalidade da epidemia, o que, até bem pouco tempo atrás, parecia praticamente impossível.

Nos Estados Unidos da América (EUA) em 1996, houve pela primeira vez uma diminuição dos casos anuais de AIDS (6%), e a mortalidade por esta doença caiu 26% entre 95 (15,6/100.000) e 96 (11,6/100.000). Antes, a mortalidade aumentava em média 16% ao ano de 87 a 94, até começar a declinar em 95. De 1996

a 1997, as taxas de mortalidade pela infecção pelo HIV nos EUA tiveram um declínio sem precedentes de 47%, e, no mesmo período, a infecção pelo HIV caiu do oitavo ao 14° lugar entre as principais causas de mortalidade (22). Para a idade de 25-44 anos as doenças relacionadas ao HIV caíram da primeira causa de mortalidade em 95, para a terceira em 96 e a quinta em 97.

Entretanto, nas populações minoritárias, negros e hispânicos, o número de casos continua aumentando.

De acordo com o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), os dados sugerem que, enquanto as taxas de mortalidade decrescem drasticamente, o número anual de novas infecções pelo HIV nos EUA não tem decrescido nos últimos anos, e a combinação destes dois fatores, o decréscimo da mortalidade e o aumento e/ou manutenção da incidência, tem aumentado o número total de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Na Europa Ocidental, América do Norte, Austrália e Nova Zelândia a terapia anti-retroviral está retardando o aparecimento da AIDS nas pessoas infectadas pelo HIV. Na Europa Ocidental os dados disponíveis mostram uma diminuição de cerca de 30% dos casos novos de AIDS em 1997, com relação a 1995, ano em que ainda não se dispunha de antiretrovirais para o tratamento que prolonga a vida e a condição de soropositivo assintomático dos pacientes.

Quanto às taxas de mortalidade, elas têm diminuído desde setembro de 1995 na Europa e, no início de 1998 eram menores do que um quinto de seus níveis anteriores (no período de 1994 a 1995). Esta diminuição da mortalidade pode ser explicada em grande parte pelo uso de novas terapias antiretrovirais ou pela combinação destas (69). Entretanto, esta diminuição da mortalidade não tem sido acompanhada de uma queda na incidência da infecção pelo HIV, reiterando a idéia de que cresce, no mundo, a prevalência de pessoas vivendo com HIV/AIDS (32).

É fundamental observar que diversos outros fatores são capazes de influenciar o tempo e a qualidade de vida dos indivíduos com HIV/AIDS.

O acompanhamento laboratorial e o manejo clínico cuidadoso e adequado dos indivíduos HIV positivos por clínicos treinados e eficientes, a quimioprofilaxia e tratamento de determinadas infecções oportunistas que aumentam o risco de evolução fatal (28,79), a compreensão dos fatores constitucionais e o

acompanhamento psicológico dos pacientes (18), são todos aspectos fundamentais a serem considerados, sem os quais, a administração pura e simples da terapêutica anti-retroviral não será suficiente para mudar o prognóstico da infecção pelo HIV. Observe-se que, mesmo antes da instituição desta terapêutica, a sobrevida dos pacientes já era maior nos países industrializados do que nos países em desenvolvimento.

Os avanços da terapia anti-retroviral e as tendências atuais da epidemia, concentrando-se em países e populações mais socialmente vulneráveis (68), devem levar a novas reflexões sobre as formas de abordagem do HIV/AIDS sob suas diversas nuanças, que vão desde o manejo clínico e psicológico dos pacientes já infectados, diante da possibilidade de prolongamento de suas vidas na condição de soropositivos assintomáticos para o HIV, até a implementação e manutenção de políticas públicas de prevenção e assistência cada vez mais eficientes, com o desafio e a obrigação moral e ética de torná-las acessíveis a toda a população (40).

1.2. A AIDS em nosso meio

No Brasil os primeiros casos foram diagnosticados em 1982. Há, contudo, um caso notificado no Estado de São Paulo, com data de diagnóstico de 1980, para o qual foi realizado um estudo retrospectivo, tendo sido o diagnóstico reportado ao ano em que o paciente apresentou quadro clínico compatível com AIDS.

Apesar da importância relativa da região Sudeste na epidemia, a AIDS já foi notificada em todos os Estados brasileiros, apresentando, desde seu início até 30/06/2001, 215.810 casos notificados, 155.456 em homens adultos, 53.040 em mulheres adultas e 7314 em menores de 13 anos de idade (66).

Vale ressaltar que as estatísticas de casos notificados de AIDS em nosso país são referentes apenas ao número de indivíduos que desenvolveram doença (no Brasil apenas a AIDS é de notificação compulsória), e não ao número de soropositivos para o HIV. O Brasil tem utilizado, até hoje, os resultados dos estudos de clínicas-sentinela e a soroprevalência em populações específicas para estimar o número de HIV positivos existentes no país.

A epidemia de AIDS é, hoje, um grande problema de saúde pública no Brasil e, embora, até a atualidade, haja muito mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, muito maior entre as mulheres do que entre os homens.

No Brasil, a AIDS é uma das principais causas de mortalidade em adultos jovens. No entanto, apesar das condições sócio-econômicas pouco privilegiadas da maioria da população, a mortalidade vem apresentando uma queda acentuada a partir de 1996, sendo o uso de antiretrovirais um dos principais fatores associados a esta diminuição, além da descentralização do atendimento levando a um diagnóstico mais precoce, com intervenção adequada sobre as infecções oportunistas, o que altera sobremaneira a sobrevida dos pacientes.

1.2.1. Perfil da epidemia de AIDS ~~no Estado~~ de São Paulo

Analisamos os dados obtidos através do Sistema de Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS do Estado de São Paulo (ESP), com o intuito de descrever o perfil da epidemia neste Estado e discutir os termos juvenilização, pauperização, heterossexualização e feminização que foram sendo introduzidos no discurso desta epidemia, na tentativa de acompanhar as mudanças de seus padrões epidemiológicos.

O Estado de São Paulo (ESP) tem sido, desde os primórdios da epidemia, responsável por mais de 50% do total de notificações do país, sendo o Município de São Paulo o que apresenta o maior número absoluto de casos de AIDS no Brasil, como seria de se esperar dada a sua densidade populacional e suas demais características de grande centro urbano.

O número de casos de AIDS no Estado de São Paulo com data de diagnóstico e de notificação até 31/12/2001 é de 106.873 casos e destes 44% (47.047 casos) são residentes no Município de São Paulo.

No início da epidemia no Estado a imensa maioria dos casos era em homens, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram expressivamente maiores do que no sexo feminino, mas houve um aumento no número de casos em mulheres de tal forma que a relação masculino/feminino que em 1984 era de 27/1 aproxima-se de 2/1 em 1997 e mantém-se neste nível, apresentando a partir de então ligeira queda ano a ano (tabela 1 e figura 1) . Os coeficientes de incidência obedecem a um padrão semelhante ao de número de casos, isto é, aumentam até 1995/1996 para os homens e para o total de casos e até 1998 para a população feminina.

Tabela 1

Casos notificados de Aids, Coeficiente de Incidência* (CI) por 100.000 habitantes, segundo ano de diagnóstico, sexo e razão de sexo, Estado de São Paulo, 1980-20

	sexo							
	masculino		feminino		total			
Ano de Diagnóstico	casos	CI	casos	CI	casos	CI	razão de sexo	%
1980	1	0,01	-	-	1	0,00	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	8	0,06	-	-	8	0,03	-	-
1983	24	0,18	2	0,02	26	0,10	12/1	12,00
1984	80	0,59	3	0,02	83	0,31	27/1	26,67
1985	326	2,36	12	0,09	338	1,22	27/1	27,17
1986	585	4,16	31	0,22	616	2,18	19/1	18,87
1987	1363	9,50	163	1,12	1526	5,28	9/1	8,36
1988	2164	14,78	367	2,47	2531	8,57	6/1	5,90
1989	2929	19,62	507	3,33	3436	11,40	6/1	5,78
1990	4224	27,73	786	5,05	5010	16,28	5,5/1	5,37
1991	5349	34,42	1166	7,34	6515	20,72	5/1	4,59
1992	6455	40,84	1664	10,27	8119	25,36	4/1	3,88
1993	6739	42,03	1914	11,61	8653	26,61	3,5/1	3,52
1994	6837	42,02	2098	12,51	8935	27,04	3,5/1	3,26
1995	7368	44,64	2613	15,32	9981	29,60	3/1	2,82
1996	7492	44,76	3033	17,49	10525	30,89	3/1	2,47
1997	6912	40,52	3272	18,67	10184	29,45	2/1	2,11
1998	7026	40,57	3589	20,15	10615	30,22	2/1	1,96
1999	5879	33,53	3011	16,68	8890	24,98	2/1	1,95
2000	5002	27,66	2631	14,40	7633	21,00	2/1	1,90
2001	2135	-	1113	-	3248	-	2/1	1,92
TOTAL	78.898		27.975		106.873		3/1	2,82

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP

(*) Utilizada projeção populacional da Fundação SEADE.

(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

Apesar do aumento do número absoluto de casos até 1996, o ritmo de crescimento diminui gradativamente nos anos 90, especificamente às custas da população masculina.

É precoce avaliar o impacto desta diminuição, pois é sabido que há um atraso muito grande nas notificações e conseqüente demora na chegada da informação ao nível central do Sistema de Vigilância Epidemiológica. Sendo assim, o decréscimo percebido nos anos de 1999 e 2000 não pode ainda ser considerado como real, de uma vez que tem havido, ao longo do tempo, inclusão de casos novos em anos muito anteriores à chegada das notificações e isto se observa mais intensamente nos anos mais recentes.

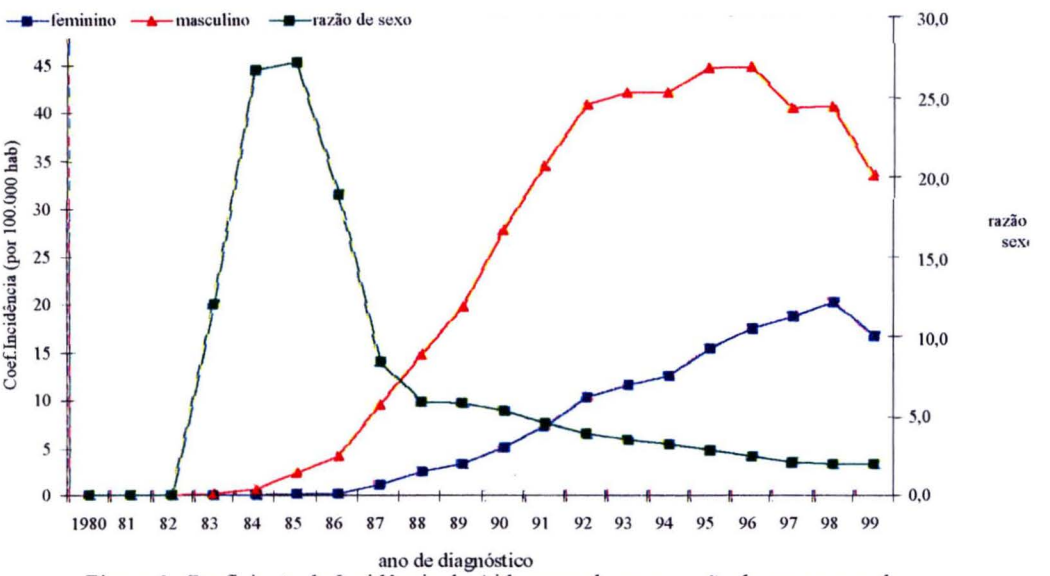


Figura 1. Coeficiente de Incidência de Aids segundo sexo, razão de sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1980 a 1999*
Fonte: SINAN -Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual
(*dados até 30/12/01)

A transmissão por via sexual tem sido a mais importante tanto em homens quanto em mulheres, sendo responsável por 50% do total de casos. Segue a transmissão por via sangüínea, responsável por aproximadamente 30% dos casos. Dentro da transmissão sangüínea, a via mais importante, em ambos os sexos, é o uso de drogas injetáveis. Pode-se observar nítida queda da transmissão por transfusão sangüínea, em ambos os sexos e em homens hemofílicos depois de 1989, certamente em função da legislação de controle do sangue e hemoderivados que diz respeito à infecção pelo HIV, instituída no Estado de São Paulo em 1986 e no Brasil em 1988 (57,58).

Há um predomínio muito marcado das categorias homossexual e bissexual no início da epidemia e, até 1987, elas representavam juntas mais de 50 % dos casos masculinos. Nesse ano o uso de drogas injetáveis desponta como uma categoria de transmissão importante para os casos de AIDS e passa a representar cerca de um terço dos casos até meados da década de 1990, quando a proporção da categoria heterossexual aumenta sensivelmente em importância no cenário da epidemia masculina, sendo, atualmente, o uso de drogas injetáveis e a categoria heterossexual, as situações de risco mais prevalentes entre os homens (tabela 2).

Saliente-se que na hierarquização de risco utilizada pela VE de DST/AIDS, a categoria heterossexual só é considerada como forma de transmissão do HIV se o indivíduo não tiver prática bissexual e não referir nenhum risco de transmissão sangüínea. Mesmo assim imagina-se que este número esteja super estimado, e a importância relativa dos bissexuais na epidemia esteja subestimada, pois no Brasil, a questão da bissexualidade é muitas vezes camuflada por questões morais e culturais, e os indivíduos tendem a esconder este fato, ressaltando suas relações heterossexuais (11,74,75). O aumento da proporção de indivíduos heterossexuais pode ser explicado também pelo aumento do número de mulheres infectadas na população.

Quando analisamos a evolução da epidemia no sexo feminino (tabela 3), no ESP, observamos três fases distintas em termos de maior risco para a aquisição da infecção pelo HIV. A primeira fase, até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, sendo, naquele momento, as parcerias com homens bissexuais e transfundidos as mais freqüentes. Nesse período era importante, também, a transmissão pela transfusão sangüínea. A segunda fase, de 1987 a 1990, quando prevaleceram os casos pelo uso de drogas injetáveis e, a terceira fase, de 1991 até o presente, quando a prática heterossexual voltou a ser a principal situação de risco descrita entre os casos de AIDS em mulheres, sendo agora a parceria sexual com homens usuários de drogas injetáveis a mais relevante (Tabela 3).

Temos, ainda, notificado um caso feminino, que é o primeiro caso confirmado de AIDS por acidente profissional no Brasil.

TABELA 2:
CASOS NOTIFICADOS DE AIDS EM HOMENS MAIORES DE 12 ANOS, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980 A 2001(**)

Ano de Diagnóstico	Categoria de Exposição																			
	HOMO		BI		HETERO		UDI		HSH+UDI*		HEMOFIL.		T.SANGUE(&		INVEST.		MAT.INF		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1980	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	2	25,0	3	37,5	1	12,5	-	-	2	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-
1983	12	52,2	7	30,4	-	-	1	4,3	-	-	-	-	-	-	3	13,0	-	-	23	100,0
1984	44	56,4	16	20,5	1	1,3	6	7,7	4	5,1	1	1,3	-	-	6	7,7	-	-	78	100,0
1985	162	50,9	80	25,2	12	3,8	10	3,1	19	6,0	4	1,3	2	0,6	29	9,1	-	-	318	100,0
1986	303	53,3	106	18,6	28	4,9	47	8,3	36	6,3	10	1,8	3	0,5	36	6,3	-	-	569	100,0
1987	555	42,3	192	14,6	89	6,8	208	15,9	106	8,1	24	1,8	11	0,8	127	9,7	-	-	1312	100,0
1988	753	35,7	282	13,4	157	7,4	511	24,2	139	6,6	37	1,8	15	0,7	216	10,2	-	-	2110	100,0
1989	857	29,9	342	11,9	293	10,2	834	29,1	228	8,0	27	0,9	21	0,7	263	9,2	-	-	2865	100,0
1990	1049	25,5	396	9,6	432	10,5	1384	33,7	316	7,7	39	0,9	20	0,5	475	11,6	-	-	4111	100,0
1991	1173	22,4	472	9,0	673	12,9	1862	35,6	412	7,9	37	0,7	29	0,6	574	11,0	-	-	5232	100,0
1992	1283	20,3	567	9,0	957	15,2	2193	34,8	443	7,0	31	0,5	29	0,5	804	12,7	-	-	6307	100,0
1993	1143	17,4	484	7,4	1191	18,1	2296	34,9	382	5,8	27	0,4	22	0,3	1036	15,7	-	-	6581	100,0
1994	1102	16,5	469	7,0	1296	19,4	2119	31,8	357	5,4	30	0,4	18	0,3	1280	19,2	-	-	6671	100,0
1995	1032	14,4	481	6,7	1390	19,4	2095	29,2	377	5,2	28	0,4	30	0,4	1748	24,3	-	-	7181	100,0
1996	1129	15,5	441	6,0	1651	22,6	2017	27,6	324	4,4	25	0,3	24	0,3	1687	23,1	-	-	7298	100,0
1997	1126	16,8	533	7,9	1720	25,6	1776	26,4	350	5,2	34	0,5	7	0,1	1175	17,5	-	-	6721	100,0
1998	1071	15,5	584	8,5	1756	25,5	1461	21,2	388	5,6	13	0,2	1	-	1622	23,5	-	-	6896	100,0
1999	861	15,0	509	8,8	1565	27,2	1138	19,8	280	4,9	8	0,1	-	-	1391	24,2	1	0,0	5753	100,0
2000	748	15,3	420	8,6	1370	28,0	922	18,8	245	5,0	5	-	-	-	1187	24,2	2	0,0	4899	100,0
2001	309	14,7	194	9,2	641	30,5	356	16,9	76	3,6	2	-	-	-	526	25,0	-	-	2104	100,0
TOTAL	14714	19,1	6579	8,5	15223	19,8	21236	27,6	4484	5,8	382	0,5	232	0,3	14185	18,4	3	0,0	77038	100,0

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP

(*) HSH - Homens que fazem sexo com homens UDI - Uso de drogas injetáveis

(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

(&) Todos os casos por transfusão de sangue estão sendo reinvestigados de acordo com o algoritmo da CNDST/Aids-MS.

TABELA 3
CASOS NOTIFICADOS DE AIDS EM MULHERES MAIORES DE 12 ANOS, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E ANO DE DIAGNOSTICO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980-2001(*)

ANO DE DIAGNOSTICO	CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO										TOTAL	
	HETERO		UDI		T.SANGUE(&		MAT.INF		INVEST.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	1	50.0	1	50.0	-	-	-	-	-	-	2	100.0
1984	1	-	-	-	-	-	-	-	2	66.7	3	100.0
1985	6	54.5	1	-	1	9.1	-	-	3	27.3	11	100.0
1986	13	46.4	8	28.6	2	7.1	-	-	5	17.9	28	100.0
1987	45	30.4	82	55.4	6	4.1	-	-	15	10.1	148	100.0
1988	105	33.7	158	50.6	11	3.5	-	-	38	12.2	312	100.0
1989	164	36.8	217	48.7	15	3.4	-	-	50	11.2	446	100.0
1990	309	43.5	318	44.7	14	2.0	-	-	70	9.8	711	100.0
1991	483	45.7	404	38.2	24	2.3	-	-	146	13.8	1057	100.0
1992	823	53.5	526	34.2	25	1.6	-	-	164	10.7	1538	100.0
1993	1027	57.7	490	27.5	20	1.1	-	-	244	13.7	1781	100.0
1994	1218	62.2	436	22.3	13	0.7	-	-	290	14.8	1957	100.0
1995	1480	61.4	413	17.1	20	0.8	-	-	498	20.7	2411	100.0
1996	1810	63.9	469	16.6	18	0.6	-	-	534	18.9	2832	100.0
1997	2168	70.1	428	13.8	5	0.2	1	-	489	15.8	3091	100.0
1998	2253	65.2	390	11.3	2	0.1	1	0.0	807	23.4	3453	100.0
1999	1896	65.9	277	9.6	-	-	-	-	703	24.4	2876	100.0
2000	1629	64.2	192	7.6	1	-	-	-	717	28.2	2539	100.0
2001	721	66.6	81	7.5	-	-	1	0.1	280	25.9	1083	100.0
TOTAL	16152	61.5	4891	18.6	177	0.7	3	0.0	5055	19.2	26279	100.0

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP
(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.
Foi confirmado um caso de exposição por acidente profissional em 1996
(&) Todos os casos por transfusão de sangue estão sendo reinvestigados de acordo com o algoritmo da CNDST/Aids-MS.

Em trabalho realizado com 2759 mulheres notificadas no ESP com diagnóstico até julho/1992, 34,6% das mulheres, que referiram como situação de risco principal a prática sexual, eram parceiras de homens UDI (85). Pelos dados obtidos através da Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS do Estado de São Paulo, entre todas as mulheres notificadas com AIDS no Estado, com categoria de exposição heterossexual, do início da epidemia até 1997, 40,1% referiram parceria sexual com UDI. Em dezembro de 2001 a proporção de mulheres heterossexuais com parceiros usuários de drogas desde o início da epidemia foi de 31,7% .

Na tabela 4 e Figura 2 podemos observar a proporção do tipo de parcerias entre o total de casos notificados em homens e mulheres com categoria de exposição heterossexual. Note-se que a multiplicidade de parceiros é relatada muito mais freqüentemente pelos homens, e que a parceria com usuários de drogas injetáveis é do tipo mais freqüente entre as mulheres, seguida pela multiplicidade de parceiros.

TABELA 4:
CASOS NOTIFICADOS DE AIDS COM CATEGORIA DE TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL, SEGUNDO TIPO DE PARCERIA SEXUAL E SEXO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980 A 2001(**).

Tipo de Parceria	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	No.	%	No.	%
Múltipla parceria	9933	65,10	3924	24,30
Parceiro UDI	950	6,20	5120	31,70
Parc. Múltiplos Parceiro	1025	6,70	2259	14,00
Parc.Transfundido	184	1,20	201	1,20
Parc.Hemofílico	-	-	73	0,50
Parc.Bissexual	-	-	1137	7,00
Outras parcerias	3131	20,80	3438	21,30
Total	15223	100,00	16152	100,00

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP
(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

Estes dados reiteram a observação de que o uso de drogas injetáveis se constituiu em um importante fator de disseminação da epidemia de AIDS em nosso meio, particularmente para a população feminina, quer pela transmissão sangüínea entre os usuários de drogas injetáveis, quer pela parceria sexual com os mesmos.

Atualmente, tomando-se o total de casos femininos desde 1983, temos que a maioria das mulheres se contaminou pelas relações heterossexuais, sendo o uso de drogas injetáveis, a segunda categoria de transmissão mais prevalente entre os casos femininos notificados.

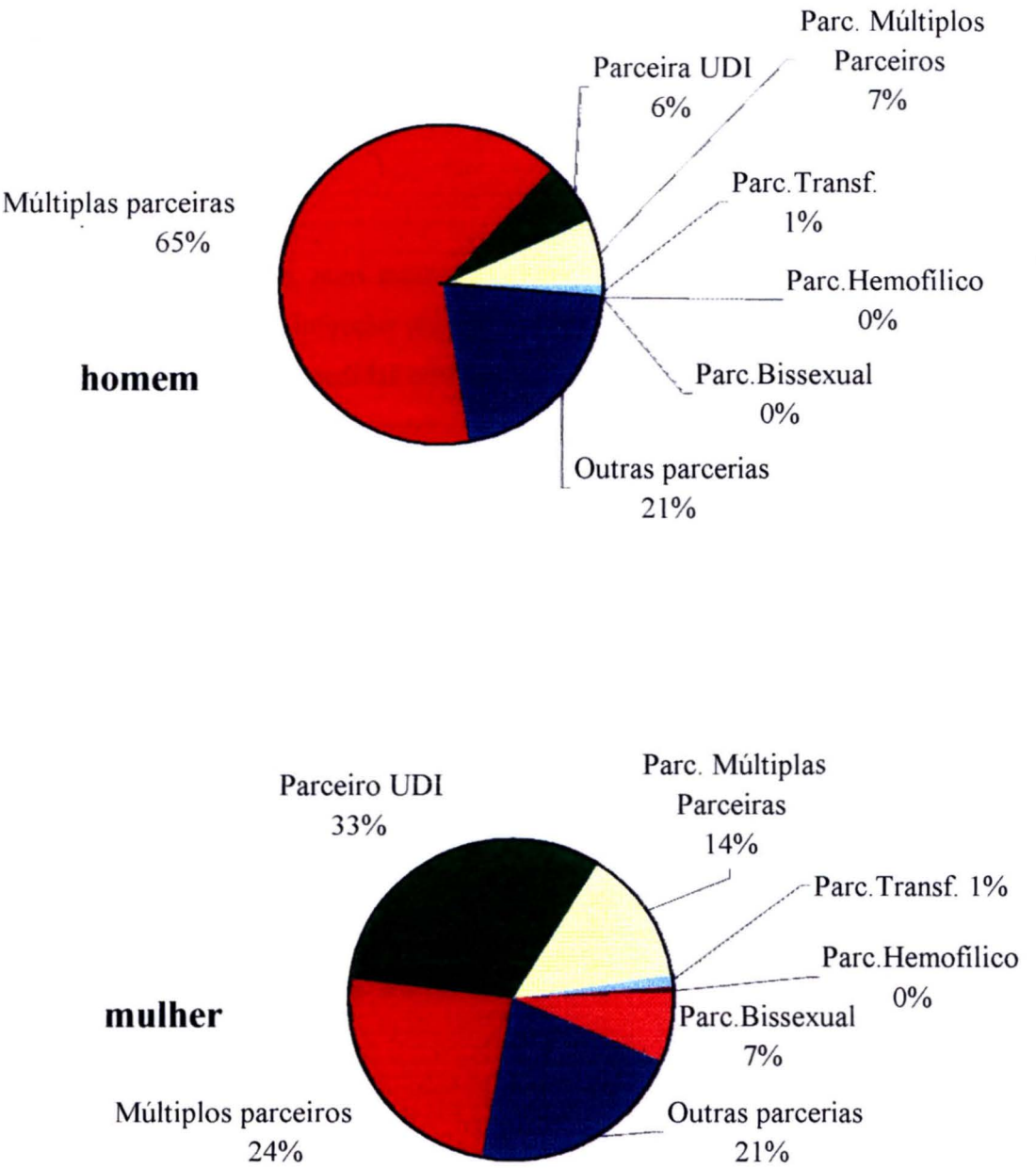


Figura 2. Casos notificados de Aids, em indivíduos com categoria de transmissão heterossexual, segundo parceria sexual e sexo, Estado de São Paulo, 1980 a 2001*

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids (*dados até 30/12/01)

O aumento do número de casos em mulheres traz, como conseqüência, um maior número de casos em crianças pela transmissão materno-infantil. Esta forma de transmissão é responsável por mais de 80% dos casos notificados em menores de 13 anos de idade (Tabela 5).

Ressalte-se que, num momento anterior, já tivemos um resultado bastante satisfatório na redução da infecção pelo HIV através das transfusões sangüíneas e de hemoderivados, através das medidas então preconizadas para o controle da qualidade do sangue transfundido, e, analogamente, a transmissão materno-infantil pode ser drasticamente reduzida desde que a gestante e seu concepto tenham o diagnóstico da infecção pelo HIV realizado a tempo de instituir as medidas profiláticas hoje disponíveis.

Embora em número muito pequeno, aparecem casos de AIDS em menores de 13 anos devidos à transmissão sexual (3 casos) e ao uso de drogas injetáveis (6 casos), ainda que estes casos não tenham impacto em relação ao total da epidemia, têm uma importância social muito grande, pois denotam a falta de proteção a que muitas crianças estão expostas na nossa sociedade. Os demais casos são conseqüentes à contaminação pela transfusão sangüínea e de hemoderivados que, como para os adultos, vêm diminuindo rapidamente ano a ano.

TABELA 5

CASOS NOTIFICADOS DE AIDS , POR ANO DE DIAGNOSTICO E CATEGORIA DE TRANSMISSÃO

PARA MENORES DE 13 ANOS, NO ESTADO DE SÃO PAULO, PERÍODO DE 1980- 2001(**)

ANO DE DIAGNOSTICO	CATEGORIA DE TRANSMISSÃO																	
	HOMO		HETERO		UDI		HSH+UDI		HEMOF		T SANGUE(&)		MATERNO-INF		INVEST.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
85	-	-	-	-	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	4	100,0
86	-	-	-	-	-	-	-	-	6	50,0	5	41,7	-	-	1	8,3	12	100,0
87	-	-	-	-	-	-	-	-	15	27,3	10	18,2	26	47,3	4	7,3	55	100,0
88	1	1,0	-	-	2	2,0	-	-	5	5,0	17	17,0	69	69,0	6	6,0	100	100,0
89	-	-	-	-	2	1,7	-	-	10	8,3	14	11,7	85	70,8	9	7,5	120	100,0
90	1	0,6	-	-	1	0,6	-	-	15	8,9	11	6,5	128	76,2	12	7,1	168	100,0
91	-	-	1	0,5	-	-	-	-	4	1,9	10	4,7	184	86,8	13	6,1	212	100,0
92	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2,0	17	6,8	214	85,6	14	5,6	250	100,0
93	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	3	1,1	11	4,1	230	85,8	23	8,6	268	100,0
94	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,7	8	2,7	259	88,1	25	8,5	294	100,0
95	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,6	12	3,3	307	85,5	38	10,6	359	100,0
96	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	3	0,8	335	86,3	49	12,6	388	100,0
97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	342	93,4	23	6,3	366	100,0
98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	215	83,0	43	16,6	259	100,0
99	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	227	87,3	31	11,9	260	100,0
2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	165	84,6	28	14,4	195	100,0
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	53	86,9	6	9,8	61	100,0
TOTAL	2	0,1	1	0,0	6	0,2	1	0,0	73	2,2	126	3,7	2839	84,2	325	9,6	3372	100,0

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiologica - Programa Estadual DST/Aids-SP

(*) HSH - Homens que fazem sexo com homens / UDI - Uso de Drogas Injetáveis

(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

(&) Todos os casos por transfusão de sangue estão sendo reinvestigados de acordo com o algoritmo da CNDST/Aids-MS.

1.2.1.a. A mortalidade por AIDS

O pico de mortalidade por AIDS, em nosso Estado, ocorreu em 1995, ano em que ocorreram 7739 óbitos por AIDS no Estado, com uma taxa de mortalidade de 22,89 por 100.000hab.

A queda da mortalidade na população masculina aconteceu anteriormente à feminina, além de ocorrer em maior proporção entre os homens do que entre as mulheres, mas a velocidade de decréscimo dos óbitos diminuiu muito nos dois últimos anos, e nas mulheres, particularmente, embora mantendo uma taxa de mortalidade praticamente constante, houve, no Estado de São Paulo, um pequeno acréscimo no número absoluto de óbitos registrados em 2000 (1241) com relação a 1999 (1200). Segundo dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo - PRO-AIM, também em 2001, o número absoluto de óbitos por AIDS em mulheres, no Município de São Paulo, foi um pouco maior com relação ao ano 2000, 398 e 382, respectivamente.

Assim, como no número de casos, o declínio da relação masculino/feminino dos óbitos por AIDS tem demonstrado o avanço da epidemia entre as mulheres.

Na tabela 6 podemos observar o número de óbitos por AIDS notificados ao Sistema de Vigilância por ano de ocorrência e por outras fontes de informação – o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Mortalidade por Aids - SAIDS, produzido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, instituição responsável, no Estado de São Paulo, pela produção das estatísticas de óbitos e de nascimentos.

Comparando-se os óbitos por ano de ocorrência dos sistemas de informação há uma discrepância entre eles. Os números do sistema de VE são expressivamente maiores do que os do SIM até 1990, e são bem menores do que os do SEADE a partir de 1991, com exceção de 1995 e 1998, anos em que o serviço de VE fez um trabalho de resgate manual dos óbitos de AIDS de todo o Estado, através das Declarações de Óbito (DO) fornecidas pela Fundação SEADE.

TABELA 6 :
ÓBITOS DE AIDS, COEFICIENTE DE MORTALIDADE* (CM) POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980 A 2000 (**)

ANO DE DIAGNÓSTICO	ÓBITOS* (SIM/SEADE)	CM	ÓBITOS (SINAN)	CM
1980	1	-	-	-
1981	-	-	1	-
1982	0	0.00	2	0.01
1983	1	0.00	16	0.06
1984	0	0.00	50	0.18
1985	74	0.27	173	0.62
1986	198	0.70	297	1.05
1987	437	1.51	705	2.44
1988	1075	3.64	1379	4.67
1989	1665	5.52	2188	7.26
1990	3098	10.06	3179	10.33
1991	4218	13.42	4103	13.05
1992	5021	15.68	4761	14.87
1993	6433	19.78	5676	17.45
1994	7091	21.46	6273	18.98
1995	7739	22.95	7528	22.33
1996	7269	21.33	6763	19.85
1997	5536	16.01	4242	12.27
1998	4591	13.07	4647	13.23
1999	4257	11.96	3562	10.01
2000	4181	-	3568	-
TOTAL	59434		59113	

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP
*óbitos: SIM-DATASUS (1980 a 1989) e SEADE (1990 a 2000)
(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.
(***) Utilizada projeção populacional da Fundação SEADE.
não incluídos 9 óbitos sem data

Uma possível explicação para isto é que no início da epidemia, por questões sociais e pseudo éticas, os médicos tivessem maior resistência para colocar o diagnóstico de AIDS na Declaração de Óbito (DO) e diversos casos evoluíram para óbito por AIDS, sem que isto constasse da DO (19) passando despercebidos pelos sistemas de informação, sendo provável que, num período inicial da epidemia, fosse mais freqüente o registro dos óbitos de pacientes já notificados. A partir de 1991, com o grande número de óbitos ocorridos e a banalização do diagnóstico, mais casos foram sendo relatados oficialmente nas DO e, antagonicamente, esta mesma banalização talvez tenha levado a uma diminuição da sensibilidade dos profissionais para a notificação dos casos de AIDS, aumentando, portanto, o número de casos

conhecidos apenas através do sistema de mortalidade. Além disto, desde 1990, o PRO-AIM e a Fundação SEADE tem trabalhado com as DO suspeitas de AIDS e encaminhado para investigação.

Comparando os coeficientes de mortalidade por sexo (tabela 7) vê-se que o pico da mortalidade ocorreu em 1994/1995 para os homens e 1995/1996 para as mulheres, declinando, depois, mais intensamente na população masculina do que na feminina. A razão masculino/feminino dos óbitos é semelhante à dos casos, atinge seu pico em 1986 (38,6/1) e diminui gradativamente até chegar a 2,36 no ano 2000.

TABELA 7:
COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS (POR 100.000 HABITANTES) E RAZÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS MASCULINOS E FEMININOS, SEGUNDO SEXO E ANO DE OCORRÊNCIA, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980 A 2000 (**)

ANO DE ÓBITO	Sexo				RAZÃO OB. M/F
	Masculino		Feminino		
	CM		CM		
	SIM/SEADE*	V.E.	SIM/SEADE*	V.E.	SIM/SEADE*
1980	-	-	-	-	-
1981	-	0.01	-	-	-
1982	-	0.02	-	-	-
1983	0.01	0.12	-	-	-
1984	-	0.37	-	-	-
1985	0.51	1.23	0.03	0.03	17.5
1986	1.37	2.05	0.04	0.06	38.6
1987	2.83	4.46	0.21	0.45	13.10
1988	6.41	8.23	0.92	1.18	6.85
1989	9.58	12.77	1.54	1.85	6.12
1990	17.30	18.03	2.97	2.78	5.73
1991	22.50	22.00	4.54	4.30	4.82
1992	26.02	24.94	5.60	5.05	4.54
1993	32.20	28.59	7.70	6.62	4.10
1994	34.45	30.66	8.85	7.66	3.77
1995	35.44	34.60	11.08	10.66	3.09
1996	32.09	29.92	10.95	10.12	2.83
1997	23.35	17.69	8.86	6.98	2.56
1998	18.80	19.10	7.50	7.52	2.43
1999	17.44	14.70	6.65	5.45	2.55
2000	16.26	13.82	6.59	5.86	2.36

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP
*óbitos: SIM-DATASUS (1980 a 1989) e SEADE (1990 a 2000)
(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.
(***) Utilizada projeção populacional da Fundação SEADE.

Na faixa etária do adulto jovem, segundo os dados do PRO-AIM e da Fundação SEADE, a AIDS figura entre as principais causas de mortalidade tanto no Município quanto no Estado de São Paulo, tendo sido a principal causa de mortalidade das mulheres em idade fértil de 1991 a 1998. Em 1999 e 2000, a AIDS foi a segunda causa de morte para as mulheres entre 15 e 49 anos, no ESP, tendo surgido, como primeira causa, as Doenças Cerebro-Vasculares. Para os homens, A AIDS oscila, de 1991 até o ano 2000, entre a segunda e a terceira causa, estando, para estes, em primeiro lugar os homicídios e os acidentes de trânsito. No ano de 1998 a AIDS foi a oitava causa de morte, em todas as idades no ESP, sendo a sexta para os homens e a décima para as mulheres.

O comportamento apresentado pela mortalidade por Aids, segundo a idade, é diferente nas populações masculina e feminina. Entre 1988 e 1997 o pico de idade para a mortalidade por AIDS foi entre 30-34 anos na população masculina e, para as mulheres, entre 25-29 anos (100).

Analisando a mortalidade por AIDS no Estado de São Paulo, de 1990 até o ano 2000, WALDVOGEL (2002) coloca : "Para os homens, observa-se uma redução nas taxas de mortalidade por Aids na população com até 30 anos de idade, quando se comparam os dados de 1990 e 2000. A partir deste corte etário, as taxas aproximam-se bastante .... O que difere em relação às mulheres é que para esta parcela da população a desaceleração da incidência e da mortalidade por Aids foi menor, de forma que a curva descrita pelas taxas de mortalidade por idade, em 2000, ainda não está próxima da correspondente a 1990. Note-se, também, para as mulheres, que houve uma defasagem nas idades mais atingidas pela Aids: em 1990 a faixa etária mais afetada situa-se entre 20 e 29 anos; em 2000, ela corresponde às idades entre 30 e 39 anos, semelhante ao padrão verificado na população masculina.

Por outro lado, os homens com mais de 35 anos registram um padrão distinto do descrito até o momento. Os casos fatais de Aids, observados em tal parcela da população, apresentam três movimentos: um primeiro aumento até atingir um máximo na metade da década, uma diminuição até 1998/1999 e um novo aumento entre 1999/2000.

As mulheres entre 20 e 29 anos também foram as primeiras a reverter a tendência crescente dos casos fatais de Aids. O grupo etário entre 30 e 34 anos apresentou queda importante a partir de 1996/97, mas permanece no mesmo patamar nos dois últimos anos considerados. As mulheres com mais de 35 anos registram padrão semelhante ao verificado pelos homens desta idade, com três movimentos na curva descrita pelos casos fatais de Aids." (101)

Apesar do quadro otimista com relação à evolução da mortalidade da AIDS em São Paulo, a diminuição da velocidade da queda dos óbitos e o pequeno aumento no número absoluto de casos em mulheres e das taxas de mortalidade em indivíduos maiores de 35 anos, são fatos que devem colocar sob alerta os programas de prevenção e controle de DST/AIDS, buscando entender até onde vai o impacto das terapias anti-retrovirais hoje existentes e que outros fatores podem influenciar a dinâmica da mortalidade por AIDS em nosso meio.

1.2.1.b. Juvenilização ou envelhecimento?

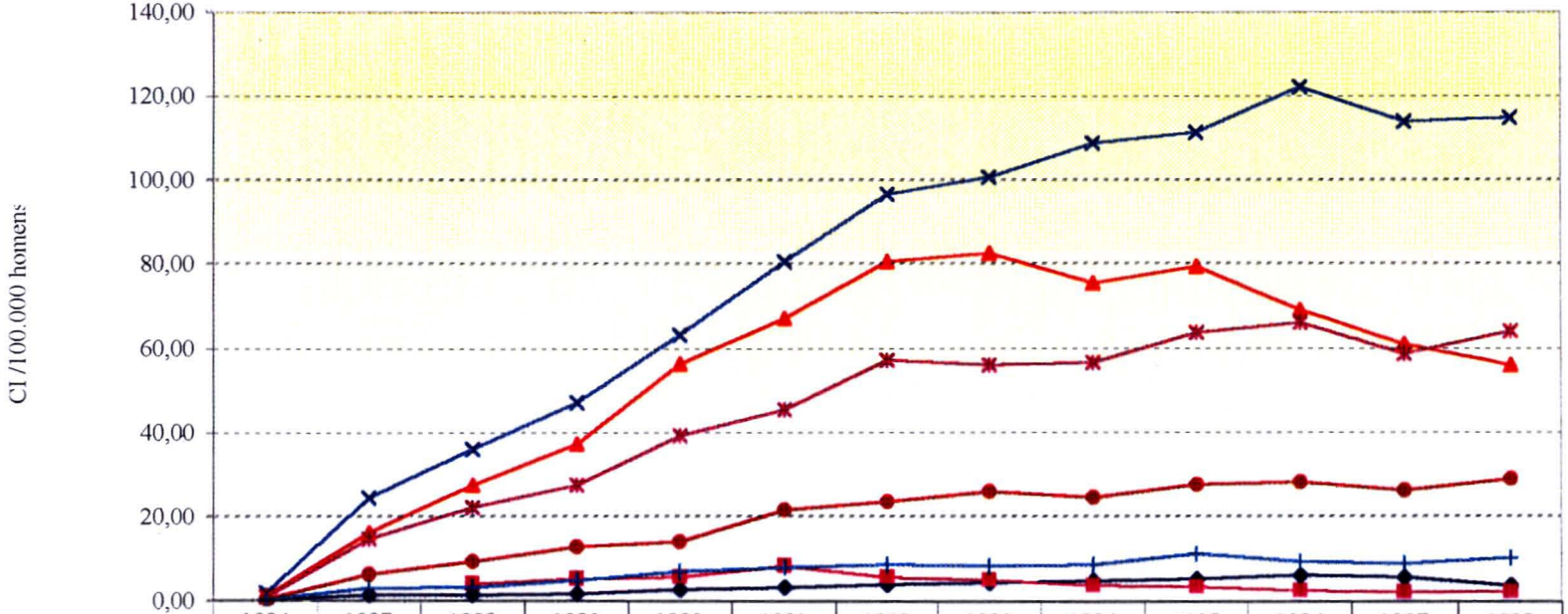
A AIDS aparece em todas as faixas etárias sendo mais prevalente no adulto jovem. Foram construídos os coeficientes de incidência por faixa etária e sexo, buscando observar a questão da juvenilização da epidemia

O que se observa é uma proporção mais ou menos constante de casos em cada faixa etária ao longo dos anos em ambos os gêneros. No masculino, a faixa etária dos 30-39 anos mantem-se como a que apresenta maiores coeficientes de incidência em todo o período estudado, seguida pela faixa de 20-29 anos. Observa-se, nesta última faixa etária, uma tendência decrescente a partir de 1995 (figura 3), relacionada à queda dos casos entre usuários de drogas injetáveis, que mostrou maior impacto entre os homens jovens. Há, na verdade, um ligeiro aumento das faixas etárias mais avançadas, de 40-49 e 50-59, que, se mantido, pode indicar um leve "envelhecimento" da epidemia.

Nas mulheres, ao contrário de juvenilização, há um nítido crescimento dos coeficientes de incidência na faixa etária de 30-39 (figura 4), que vem em segundo lugar até 1994 e, depois deste ano, passa a ser a mais prevalente entre os casos de AIDS femininos. As demais faixas apresentam-se na mesma proporção desde o início da epidemia, com tendência de crescimento dos coeficientes nas faixas dos 20 aos 49 anos.

Sendo assim, não se observa no Estado de São Paulo, como um todo, o fenômeno da juvenilização da epidemia de AIDS, e esta hipótese não pode ser confirmada pelos casos notificados no Estado de São Paulo, a menos que haja diferenças mais sutis que possam ser percebidas em determinadas regiões geográficas ou dentro de categorias de exposição específicas ou, ainda , através da vigilância e notificação de indivíduos infectados pelo HIV os quais ainda não manifestaram sintomas da AIDS .

A análise dos dados de mortalidade por AIDS, no Estado, descrita anteriormente, também aponta um deslocamento dos óbitos para faixas etárias mais altas contrariando a hipótese de juvenilização e levando a crer que está havendo um envelhecimento da pessoas atingidas pela epidemia de AIDS.

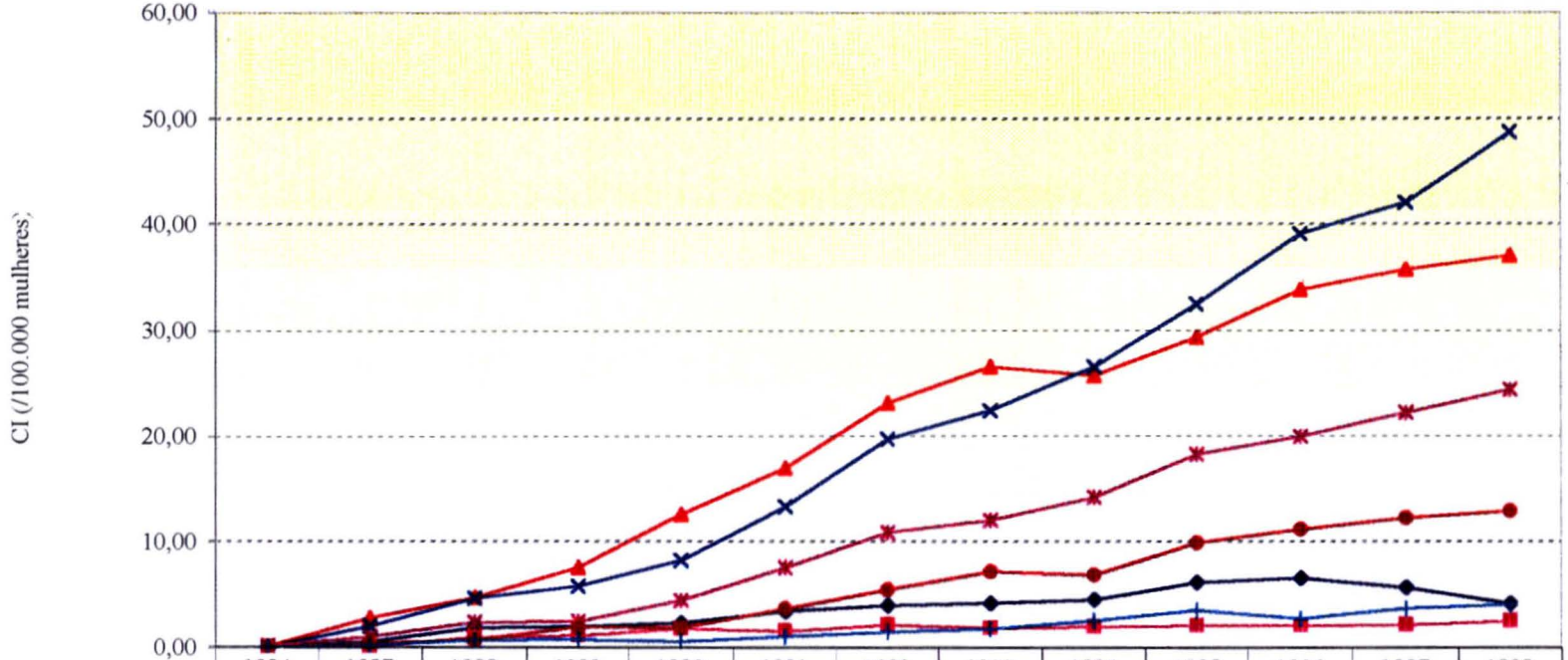


	1984	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
0-9	0,03	1,16	1,16	1,53	2,59	3,06	3,75	4,22	4,73	5,20	6,05	5,55	3,65
10-19*			3,80	4,94	5,45	7,99	5,47	4,86	3,61	3,27	2,42	2,19	2,32
20-29	1,10	15,80	27,22	37,03	56,06	66,93	80,35	82,34	75,25	79,19	68,89	60,68	55,75
30-39	1,61	24,15	35,72	46,82	63,05	80,28	96,39	100,49	108,63	111,20	121,82	113,68	114,61
40-49	0,82	14,29	21,85	27,22	39,04	45,13	57,00	55,73	56,27	63,42	65,85	58,43	63,91
50-59	0,33	6,04	9,08	12,60	13,77	21,35	23,31	25,66	24,34	27,30	27,99	25,93	28,76
60 anos +	0,12	2,89	2,98	4,66	6,79	7,66	8,40	8,15	8,51	11,04	9,14	8,75	10,10

ano de diagnóstico

Figura 3. Coeficiente de Incidência (CI) no sexo masculino segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1984 a 1998(***)

Fonte:Vigilância Epidemiológica -Programa Estadual DST/Aids e *SEADE ***dados até 31/12/2001.



	1984	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
0-9	0,00	0,45	1,78	1,89	2,26	3,38	3,92	4,11	4,42	6,04	6,50	5,60	4,10
10-19*	0,00	0,00	0,92	1,07	1,75	1,49	2,13	1,80	1,92	2,07	2,03	2,10	2,45
20-29	0,04	2,69	4,63	7,47	12,42	16,83	23,03	26,45	25,61	29,26	33,76	35,69	36,99
30-39	0,00	1,93	4,55	5,73	8,12	13,15	19,59	22,27	26,44	32,38	39,02	42,01	48,65
40-49	0,15	0,94	2,34	2,40	4,40	7,42	10,72	11,91	14,08	18,12	19,84	22,10	24,34
50-59	0,00	0,39	0,66	1,94	1,89	3,60	5,38	7,08	6,82	9,82	11,05	12,13	12,79
60 anos +	0,00	0,18	0,68	0,73	0,55	1,05	1,45	1,75	2,51	3,49	2,68	3,68	4,05

ano de diagnóstico

Figura 4. Coeficiente de Incidência (CI) no sexo feminino segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1984 a 1998(***)

Fonte: Vigilância Epidemiológica -Programa Estadual DST/Aids e *SEADE ***dados até 31/12/2001.

1.2.1. c. Pauperização

A AIDS aparece em todas as camadas sociais, sendo que ao longo dos anos tem havido um aumento do número de casos entre pacientes com escolaridade mais baixa e ocupações menos qualificadas. Um fato interessante de se observar é que, embora todas as categorias de transmissão apareçam entre as diversas camadas sociais, o uso de drogas injetáveis é proporcionalmente mais importante entre os pacientes com baixa escolaridade e ocupações menos qualificadas, e a transmissão sexual é proporcionalmente mais importante nos indivíduos de escolaridade mais alta, em ambos os sexos (39, 85).

A escolaridade e a ocupação têm sido usadas como marcadores das condições sócio-econômicas dos pacientes com AIDS.

Quanto à escolaridade dos casos notificados de AIDS, observa-se nas tabelas 8 e 9, a proporção de casos segundo o grau de instrução, para homens e mulheres.

TABELA 8

CASOS NOTIFICADOS DE AIDS EM HOMENS MAIORES DE 12 ANOS, SEGUNDO ESCOLARIDADE * E ANO DE DIAGNÓSTICO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980 - 2001(**)

ANO DE DIAGNÓSTICO	GRAU DE ESCOLARIDADE								Total	
	ANALFABETO		1° GRAU		2° GRAU		SUPERIOR			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1980	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
1982	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0
1983	-	-	4	40.0	2	20.0	5	50.0	10	100.0
1984	-	-	18	45.0	8	20.0	16	40.0	40	100.0
1985	2	1.8	40	35.1	20	17.5	52	45.6	114	100.0
1986	2	0.9	89	40.3	48	21.7	82	37.1	221	100.0
1987	17	2.5	338	49.3	150	21.9	181	26.4	686	100.0
1988	22	1.6	728	53.6	302	22.2	306	22.5	1358	100.0
1989	49	2.4	1177	58.7	416	20.8	362	18.1	2004	100.0
1990	46	1.6	1727	59.2	636	21.8	507	17.4	2916	100.0
1991	57	1.6	2247	61.5	812	22.2	539	14.7	3655	100.0
1992	104	2.2	3012	63.6	992	21.0	626	13.2	4734	100.0
1993	154	3.1	3190	64.0	1075	21.6	564	11.3	4983	100.0
1994	143	2.8	3361	66.1	1053	20.7	527	10.4	5084	100.0
1995	168	3.1	3652	67.2	1109	20.4	507	9.3	5436	100.0
1996	196	3.6	3734	68.6	1026	18.8	488	9.0	5444	100.0
1997	195	3.7	3633	69.0	1012	19.2	423	8.0	5263	100.0
1998	165	3.0	3958	71.4	944	17.0	473	8.5	5540	100.0
1999	136	2.9	3374	72.5	783	16.8	360	7.7	4653	100.0
2000	120	3.1	2759	71.2	709	18.3	285	7.4	3873	100.0
2001	53	3.3	1108	68.9	329	20.5	117	7.3	1607	100.0
TOTAL	1629	2.8	38150	66.3	11428	19.9	6304	11.0	57511	100.0

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids.

(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

** Não incluídos 19.410 homens com escolaridade sem informação.

Os casos masculinos têm uma proporção muito maior de indivíduos de nível superior do que as mulheres, especialmente nos primeiros anos da epidemia. Isto se deve ao fato de que, neste período, a categoria de exposição mais comum era a homossexual e que estes indivíduos apresentavam, em média, escolaridade muito maior do que a população em geral (33, 87).

Observa-se, ainda na tabela 8 , que, a partir do início dos anos 90, a proporção de pessoas com primeiro grau completo e incompleto cresce entre os casos masculinos notificados, período este que corresponde à explosão dos casos transmitidos pelo uso de drogas injetáveis, que está sabidamente relacionada com uma parcela menos privilegiada, do ponto de vista sócio-econômico, da população (11,39,85).

Esta diminuição do grau de instrução dos pacientes com AIDS tem sido largamente citada como indicador de pauperização (5,33,73,94) da epidemia.

Nas mulheres, entretanto, não há evidência de deslocamento do grau de instrução dos casos ao longo dos anos pois, desde os primeiros anos, a maioria dos casos femininos está entre aquelas com escolaridade menor ou igual ao primeiro grau, e a proporção de analfabetas é maior do que para os homens. A proporção de mulheres com escolaridade superior fica em torno de 4 %, mantendo-se relativamente constante no decorrer dos anos (figuras 5 e 6).

TABELA 9
CASOS NOTIFICADOS DE AIDS MULHERES MAIORES DE 12 ANOS, SEGUNDO ESCOLARIDADE* E ANO DE DIAGNÓSTICO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1980 - 2001(**)

ANO DE DIAGNÓSTICO	GRAU DE ESCOLARIDADE								Total	
	ANALFABETO		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
1984	-	-	1	50.0	1	50.0	-	-	2	100.0
1985	-	-	7	87.5	2	25.0	-	-	8	100.0
1986	-	-	4	80.0	3	60.0	1	20.0	5	100.0
1987	6	7.4	58	71.6	12	14.8	5	6.2	81	100.0
1988	7	3.4	156	76.1	31	15.1	11	5.4	205	100.0
1989	23	7.4	223	72.2	45	14.6	18	5.8	309	100.0
1990	16	3.2	357	72.4	91	18.5	29	5.9	493	100.0
1991	35	4.9	539	75.2	109	15.2	34	4.7	717	100.0
1992	53	4.8	782	70.5	206	18.6	69	6.2	1110	100.0
1993	78	5.7	984	72.4	241	17.7	56	4.1	1359	100.0
1994	92	6.2	1094	73.6	236	15.9	64	4.3	1486	100.0
1995	97	5.2	1350	72.6	337	18.1	76	4.1	1860	100.0
1996	114	5.4	1541	72.8	374	17.7	87	4.1	2116	100.0
1997	150	6.0	1858	74.4	394	15.8	95	3.8	2497	100.0
1998	141	5.0	2160	77.1	394	14.1	105	3.8	2800	100.0
1999	94	3.9	1872	77.5	364	15.1	86	3.6	2416	100.0
2000	100	4.9	1549	75.8	317	15.5	78	3.8	2044	100.0
2001	46	5.4	646	75.2	129	15.0	38	4.4	859	100.0
Total	1052	5.2	15182	74.5	3286	16.1	852	4.2	20372	100.0

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP
(**) Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01
* Não incluídos 5.907 mulheres com escolaridade sem informação.

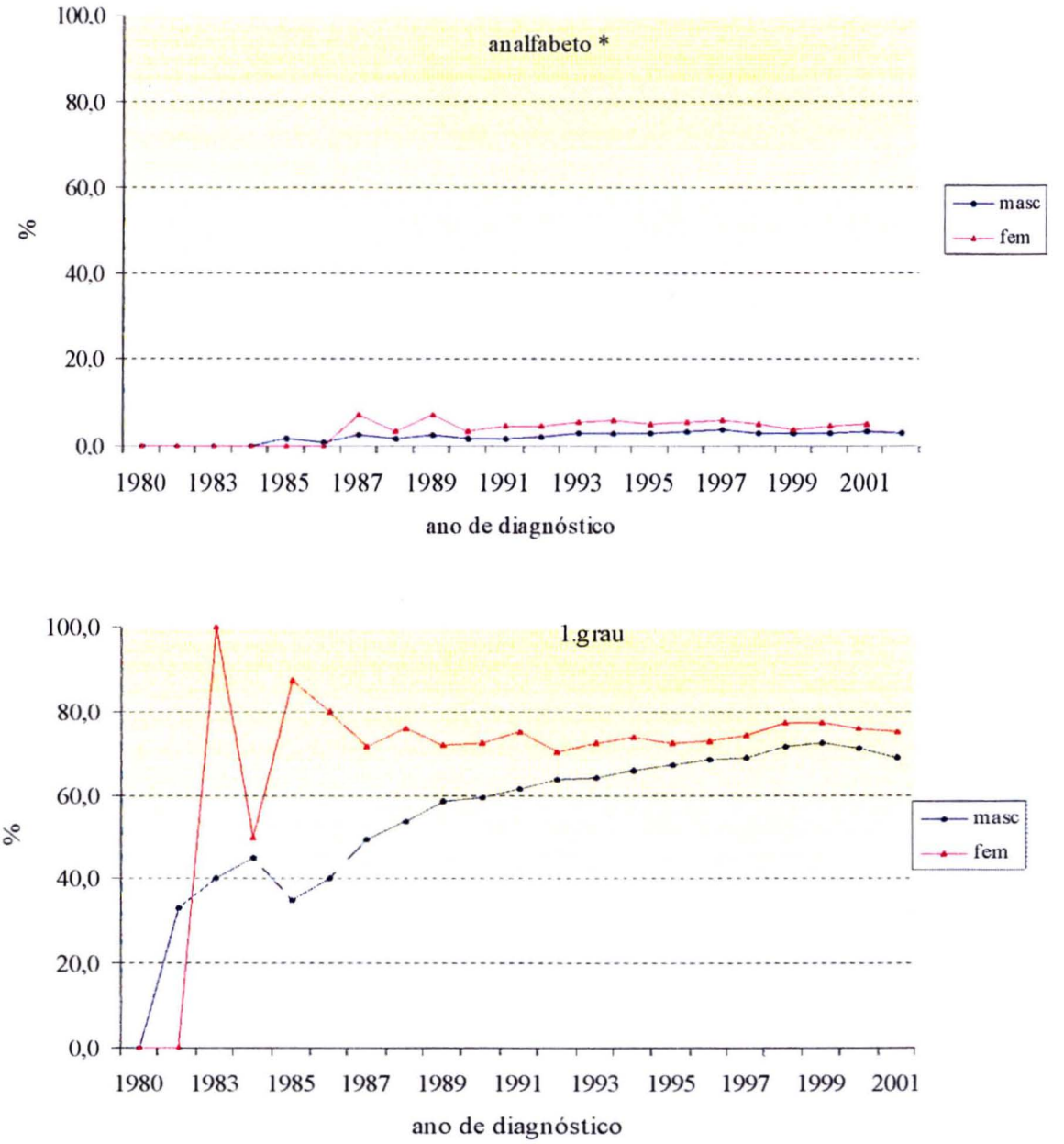


Figura 5. Proporção do nível de escolaridade – analfabeto e 1° grau dos casos notificados de Aids segundo sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1980 a 2001**

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP

(**)Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

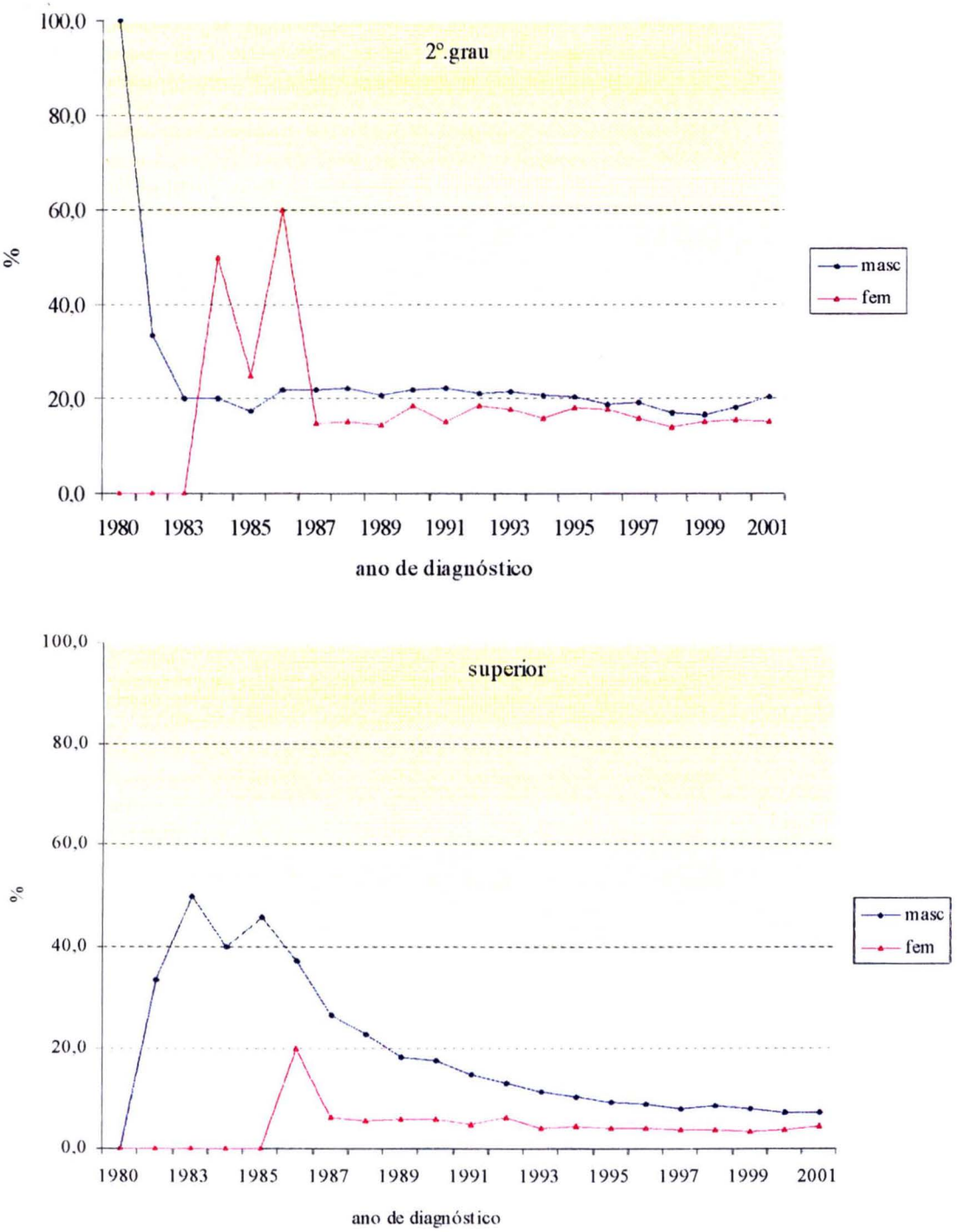


Figura 6. Proporção do nível de escolaridade – 2.o e 3.grau dos casos notificados de Aids segundo sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1980 a 2001**

Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP

(**)Dados preliminares, sujeitos a revisão mensal, até 31/12/01.

Assim a pauperização da epidemia é um fato que se observa claramente na epidemia masculina, mas não na feminina. A epidemia de AIDS entre as mulheres está pauperizada desde o seu início, mantendo entretanto uma porcentagem de casos entre as mulheres universitárias mais ou menos constante ao longo dos anos.

É importante ressaltar este fato, pois o discurso da pauperização da epidemia dá às mulheres com maior escolaridade e melhor nível sócio-econômico uma falsa sensação de "proteção" e distanciamento da doença. Erro semelhante foi cometido no início da epidemia, quando o alarde sobre o fato de que a maioria dos casos ocorria em homens homossexuais, levou os demais segmentos da sociedade a se acreditarem "fora do risco". Esta crença foi, provavelmente, um dos fatores facilitadores da heterossexualização da epidemia.

1.2.1. d. Feminização e heterossexualização

A epidemia de AIDS no Estado de São Paulo cresceu rapidamente, atingindo seu pico máximo de incidência entre 1995 e 1996 para os homens e, depois disto, começou a declinar. Nas mulheres apresentou até 1998 uma tendência ascendente.

Muito tem se discutido a respeito da diminuição da epidemia, o que na verdade se verifica mais claramente entre os homens e, mesmo entre estes, tomando-se os indivíduos que referem à prática heterossexual como categoria de exposição, há uma tendência de crescimento até 1997, acompanhando a tendência das mulheres.

Ainda que se acredite haver uma superestimativa dos casos em homens heterossexuais e que uma parcela destes homens sejam bissexuais não declarados, supõe-se que isto não aconteça na maioria dos casos e, que esta tendência represente, de fato, o modo de ocorrência da epidemia na população heterossexual masculina, até porque os homens homo e bissexuais têm apresentado um padrão de aumento e diminuição de casos semelhantes ao longo do tempo, inclusive com relação a um pequeno aumento do número de casos em 1998, contrariando a tendência de queda, ano a ano, dos indivíduos que relatam estas categorias de exposição.

O crescimento dos casos entre homens heterossexuais, junto ao marcante predomínio desta forma de transmissão na população feminina, corrobora a hipótese de heterossexualização da epidemia.

A feminização da epidemia é fato consumado. O decréscimo da razão masculino/feminino de casos e de óbitos e o fato da AIDS figurar entre as principais causas de mortalidade nas mulheres em idade fértil demonstram, inequivocamente, a magnitude com que a AIDS tem atingido nossa população feminina.

Como já observado o uso de drogas injetáveis foi um fator fundamental na feminização da epidemia no Estado de São Paulo, e este mesmo fato ocorreu em outros locais do mundo, como na Europa (96) e nos EUA (23).

Um aspecto essencial na epidemia de AIDS é que, ao contrário da fantasia da maioria da população e mesmo dos trabalhadores da saúde , ela já não está restrita a "grupos de risco" específicos há muito tempo e isto é mais facilmente observado na população feminina (6,41,64,98). Uma parcela cada vez mais expressiva das pacientes notificadas de AIDS tem parceria sexual única no momento do diagnóstico e um número de parceiros sexuais na vida que não difere muito do relatado pela maioria da população (67).

Há que se considerar, ainda, que o aumento do número de casos em mulheres traz, como conseqüência, o aumento no número de crianças com AIDS pela transmissão materno-infantil e traz à tona o problema da orfandade (93).

1. 3. O enfoque nas mulheres

Quanto à feminização é fundamental procurar intervir nos fatores que tornam a população feminina tão mais vulnerável à AIDS. Sabe-se que o empobrecimento, que se apresenta hoje como um fenômeno globalizado, é ainda mais acentuado entre as mulheres.

BARBOSA (1999) coloca: "Neste contexto, a situação da população feminina é desvantajosa. Nos EUA, dois em cada três adultos que viviam abaixo do nível de pobreza em 1983 eram mulheres. Este fenômeno - chamado de feminização da pobreza - ocorre tanto nos países ricos quanto nos pobres, especialmente na última década, quando o desemprego aumentou consideravelmente em quase todo o mundo" (9).

Para além da questão do empobrecimento (47,97) e, intimamente ligadas a ela, estão outras questões de gênero que aumentam sobremaneira a vulnerabilidade das mulheres.

Apesar de todo o discurso de liberação feminina nas sociedades ocidentais, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres ainda se encontram em grande desvantagem (8,12,65) e grandes mudanças culturais e estruturais são necessárias para que se alcance a tão sonhada igualdade de direitos entre homens e mulheres.

O papel da mulher ainda de submissão com relação às questões sexuais e a responsabilização das mulheres no que diz respeito às questões reprodutivas dificultam o diálogo com seus parceiros e aumentam a vulnerabilidade das mulheres.

Novamente citando BARBOSA (1999): "Fica claro que não se pode discutir a AIDS e seu enfrentamento sem compreender os papéis de gênero e todas as implicações que esses têm nas relações entre homens e mulheres. A adoção de medidas preventivas, como é o caso do preservativo, esbarra em assuntos

profundamente arraigados e sobre os quais ainda é difícil dialogar, romper barreiras (especialmente emocionais), vencer medos, enfim, enfrentar abertamente uma ameaça real à vida de milhares, senão milhões, de homens, mulheres e crianças em todo o mundo...a vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero - que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia." (9, p281), e em outro trecho a autora coloca: "Porém, é indiscutível que, quando o controle da fertilidade é reduzido a informações técnicas e uso de métodos, sem se discutirem a sexualidade e as relações de gênero, as mudanças são mais limitadas, e o poder é menos ameaçado ou, até, não ameaçado. Falar sobre sexo é ameaçador. Educar os jovens para o sexo é visto como ameaçador. Mudar as práticas sexuais e torná-las mais seguras é percebido como ameaçador. É ameaçador para a autoridade masculina, parental, religiosa, enfim, para todos aqueles que decidiram o que é certo e o que é errado para a sociedade como um todo".

O papel de "cuidadoras", que as mulheres desempenham até hoje na nossa sociedade, faz com que, para a maioria delas, sua primeira responsabilidade seja com a saúde de suas crianças e outras pessoas na família que possam precisar de seus cuidados (20), além de, muitas vezes, elas não se entenderem sob risco.

Muitos são os aspectos específicos do atendimento às portadoras de HIV/AIDS se considerarmos as questões de gênero (17,95). Para as mulheres, de uma forma geral, as decisões sexuais e reprodutivas são complexas, considerando que permeiam diversas questões fundamentais do universo feminino, tais como afetividade, desejo sexual, saúde e a reprodução propriamente dita. Para as portadoras do HIV, as decisões reprodutivas são um dilema ainda maior, raramente colocado nas diversas instâncias onde a AIDS é foco de discussão, sejam elas governamentais ou não. Quanto à reprodução destas mulheres, apenas uma questão é colocada como relevante: a possibilidade de transmissão materno-infantil (8).

Mas se entendermos a atenção à saúde reprodutiva como um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar das mulheres, prevenindo e solucionando seus problemas ligados à reprodução, e diminuindo sensivelmente a morbidade a ela associada através de programas de planejamento familiar, pré-natal e atenção ao parto e puerpério (83), veremos que em nosso meio estamos muito aquém do mínimo desejado em termos desta atenção, particularmente no que se refere às mulheres HIV positivas.

Apesar do avanço da terapia anti-retroviral, temos, ainda hoje, um prognóstico relativamente reservado para os pacientes de AIDS, e a prevenção primária da transmissão do HIV continua sendo a maneira de intervenção mais eficiente para controlar a propagação deste vírus. Sendo assim, é fundamental buscarmos diminuir a vulnerabilidade (4,5,44) da população, em especial das mulheres, para que elas possam realizar, efetivamente, esta forma de prevenção.

1. 4. Justificativa

Observando-se a trajetória da epidemia de AIDS em todo o mundo e, especialmente no nosso meio, fica patente a relevância das mulheres, particularmente as que estão em idade fértil, neste cenário.

Atribui-se à reprodução um dos mais importantes papéis a serem desempenhados pelas mulheres nas diversas sociedades.

A pesquisa entre as mulheres HIV positivas nos países industrializados sugere que o diagnóstico pode interromper a vida sexual (42), mas a maioria das mulheres e homens mantém sua atividade sexual apesar da angústia que sobrevem ao diagnóstico da infecção pelo HIV (45).

Algumas pesquisas de AIDS e de saúde reprodutiva, assim como a grande maioria dos serviços de saúde, lidam, muitas vezes, com as questões relacionadas à prevenção das DST/AIDS e as específicas da saúde reprodutiva, de uma forma dicotomizada, relevando o fato de que a infecção pelo HIV e a gravidez podem ocorrer nas mesmas relações sexuais em vários cenários e como resultado do mesmo "script" sexual, determinado pelas relações de gênero (72).

Muitos estudos confirmam o acesso limitado das mulheres brasileiras às informações que lhes permitiriam fazer escolhas com relação à contracepção (43). As mulheres HIV positivas estão às voltas com estes mesmos problemas.

Sabemos que o conhecimento da possibilidade de transmissão do HIV através das relações sexuais, nem sempre se traduz imediatamente em medidas preventivas com relação a esta infecção (36,84). Assim como o conhecimento dos riscos (maternos e para a criança) que podem advir de uma gestação na vigência de uma infecção pelo HIV, provavelmente também não se traduzem na adoção de métodos contraceptivos eficazes e/ou seguros.

Que representação assume para as mulheres, em sua fase reprodutiva, uma infecção tão grave quanto a produzida pelo HIV? Infecção esta que, além de interferir de forma contundente na possibilidade da mulher se manter sadia, traz o risco de transmissão desta mesma infecção ao seu concepto e ao seu parceiro.

Que repercussões a epidemia de AIDS tem sobre as decisões pró-maternidade ou de negação da mesma, nas mulheres?

Como elas podem optar pela maternidade e, ao mesmo tempo, adotar medidas preventivas com relação ao HIV?

Estão elas suficientemente orientadas quanto aos riscos e às possibilidades técnicas de prevenção da infecção pelo HIV em seus conceptos para realizarem suas opções quanto à reprodução? A mesma questão vista pelo avesso: como as mulheres que, não desejam de forma alguma ter filhos, são orientadas para conseguirem este objetivo?

Estas são algumas das indagações que nos levaram a propor um trabalho, onde as mulheres que protagonizam estas situações pudessem ter espaço e voz para colocarem suas expectativas, experiências e propostas.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo Geral

- Avaliar o modo pelo qual a infecção pelo HIV afeta as decisões reprodutivas das mulheres por ela atingidas.

2.2.Objetivos Específicos

- Estimar a proporção de mulheres HIV positivas que pensam em ter filhos.

- Estudar algumas variáveis tais quais o uso de contraceptivos, número de filhos, existência de parceiro fixo, percepção de risco e outras que possam estar associadas às decisões reprodutivas destas mulheres.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1. Pesquisa realizada com 148 mulheres soropositivas para o HIV.

Realizamos uma pesquisa com mulheres HIV positivas, clientes do ambulatório do CRT-DST-AIDS de São Paulo, uma instituição pública da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sede do Programa Estadual de DST/AIDS, especializada no atendimento a indivíduos portadores de HIV/AIDS e outras DST.

Esta pesquisa, denominada "Barriers to acess and adherence to AIDS early care among HIV positive women in São Paulo, Brazil" foi realizada como resultado de uma parceria entre três instituições: O CRT-DST-AIDS , o NEPAIDS (Núcleo de Estudos para Prevenção de AIDS, da Universidade de São Paulo) e a Universidade da Califórnia.

Realizamos um estudo exploratório, cujo instrumento elaborado para a coleta de informações foi um questionário semi-estruturado, aplicado através de entrevistadoras treinadas (duas médicas, cinco psicólogas e cinco estagiárias de psicologia)

Este questionário (anexo 1) continha perguntas fechadas e abertas, e descrevia características sócio demográficas como idade, escolaridade, raça, ocupação, dependência econômica, acesso ao serviço de saúde e a relação das mulheres com os profissionais do serviço. Além disto, as mulheres foram questionadas sobre as formas de conhecimento de seu estado sorológico, fatores de risco para o HIV, percepção de risco antes de se saberem HIV positivas, comportamento sexual e reprodutivo e aderência aos métodos de prevenção secundária e medicamentos preconizados pelo serviço.

Neste instrumento foram introduzidas questões sobre vida reprodutiva e anticoncepção com a finalidade precípua de obter dados para a análise que aqui se propõe.

As mulheres foram recrutadas, pelas entrevistadoras, no período de agosto a dezembro de 1997, na sala de espera dos consultórios dos diversos profissionais do serviço ambulatorial do CRT-DST-AIDS.

Foi oferecida, a todas aquelas que compareceram ao ambulatório no período do estudo, a possibilidade de participar do mesmo, excluindo-se as debilitadas fisicamente, as menores de 18 anos, as mulheres que estavam indo ao serviço em busca de atenção médica para seus filhos e as que haviam participado de outros estudos exploratórios recentemente no CRT-DST-AIDS, pois estes fatores poderiam constituir-se em desconforto para a participação destas mulheres ou influenciar nas respostas obtidas.

Obtivemos assim uma amostra consecutiva, não probabilística.

Foram entrevistadas 148 mulheres às quais consentiram em responder ao questionário.

A taxa de recusa foi em torno de 17%. A falta de disponibilidade de tempo para a entrevista, não gostar de se expor ou falar de coisas pessoais e "não estar a fim" de participar de pesquisas foram os motivos mais freqüentes para as recusas.

No momento da entrevista, foram discutidos com todas elas os aspectos éticos da pesquisa, e o cuidado na utilização das informações, de modo que, em nenhum momento fossem citados nomes ou outras formas de identificação pessoal. Explicou-se, ainda, o tempo necessário para responder o questionário era de aproximadamente uma hora e deu-se às mulheres um termo de consentimento (anexo 2), em duas vias, onde constava a maioria das orientações verbais antes colocadas. As mulheres liam o consentimento, assinavam e mantinham consigo uma cópia. A outra cópia era entregue à entrevistadora.

Foi, ainda, colocado o seguinte: a possível participação delas em grupos de apoio a serem realizados no seguimento da pesquisa e o acesso à abordagem terapêutica individual e de grupo com as psicólogas do serviço, caso necessitassem. Foi-lhes assegurado que não perderiam quaisquer direitos no CRT-DST-AIDS, como por exemplo, qualquer tratamento oferecido, caso não quisessem participar do estudo.

Os resultados e analises preliminares foram apresentadas para as mulheres que participaram do estudo, antes de qualquer outra apresentação, como parte do processo de seguimento do trabalho. Este processo incluiu grupos institucionais e de suporte para as mesmas.

Organizamos três diferentes grupos de suporte, abertos a todas as participantes do estudo: um grupo informativo, um grupo para discutir formas de diminuir o estresse e um grupo de arte-terapia.

Estes grupos foram realizados com a finalidade de dar a estas mulheres acesso a informações importantes na realização da prevenção secundária, como opções de tratamento e sexo seguro, também formas relevantes de prevenção, nem sempre enfatizadas, especialmente entre mulheres que não são trabalhadoras do sexo. E, ainda, discussões sobre discriminação, preconceito, relações familiares e aspectos legais ligados ao fato de serem soropositivas para o HIV.

Os grupos de arte-terapia e diminuição do estresse tinham a finalidade específica de dar a elas a oportunidade de colocarem suas questões mais conflitantes naquele momento e de discutirem formas de minimizar estes conflitos, tanto quanto possível.

Cada um destes grupos foi conduzido por, pelo menos, duas investigadoras e uma estagiária de psicologia, que atuou como anotadora das questões discutidas, produzindo, posteriormente, relatórios destes encontros.

Os dados obtidos das entrevistas foram armazenados em um banco de dados em SPSS. Os questionários foram previamente codificados antes de sua digitação. As respostas das questões abertas foram também codificadas e incluídas neste banco de dados, após terem sido categorizadas tomando-se a idéia principal do discurso.

A análise quantitativa dos dados foi realizada utilizando-se o Epi-Info e o SPSS.

A variável dependente do estudo foi "pensa em ter filhos". Para estudar a associação desta com outras variáveis, selecionamos as mulheres com menos de 50 anos, excluindo as esterilizadas, neste grupo etário. Acreditamos, assim, estar mantendo as mulheres que, se quisessem, teriam maiores possibilidades de concretizar a idéia de uma gestação.

Foram utilizados os testes do qui-quadrado (Yates corrigido), o exato de Fisher e o t-Student para diferença de duas médias. Para aplicação dos testes reagrupamos todas as variáveis com mais de duas categorias, simplificando-as e transformando-as, sempre que possível, em variáveis dicotômicas.

Para avaliar a proporção das mulheres HIV positivas que pensam em ter filhos foi calculado o intervalo de confiança exato de 95% para a prevalência.

As respostas das questões abaixo descritas, foram selecionadas para auxiliar a análise dos dados relativos ao desejo de ter filhos, anticoncepção e percepção de risco.

9 a. Você tem filhos? – questão fechada, sim ou não.

9e. HIV+? – quadro para se colocar a sequência de filhos, especificando sexo, idade, se moram com a entrevistada e se são HIV+.

10 a. Você antes de ir fazer o teste já tinha pensado que podia ser HIV positiva? – questão fechada, sim ou não.

10 b. Por quê? – questão aberta.

10 d. Como ficou sabendo que era HIV+? – questão aberta.

11 i. Você pensa em ter filhos? – questão fechada, sim ou não.

11 j. Por quê? – questão aberta.

11 k. Como acha que seria a reação das pessoas que cercam você se decidisse ter filhos? – questão aberta.

11 l. Você concorda com eles? – questão aberta.

11 m. Você ficou grávida depois de estar HIV positiva? – questão aberta.

11 p. Usou anticonceptivo para evitar filho depois de se saber portadora do HIV? – questão fechada, sim ou não.

11 q. Se sim, qual ? – questão estruturada, com relação dos métodos anticonceptivos.

16 b. O que mantém você lutando? – questão aberta.

16 c. Pensando que exista a possibilidade de você faltar a seus filhos, já pensou como encaminhar as coisas em relação a eles? – questão aberta.

Foram revisadas todas as entrevistas copiando-se o conteúdo das questões acima colocadas, quase sempre literalmente, e, algumas vezes, tomando-se apenas a idéia central da resposta, para ilustrar a análise.

Observando as respostas das questões 11i (Você pensa em ter filhos?) e 11j (Por quê?) vimos que várias vezes o motivo alegado pelas mulheres na questão 11j não condizia com a resposta anterior (11i). Exemplificando, várias mulheres que responderam não pensar em ter filhos, ao questionadas o porquê, forneciam respostas do tipo "meu maior sonho sempre foi ter filhos, mas tenho medo por causa do HIV", demonstrando, claramente, o desejo de ter filhos, frustado pelo fato de serem soropositivas para o HIV.

Entendendo que o "pensar em ter filhos" e o "desejo de ter filhos" podem ter concepções diferentes e, com o intuito de esmiuçar o tema, criamos, para as 148 mulheres, independentemente da possibilidade biológica de ter filhos ou não, uma nova variável denominada "desejo" a partir do cruzamento das questões 11i e 11j, obedecendo a seguinte categorização:

1 – sim consistente – para as mulheres que responderam sim à questão 11i e na resposta 11j expressavam os motivos pelos quais queriam ter filhos.

2 – não inconsistente, entendido como sim – para as mulheres que responderam não à questão 11i e na resposta 11j expressavam claramente que desejavam muito ter filhos.

3 – não inconsistente – para as mulheres que responderam não à questão 11i e na resposta 11j diziam que a infecção pelo HIV era o motivo pelo qual não pensavam em ter filhos, sem entretanto expressar claramente o desejo de tê-los.

4 – sim inconsistente – para as mulheres que responderam sim à questão 11i e na resposta 11j expressavam que não queriam ter filhos de forma alguma.

5 – não consistente – para as mulheres que responderam não à questão 11i e na resposta 11j reiteravam a idéia de não desejar ter filhos.

A partir da construção desta nova variável, agrupamos os itens 1, 2 e 3 considerando-os como "sim" da variável desejo, e os grupos 4 e 5 considerando-os como "não".

Medimos a associação das variáveis: idade, ter filhos, número de filhos vivos, morar com filho, ter filhos HIV+, situação sorológica do parceiro, uso de métodos contraceptivos, uso de proteção nas relações sexuais, estado conjugal e ter relatado abuso sexual com a variável desejo, utilizando o qui-quadrado (Yates corrigido) ou o teste exato de Fisher.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Perfil sócio-demográfico

As mulheres que participaram deste estudo, tendo sido recrutadas em um serviço de referência, vieram de diferentes pontos da cidade.

Havia mulheres de todas as idades, variando de 19 a 63 anos. A média de idade foi de 32,6 anos e a mediana foi de 32 anos.

Quanto à religião: 22 mulheres (14,9%) se declararam ateias, 68 mulheres (45,9%) se declararam católicas; 33 (22,3%) evangélicas e 25 (16,9%) referiram outras religiões (espírita, candomblé e budista). Do total de mulheres, 88% declarou ser a religião uma coisa importante em suas vidas.

Em termos de escolaridade, 4 mulheres (2,7%) não tinham nenhuma escolaridade, destas 4, uma referia saber ler e escrever sem ter ido à escola e as outras 3 eram analfabetas; 17% das mulheres tinham de 1 a 4 anos de escolaridade; 42,5% tinham de 5 a 8 anos; 25,6% de 9 a 11 anos e os restantes 12,2% tinham nível superior.

Resumindo, 92 das 148 mulheres (62,2%) tinham no máximo até o primeiro grau; 18 mulheres chegaram a fazer algum curso superior, sendo que exatamente metade delas (6,1% do total) tinham o curso superior completo.

Um terço (51 mulheres, 34,5%) não possuía renda própria; 32,8% era responsável por até 50% da renda familiar, enquanto outro terço (32,7% das mulheres) era responsável por mais da metade da renda familiar. Dentre estas, 28 mulheres (20% do total) respondiam por mais de 75% dos ganhos da família.

Das 95 mulheres que referiram renda própria, 8,4% ganhavam menos de um salário mínimo; 45,2% de 1 a 3 salários mínimos; 24,2% de 3 a 5 e 22,2% percebiam mais de 5 salários mínimos mensais. Duas mulheres não responderam esta questão.

Com relação à renda familiar (tabela 10) obtivemos informação de 131 mulheres, as demais não souberam ou não quiseram responder a pergunta.

TABELA 10:

Número e porcentagem de mulheres segundo a renda familiar em salários mínimos. CRT-DST/AIDS, 1997.

Renda familiar	No.	%
Nenhuma renda	5	3,4
Menos que 1 salário mínimo	1	0,7
1 a 3 salários mínimos	26	17,6
3 a 5 salários mínimos	26	17,6
5 a 10 salários mínimos	31	20,9
Mais de 10 salários mínimos	42	28,4
Não sabe	4	2,7
Não respondeu	13	8,7
TOTAL	148	100

Quanto à inserção destas mulheres no mercado de trabalho, apenas 42 (28,3%) tinha emprego regular; 68 mulheres (45,9%) estavam desempregadas; 18(12,2%) referiram fazer apenas "bicos" e 18 (12,2%) estavam aposentadas. Duas mulheres (1,4%) disseram que, apesar de aposentadas, faziam "bicos" para complementarem sua renda.

A maioria das mulheres que estava procurando emprego tinha muito medo do preconceito. Somente 2% delas foram trabalhadoras do sexo ou trabalharam em clubes noturnos.

Quanto ao quesito cor, auto referida, 86 mulheres (58,1%) se descreveram como branca; 36,5% como negras ou pardas; 1 (0,7%) como amarela e 4,7% (7) como "outros".

Quanto ao estado marital: 48 mulheres (32,4%) eram casadas ou viviam maritalmente; 44 (29,7%) eram viúvas. Dentre as viúvas, 40 delas perderam seus parceiros porque morreram de AIDS. 42 (28,4%) eram solteiras e 14 (9,5%) separadas.

4. 2. Número de parceiros sexuais e atividade sexual destas mulheres

A média de idade para a primeira relação sexual foi 17,5 anos.

Com relação ao abuso, 32 (21,6%) mulheres relataram ter sido vítimas de abuso sexual pelo menos uma vez (aqui definido como realização de sexo contra a vontade da mulher ou pelo uso de violência).

O número de parceiros que tiveram desde o início de sua vida sexual até o momento da entrevista pode ser visto na tabela 11.

TABELA 11:

Número e porcentagem de mulheres segundo o número de parceiros sexuais na vida, CRT-DST/AIDS, 1997.

No. de parceiros sexuais	No.	%
Parceiro único	15	10,1
2 a 3 parceiros	44	29,7
4 a 5 parceiros	30	20,2
6 a 10 parceiros	24	16,2
10 a 20 parceiros	9	6,1
20 a 40 parceiros	5	3,5
Mais ou menos 300	1	0,7
Muitos, não sabe quantos	17	11,5
Não responderam	3	2,0
TOTAL	148	100

Trabalhando-se com as porcentagens acumuladas temos que cerca de 62% das mulheres teve até 5 parceiros na vida, 78% até 10 parceiros e cerca de 15% das mulheres relatou mais do que 20 parceiros. A mediana do número de parceiros na vida foi quatro e estes eram, quase sempre, parceiros fixos.

A média não se mostrou um bom indicador para representar o número de parceiros da amostra, tendo sido muito alta (17,7 parc.) pelo elevado número de parceiros colocado por algumas mulheres.

Desde que souberam de sua soropositividade para o HIV, menos da metade das 148 mulheres mantém vida sexual ativa, embora mais da metade tenha relatado o desejo de fazer sexo (tabelas 12 e 13).

TABELA 12:
Número e porcentagem de mulheres segundo o desejo de fazer sexo, CRT - DST/AIDS, 1997.

Vontade de fazer sexo	No.	%
Sim	74	50,0
Não	58	39,2
Às vezes	14	9,5
Ignorado	2	1,4
TOTAL	148	100,0

TABELA 13:
Número e porcentagem de mulheres segundo a existência de relações sexuais, CRT-DST/AIDS, 1997.

Você faz sexo?	No.	%
Sim	65	43,9
muito pouco	10	6,8
Não tem parceiro	73	49,3
TOTAL	148	100,0

Das mulheres, apenas 19% sentia-se confortável com relação ao sexo, enquanto a maioria delas disse que o HIV mudou tudo em sua vida sexual dado o medo de contaminar seus parceiros. Elas referiram muitas novas fontes de estresse o que fez com que perdessem parte de seu apetite sexual, ou com que se sentissem menos sensuais.

Muitas das mulheres solteiras relataram o temor da situação de ter que contar a um novo companheiro que são soropositivas e de serem abandonadas em conseqüência disto. Este conceito e temor fazem com que muitas mulheres sintam o desejo de encontrar um parceiro também soropositivo para o HIV.

Das 148 mulheres, 75 (50,7%) tinham parceiro sexual no momento da entrevista. Destas, 41% tinham relações sexuais mais de uma vez por semana, 30% uma vez por semana e 29% menos frequentemente. Das mulheres sexualmente ativas, 88% eram monogâmicas.

Ainda com relação a estas 75 mulheres, 30 delas (40%) tinham parceiros também soropositivos para o HIV, outras 30 tinham parceiros sabidamente negativos e 15 delas (20%) não conheciam a situação sorológica de seus parceiros.

A grande maioria das mulheres pesquisadas (68,1%) adquiriu a infecção pelo HIV de seu parceiro fixo, ainda presente ou anterior. A tabela 14 descreve a categoria de exposição das 148 mulheres. Ressalta-se a importância da parceria sexual com usuários de drogas injetáveis (UDI) enquanto situação de risco.

TABELA 14:

Número e porcentagem de mulheres por categoria de transmissão do HIV, CRT-DST/AIDS, 1997.

Categoria de transmissão	No.	%
Parceiro transfundido	3	2,0
Parceiro UDI	44	29,7
Parceiro bissexual	6	4,1
Parc. com múltiplas parceiras	31	20,9
Parc. risco desconhecido	17	11,4
Usuária Drogas Injetáveis	7	4,7
Múltiplos parceiros	9	6,1
Transfusão sanguínea	10	6,7
Riscos múltiplos	13	9,0
Ignorado	8	5,4
TOTAL	148	100

Algumas mulheres relataram que não conseguiam convencer seus parceiros a fazer uso regular de preservativos, mesmo estando eles cientes do fato de elas serem infectadas pelo HIV.

Na tabela 15 temos a informação de 65 mulheres sobre a consistência no uso de preservativos com seus parceiros sexuais. Apenas 38 relataram uso constante de preservativos e, destas, 22 (57,8%) têm parceiros soronegativos para o HIV. Das 27 mulheres que referiram não usar preservativo consistentemente, somente uma tinha um parceiro que não sabia que ela é HIV positiva.

TABELA 15:
Número de mulheres segundo o uso de preservativos e situação sorológica do parceiro, CRT- DST/AIDS, 1997.

Uso de Preservativos	Situação sorológica parceiro			Total	
	Positivo	Negativo	Desconhecido	No.	%
Nunca	11	2	3	16	24,6
Raramente	2	-	3	5	7,7
Às vezes	2	4	-	6	9,2
Sempre	11	22	5	38	58,5
TOTAL	26	28	11	65*	100,0

*Obs: Informação ignorada em 4 mulheres com parceiros positivos, 2 com parceiros negativos e 4 com parceiros com sorologia desconhecida.

Agrupando a variável uso de preservativos em duas: uso consistente (sempre), e inconsistente (nunca + raramente + às vezes) e considerando apenas as mulheres cujos parceiro tinham sorologia conhecida, obtivemos 26 mulheres com parceiros positivos, das quais 11 usam preservativos consistentemente e 15 não usam e 28 mulheres com parceiros negativos, das quais 22 usam e 6 não usam. Aplicando o qui-quadrado observamos uma associação significante (χ^2 = 6,01-Yates corrigido com p=0,0142) entre o uso consistente de preservativo e situação sorológica do parceiro. As mulheres com parceiros soropositivos tendem a fazer uso inconsistente do preservativo com uma frequência muito maior do que as mulheres com parceiros soronegativos, assim como estas últimas usam consistentemente o preservativo em uma proporção muito maior do que as primeiras.

Nove mulheres (6,1%) relataram parceiros sexuais eventuais, destas 8 reportaram usar sempre o preservativo com estes parceiros e uma referiu usar preservativo na maioria das relações sexuais.

4.3. A percepção de risco

Das 148 mulheres entrevistadas, 70 (47,3%) responderam que já tinham pensado que podiam ser positivas para o HIV antes de realizar o teste. Na tabela 16 podemos observar os motivos pelos quais elas já haviam avaliado a possibilidade de estarem infectadas. As outras 78 mulheres (52,7%) responderam que nunca pensaram nesta possibilidade, e os motivos por elas alegados estão na tabela 17.

TABELA 16:

Número e porcentagem de mulheres segundo os motivos pelos quais pensaram que podiam ser HIV positivas antes de fazer o teste, CRT-DST/AIDS, 1997.

Motivos pelos quais pensaram que podiam ser HIV positivas	No.	%
O parceiro ficou doente	24	34,2
O parceiro disse ser HIV+	9	12,8
O parceiro era bissexual	3	4,3
O parceiro tinha muitas parceiras	4	5,7
O parceiro era UDI	12	17,1
Ela própria ficou doente	7	10
Ela teve muitos parceiros	4	5,7
Ela era UDI	2	2,9
Ela recebeu transfusão sanguínea	2	2,9
"Porque todo mundo tem risco"	1	1,5
Mais de um motivo	2	2,9
TOTAL	70	100

TABELA 17:

Número e porcentagem de mulheres segundo os motivos pelos quais nunca pensaram que podiam ser HIV positivas antes de fazer o teste, CRT-DST/AIDS, 1997.

Motivos pelos quais nunca pensaram que podiam ser HIV positivas	No.	%
Nunca imaginei, nem de longe	31	39,7
Não sou do grupo de risco	19	24,4
Confiava no parceiro	5	6,4
Não conhecia formas de contágio	3	3,8
Desconheciam a doença	2	2,6
Tinham teste anterior negativo	2	2,6
Outros	16	20,5
TOTAL	78	100

É importante ressaltar que, entre as mulheres que se perceberam sob risco, porque seus parceiros poderiam ser HIV positivos por serem UDI ou terem multiplicidade de parceiras, nenhuma teve uma postura concreta de prevenção com relação à infecção pelo HIV.

Embora este dado não tenha sido mensurado, nas entrevistas, algumas mulheres referiram ter discutido com seus parceiros a necessidade de usarem preservativos pela existência do risco, mas os parceiros não aceitaram a idéia e elas aquiesceram.

Lembre-se ainda que, sabendo da sua condição de soropositivas e da recomendação de usar preservativos em todas as relações sexuais para impedir a reinfecção, das mulheres que têm parceria sexual fixa, 41,5% não usa preservativos ou faz uso inconsistente dos mesmos e, apenas, 58,5% refere usar preservativos sempre, como foi descrito, anteriormente, na tabela 15.

4. 4. Anticoncepção, proteção dupla e planejamento familiar

Antes do diagnóstico da infecção pelo HIV, 62,6% das mulheres usavam métodos anticoncepcionais para limitar o número de filhos. Destas, dois terços usavam métodos hormonais.

Os métodos anticoncepcionais mudaram radicalmente quando as mulheres souberam ser HIV positivas, como mostra a tabela 18. Houve uma passagem do predomínio dos anticonceptivos hormonais para o preservativo, após o conhecimento da soropositividade para o HIV nestas mulheres.

TABELA 18:

Contraceptivos e métodos de proteção dupla usados pelas mulheres antes e depois do diagnóstico do HIV, CRT-DST/AIDS, 1997.

Métodos contraceptivos	**Antes do HIV**		**Depois do HIV**	
	N.º	**%**	**N.º**	**%**
Esterilização	14	9,5	7	4,7
Pílula anticoncepcional	57	38,6	7	4,7
Tabelinha	2	1,3	3	2,0
Coito interrompido	-	-	3	2,0
Hormônio injetável	7	4,7	2	1,3
DIU	4	2,6	-	-
Métodos de proteção dupla				
Preservativo somente	6	4,1	57	38,7
Preservativo + Horm. Injetável	-	-	4	2,6
Preservativo + Pílula	6	4,1	3	2,0
Preservativo + Tabelinha	2	1,3	1	0,7
Preservativo + Coito interrompido	-	-	1	0,7
Preservativo + Esterilização	-	-	1	0,7
Sub-Total usando algum método	**98**	**66,2**	**89**	**60,1**
Não se aplica/ não respondeu	50	33,8	59	39,9
Total	**148**	**100**	**148**	**100**

Uma alta porcentagem das mulheres, as quais usavam algum outro metodo anticonceptivo antes do diagnóstico do HIV, estava, agora, usando preservativos isoladamente e um número ainda menor estava usando preservativos e mais um outro método anticonceptivo. A grande maioria das mulheres não conhecia o preservativo feminino, nem o diafragma.

Além disto, 34 mulheres (23,1%) relataram ter tido pelo menos um aborto espontâneo, sendo que 43 (29,0%) já provocaram um aborto. Vinte, das 148 mulheres, relataram abortos após o diagnóstico do HIV. Entre estas, 6 declararam ter provocado este aborto. A comparação deste dado, com a população feminina geral, não é fácil, dada a dificuldade de se obter informações precisas sobre aborto, em nosso país, pela ilegalidade do método(90).

4. 5. Filhos e transmissão materno-infantil.

A maioria das mulheres (119 ou 76%) tem filhos e 84% delas têm filhos menores de 13 anos. A média do número de filhos é dois.

Das 119 que tinham filhos, 36 os tiveram depois de serem HIV positivas. A imensa maioria destas mulheres não foi beneficiada pela política de livre acesso ao tratamento com AZT durante o parto, usado desde 1996 para reduzir a transmissão materno - infantil do HIV. Sendo assim, das 44 crianças nascidas de 36 mulheres HIV positivas (25% das 148 mulheres), 16 crianças foram positivas, apresentando uma taxa de transmissão materno-infantil de 36%. Todas, exceto uma, das 16 mães das crianças soropositivas para o HIV, souberam sua sorologia quando estavam grávidas ou quando suas crianças ficaram doentes.

No momento da pesquisa 6 mulheres (4,0%) estavam grávidas.

4. 6. A perspectiva da maternidade

O desejo de ter filhos e com certeza a questão mais pungente deste trabalho e foi colocado explicitamente por 31 das 148 mulheres entrevistadas. Isto é, quando questionadas se pensam ou não em ter filhos, 31(20,9%) responderam que sim e 117(79,1%) responderam que não.

A prevalência de mães que querem ter filhos é de 22,1%, calculando-se o intervalo de confiança exato de 95% para prevalência obtivemos:

IC 95%(15,4%-30,2%).

No entanto, cruzando a variável "pensa em ter filhos" com as respostas das mulheres à questão do porquê pensam ou não em ter filhos (tabela 19), vê-se que muitas mulheres que responderam não pensar, expressaram o desejo da maternidade, frusto, porém, pela presença da infecção pelo HIV.

TABELA 19:

Número e porcentagem de mulheres segundo a variável "pensa em ter filhos" e os motivos alegados do porquê pensam ou não em ter filhos, CRT-DST/AIDS, 1997.

Motivos pelos quais pensam ou não em ter filhos	Pensa em ter filhos			
	N.° sim	% sim	N.° não	% não
Já tenho o suficiente	-	-	7	6,0
Estou esterilizada	1	3,2	25	21,4
Passei da idade	1	3,2	7	6,0
Queria, mas tenho medo do bebê nascer positivo	8	25,8	50	42,7
Grávida	2	6,5	4	3,4
Medo de piorar estado saúde	-	-	4	3,4
Mais sofrimento	-	-	2	1,7
Penso, se ficar muito bem ou curar	7	22,6	1	0,8
Desejo de toda mulher	7	22,6	-	-
Melhor adotar	-	-	2	1,7
Não quero Ter filhos	-	-	3	2,6
Outros	4	12,9	9	7,7
Não respondeu	1	3,2	3	2,6
TOTAL	31	100,0	117	100,0

Ressalte-se que das mulheres que referiram não pensar em ter filhos, aproximadamente metade relacionou motivos ligados ao medo da doença para elas ou para seus conceptos e não à ausência de desejo de ter filhos.

Observamos, ainda, que as 31 mulheres que expressaram o desejo de engravidar não, necessariamente, pretendiam concretizar a gestação. Uma delas tinha sido submetida à laqueadura; outra não estava mais em idade fértil; 7 associavam o fato de ter filhos à melhora ou cura da doença e 8 queriam, mas temiam muito pela saúde de seus bebês.

Destas 31, 18 (58,1%) tinham filhos, das quais 2 tinham filhos HIV+, e 13 (41,9%) não tinham filhos. Das 18 mulheres que tinham filhos, 3 (16,7%) não moravam com eles, o que significa que das 31 mulheres, 16 (51,6%) ou não tinham filhos ou os filhos não estavam com elas. Entre as mulheres que referiram não pensar em ter filhos esta porcentagem era de 31,6%.

Muitas das 31 mulheres(67,7%) tinham parceiro fixo no momento da entrevista.

Em sua maioria expressam o receio de que seus bebês nasçam HIV positivos e muito medo de não receberem apoio das pessoas que as cercam, incluindo seus médicos. Além disto, elas se sentem estigmatizadas por serem HIV positivas e temem que este preconceito se estenda a seus filhos.

Interessante observar que, das 117 mulheres que responderam não à questão "você pensa em ter filhos?", 23 (19,7%) referiram não usar método anticonceptivo, 65 (55,6%) referiram o uso de algum método anticoncepcional e 29 (24,7%) não usavam porque não tinham parceiros sexuais.

Com relação à variável "desejo", obtivemos, para as 148 mulheres, os seguintes resultados:

- 29(19,6%) – sim consistente.
- 17(11,5%) – não inconsistente, entendido como sim.
- 53(35,8%) - não inconsistente.
- 1 (0,7%) - sim inconsistente.
- 48(32,4%) - não consistente.

Agrupando-se as três primeiras categorias teremos 99 mulheres (66,9%) que expressaram de alguma forma o desejo de ter filhos. As duas últimas categorias agrupadas somam 49 (33,1%) mulheres que não querem ter filhos.

Estes resultados mostram coerência com os observados na tabela 19.

Utilizando-se o teste do χ^2 aceitamos como significantes todas as associações com $p<0,05$. Assim, não encontramos associação entre pensar em ter filhos e as seguintes variáveis: importância da religião, raça, escolaridade, emprego, renda, ter filhos HIV+, estado conjugal, situação sorológica do parceiro, uso de proteção nas relações sexuais, métodos anticoncepcionais utilizados antes e depois do diagnóstico do HIV, ter tido abortos espontâneos ou provocados, pensar muito no fato de ser HIV+ e, ter decidido o que fazer, no caso de faltar aos filhos (Quadro 1).

Existe associação entre pensar em ter filhos e: idade, ter filhos, número de filhos vivos, morar com filho e, ter motivação para lutar pela vida.

Para medir a associação de pensar em ter filhos com o número de filhos vivos, utilizamos o teste t-Studant para diferença de 2 médias. A média de filhos, das mulheres que pensavam em tê-los, foi de 0,83 filhos e, a média, das que não pensavam, foi 1,70, portanto, um número médio maior de filhos ($p=0,003$).

A porcentagem de mulheres que pensam em ter filhos é muito maior entre aquelas com menos de 30 anos, e menor nas mulheres que têm filhos. Nestas, quanto maior o número de filhos vivos e o número de filhos que moram com elas, menor a chance de querer mais filhos. Existe uma associação positiva entre pensar em ter filhos e ter motivação para lutar pela vida.

A variável "desejo" não mostrou associação com: ter filhos HIV+, estado conjugal, situação sorológica do parceiro, uso de proteção nas relações sexuais, uso de contraceptivos antes e depois do diagnóstico da infecção pelo HIV e ter relatado abuso sexual. E, como a variável "pensar em ter filhos", foi associado a: idade, ter filhos, número de filhos vivos e morar com filho (quadro 2).

QUADRO 1

Número e porcentagem de mulheres segundo inúmeras variáveis e sua relação com pensar em ter filhos, CRT-DST/AIDS, 1997

Variável	Categoria	Pensa em ter filhos						P*
		Sim		Não		Total		
		N.°	%	N.°	%	N.°	%	
Idade (anos)	< 30	18	40,0	27	60,0	45	100,0	
	≥ 30	11	12,8	75	87,2	86	100,0	0,0008
Importância da Religião	Sim	24	22,5	83	77,5	107	100,0	
	Não	5	20,9	19	79,1	24	100,0	0,91
Raça	Branca	18	22,8	61	77,2	79	100,0	
	Negra	10	23,3	35	76,7	45	100,0	
	Outras	1	14,3	6	85,7	7	100,0	0,87
Escolaridade	Até 1.° grau completo	20	23,5	65	76,5	85	100,0	
	2° grau ou mais	9	24,3	28	75,7	37	100,0	0,89
Emprego	Empregada ou aposentada	12	21,8	43	78,2	55	100,0	
	Não empregada	17	22,3	59	77,7	76	100,0	0,88
Renda	Até 5 SM	8	16,0	42	84,0	50	100,0	
	Mais de 5 SM	16	23,8	51	76,2	67	100,0	0,41
Ter filhos	Sim	16	16,2	83	83,8	99	100,0	
	Não	13	40,6	19	59,4	32	100,0	0,0079
Morar com filho	Sim	13	15,9	69	84,1	82	100,0	
	Não	16	32,6	33	67,4	49	100,0	0,043
Ter filho HIV+	Sim	2	14,3	12	85,7	14	100,0	
	Não	14	16,7	70	83,3	84	100,0	1,0 **
Número de Filhos vivos	Até um	67	81,7	15	18,3	82	100,0	
	Mais de um	32	48,5	34	51,5	66	100,0	0,00004
Estado Marital	Com parceiro	19	27,1	51	72,9	70	100,0	
	Sem parceiro	10	16,7	50	83,3	60	100,0	0,22

P* : nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado com correção de Yates.

P**: Teste Exato de Fisher

QUADRO 1: (continuação)

Número e porcentagem de mulheres segundo inúmeras variáveis e sua relação com pensar em ter filhos. CRT-DST/AIDS. 1997.

Variável	Categoria	Pensa em ter filhos						P*
		Sim		Não		Total		
		N.°	%	N.°	%	N.°	%	
Sorologia do	Positivo	8	27,6	21	72,4	29	100,0	
Parceiro	Negativo	7	27,0	19	73,0	26	100,0	0,58
Proteção nas	Sim	12	27,9	31	72,1	43	100,0	
Relações	Não	5	33,3	10	66,7	15	100,0	0,94
Contracepção-	Eficiente	18	25,0	54	75,0	72	100,0	
Antes do HIV	Não eficiente	4	40,0	6	60,0	10	100,0	0,24**
Contracepção-	Eficiente	4	23,5	13	76,5	17	100,0	
Depois do HIV	Não eficiente	18	29,0	44	71,0	62	100,0	0,76**
Aborto	Sim	5	14,7	29	85,3	34	100,0	
Espontâneo	Não	23	24,3	72	75,7	95	100,0	0,36
Aborto	Sim	9	22,5	31	77,5	40	100,0	
Provocado	Não	20	22,2	70	77,8	90	100,0	0,84
Pensa muito no	Sim	20	24,0	63	76,0	83	100,0	
HIV	Não	9	18,7	39	81,3	48	100,0	0,62
Motivação para	Sim	12	15,4	66	84,6	78	100,0	
Lutar	Não	17	32,0	36	68,0	53	100,0	0,040
Sabe o que fazer com os filhos Se ela faltar	Sim	12	16,4	61	83,6	73	100,0	
	Não	4	23,5	13	76,5	17	100,0	0,49**

P* : nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado com correção de Yates.

P**: Teste Exato de Fisher

QUADRO 2

Número e porcentagem de mulheres segundo algumas variáveis e sua relação com o "desejo" de ter filhos. CRT-DST/AIDS. 1997

Variável	Categoria	Desejo de ter filhos						P*
		Sim		Não		Total		
		N.°	%	N.°	%	N.°	%	
Idade (anos)	< 30	44	84,6	8	15,4	52	100,0	
	≥ 30	55	57,3	41	42,7	96	100,0	0,001
Sorologia do	Positivo	20	66,6	10	33,4	30	100,0	
Parceiro	Negativo	21	70,0	9	30,0	30	100,0	1,0
Proteção nas	Sim	11	68,7	5	31,3	16	100,0	
Relações	Não	36	73,4	13	26,6	49	100,0	0,75**
Contracepção-	Eficiente	56	63,6	32	36,4	88	100,0	
Antes do HIV	Não eficiente	7	70,0	3	30,0	10	100,0	1,0**
Contracepção-	Eficiente	15	62,5	9	37,5	24	100,0	
Depois do HIV	Não eficiente	62	82,6	13	17,3	75	100,0	0,074
Sofreu	Sim	20	62,5	12	37,5	32	100,0	
Abuso sexual	Não	79	65,5	37	34,5	116	100,0	0,70
Ter filhos	Sim	70	62,0	43	38,0	113	100,0	
	Não	29	82,8	6	17,2	35	100,0	0,036
Filho HIV	Sim	9	60,0	6	40,0	15	100,0	
	Não	90	67,6	43	32,3	133	100,0	0,57**
Morar com filho	Sim	57	60,0	38	40,0	95	100,0	
	Não	42	79,2	11	20,8	53	100,0	0,027
Estado marital	Sim	56	72,7	21	27,3	77	100,0	
	Não	43	60,5	28	39,5	71	100,0	0,16
Número de	Até dois	16	25,0	59	75,0	75	100,0	
Filhos vivos	Mais de dois	0	0,0	24	100,0	24	100,0	0,01**

P* : nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado com correção de Yates.

P**: Teste Exato de Fisher

4.7. Estímulo para viver e possibilidade de faltar aos filhos

Com relação aos motivos que as mantêm lutando, 65 mulheres (43,9%) referiram serem os seus filhos; 38 (25,7%) referiram a vontade de viver; 16 (10,8%) referiram a fé em Deus, outras referiram o apoio da família e dos amigos e, em menor proporção, o trabalho, o medo de morrer e vários motivos interligados. Apenas 4 das 148 mulheres(2,7%) referiram não ter vontade de lutar.

Quanto à possibilidade de faltar aos filhos, 62 mulheres (55,8% das 111 respostas válidas) decidiram deixa-los com os avós, tias, padrinhos e o pai; 29 (26,1%) não pensaram ou não decidiram o que fazer; 4 (3,6%) já deram a guarda da criança e 2 (1,8%) não têm com quem deixar. Existem, ainda, aquelas que já têm filhos autônomos, que não pensaram na possibilidade de faltarem aos filhos e que, além destes, apresentaram outros motivos diversos.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Considerando as 148 mulheres entrevistadas, poucas delas representavam o padrão típico de risco para a AIDS que o imaginário social construiu; 15 delas teve um único parceiro sexual na vida e mais da metade delas teve até quatro parceiros.

A distribuição da escolaridade é semelhante à encontrada para a população feminina do Município de São Paulo. Observamos, entretanto, que apesar de a maioria das mulheres apresentar baixa escolaridade, a proporção de analfabetas neste estudo é bem menor, e a de mulheres com segundo grau e universitárias discretamente maior do que as mesmas proporções no Município (49).

Isto nos remete à questão, levantada quando estudamos o perfil da epidemia de AIDS no Estado de São Paulo, de que devemos ser cuidadosos para que o discurso da pauperização da epidemia não leve às mulheres com maior escolaridade e melhor nível sócio-econômico uma falsa sensação de "proteção" e distanciamento da doença.

Somente 2% das mulheres foram trabalhadoras do sexo ou trabalharam em clubes noturnos, o que também contradiz o perfil tido como de risco para as mulheres no imaginário social do Brasil.

A proporção de solteiras e separadas foi a mesma em nossa amostra da encontrada para as mulheres do Brasil como um todo. Entretanto a proporção de viúvas é muito maior e, a de mulheres casadas, é menor em nossa amostra com relação à população feminina brasileira (16). Esta diferença não foi inesperada, dado que grande parte destas viúvas tinham um parceiro falecido por AIDS.

A média da idade da primeira relação sexual foi, neste estudo, dois anos mais cedo do que a média das mulheres brasileiras, em geral (16).

A atividade sexual é uma questão muito importante, e está, muito freqüentemente, relacionada ao amor e à afetividade e não somente à questão da procriação(99). Estes sentimentos românticos se contrapõem, na prática, às medidas preconizadas para a prevenção das DST/AIDS.

O preservativo não é uma coisa fácil de ser introduzida nas relações entre homens e mulheres. Há grandes dificuldades de negociação para o seu uso de uma forma geral e, especialmente, para seu uso constante nas relações que se estendem durante um longo tempo (9).

Solicitar o uso de preservativos pelo parceiro implica em assumir diversos riscos que vão desde as questões mais ligadas à afetividade, como a quebra de confiança entre o casal, passando pelas questões culturais que não vêem com bons olhos as mulheres que demonstram conhecimento e iniciativa na esfera sexual, até nos casos em que existe dependência econômica da mulher com relação ao seu parceiro, risco de perder o apoio financeiro do companheiro (14,46,102).

Como coloca PAIVA(1996): "Por mais que se trabalhe o preconceito, falar de AIDS é trazer algo muito difícil entre um homem e uma mulher, não se quebra rapidamente este tom de acusação construído durante uma década em relação à AIDS, associado ao estigma histórico das doenças transmitidas sexualmente"- (71-pg276).

Em nosso estudo, o fato de algumas mulheres se perceberem sob risco não se constituiu em estímulo suficiente, para que tivessem alguma ação concreta no sentido de evitar a própria infecção. Discutir AIDS, uso de preservativo e relações extraconjugais é muito difícil em uma sociedade onde teoricamente todos são monogâmicos.

Como vimos, mesmo a preocupação das mulheres já infectadas pelo HIV com a possibilidade de reinfecção e conseqüente aumento da carga viral, não redundou no uso consistente de preservativos.

Parece menos difícil propor o uso de preservativo nas relações eventuais, onde os vínculos são menos estreitos. Mulheres com parceiros fixos, entretanto, sentem que é muito difícil usar preservativos em todas as relações sexuais. As razões são as mesmas que se ouve sempre e que se conhecem de diversos estudos: a maioria dos parceiros não gosta de usar preservativos e prefere não fazê-lo (62,71).

Neste sentido precisamos promover discussões de outras formas de prevenção, além do preservativo masculino, em todos os espaços possíveis. É fundamental, para diminuir, concretamente, a vulnerabilidade das mulheres, estimular a pesquisa e a produção a baixo custo de métodos anticoncepcionais e de proteção para o HIV que possam ser controlados por elas, como os cremes

espermicidas(7). É, importantissimo, que se encontre uma substância que, além de apresentar uma efetiva atividade bactericida e virucida *in vivo*, não provoque irritabilidade da parede vaginal, que pode levar a microlesões, aumentando, assim, a suscetibilidade desta parede a entrada de microorganismos.

E, sobretudo, ter coragem de flexibilizar a discussão.

Discutir a possibilidade de acordos entre casais estáveis, nos quais ambos fazem o teste anti-HIV, com alguma periodicidade e, se negativos, tem relações sexuais sem preservativos, comprometendo-se a usá-los nas relações extra-casal. Obviamente, temos aí um risco implícito, de que um dos componentes do casal possa não cumprir o acordo. Não podemos negar, entretanto, que se aplicada para um grande número de casais, esta conduta poderia levar, além de uma maior conscientização das pessoas comprometidas nestes acordos, a identificação de alguns pares discordantes, que, com a falta de diálogo, não se identificam e permanecem mantendo relações sexuais desprotegidas.

Discutir a possibilidade do uso do preservativo feminino, como alternativa ao masculino. Abrir a possibilidade de relações sem penetração como uma medida de prevenção da infecção pelo HIV.

Não podemos dizer, simplesmente, que se deve usar preservativos nas relações sexuais anais, vaginais e orais, sem explicitar que, embora exista possibilidade de infecção pelo HIV em todas elas, a sua probabilidade de ocorrência é muito diferente nos diversos tipos de relações sexuais.

Orientar, claramente, quanto ao fato de que, no período menstrual e na presença de lesões genitais o risco para aquisição de qualquer doença sexualmente transmissível fica aumentado.

Enfim, deixar claro, sempre, as possibilidades de proteção e de risco em cada situação e método.

Só não podemos nos deixar imobilizar pelo discurso pronto e fechado, que as pessoas já decoraram mas, não conseguem praticar. Embora não possamos deixar de envidar esforços, no sentido de expandir o método de prevenção sabidamente mais seguro, o uso de preservativos em todas as relações sexuais, devemos considerar a questão da hierarquia de risco e que, do ponto de vista da saúde pública, alguma proteção é melhor do que nenhuma (7).

Interessante observar que os homens também se expõem a riscos. Cerca de um quinto dos parceiros, não infectados pelo HIV, não fazem uso consistente de preservativos, mesmo sendo cientes da condição sorológica de suas parceiras.

Há que se considerar, também, que a imprensa e mesmo alguns técnicos da saúde não facilitaram a percepção de risco da população heterossexual, particularmente a masculina, e incultiram a idéia de que "homem não pega aids de mulher" ou que "é muito difícil um homem ser infectado pelo HIV por uma mulher".

Vários estudos têm investigado a probabilidade de transmissão do HIV nas relações heterossexuais(77), e seus resultados indicam quase sempre que a possibilidade de transmissão homem-mulher é maior do que a transmissão mulher-homem. O que tem variado muito nestes estudos é o quanto esta possibilidade é maior. Um estudo Europeu envolvendo 525 pares discordantes, 378 casais onde o homem era o caso índice e, 148 casais onde o caso índice era a mulher, concluiu que a infectividade era maior do homem para a mulher, mas não significativamente (31).

Apesar de apontar diversos fatores biológicos, como a maior quantidade de CD4 no líquido espermático do que no líquido vaginal e, consequentemente, maior carga viral no esperma, quando o homem está infectado pelo HIV; liberação de maior quantidade de secreção sexual masculina (5 a 7 ml) do que feminina (1 a 3 ml) nas relações sexuais; ectopia cervical; uso de contraceptivos orais; presença de outra DST; alta prevalência de vulvovaginites e outros, como fatores explicativos da maior chance de infecção pelo HIV das mulheres pelos homens do que o contrário(81), não podemos subestimar a forte associação das relações de gênero nas sociedades com a maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV(35,98).

Remetendo-nos novamente ao perfil dos casos notificados de AIDS no Estado de São Paulo, podemos, facilmente destacar alguns fatores que indicam uma maior vulnerabilidade das mulheres: - o fato de elas terem menor escolaridade, entendido como condição sócio-econômica menos privilegiada e, uma maior proporção, entre os homens heterossexuais, de multiplicidade de parceiras e, ainda, uma maior proporção de mulheres, que apresentam como categoria de exposição para o HIV, o fato de seus parceiros terem múltiplas parceiras sexuais. Reiterando o fato de que, apesar da idealização das relações monogâmicas, por diversas questões sócio-culturais, a prática de multiplicidade de parceiros é mais freqüente e mais aceitável socialmente nos homens do que nas mulheres, embora este fato raramente seja explicitado entre os casais.

Vale ressaltar que, a orientação de diminuir o número de parceiros ou permanecer em monogamia, enquanto forma de prevenção das DST/AIDS, não é de muita valia para as mulheres. Lembramos, mais uma vez que, mais da metade das mulheres desta pesquisa teve até 4 parceiros na vida, e que 15% delas teve um único parceiro. Além de que, a maioria delas se contaminou em relações monogâmicas. Ressaltamos ainda, que, segundo dados da Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS do Estado de São Paulo, mais de 50%, das mulheres notificadas com AIDS, com categoria de exposição heterossexual, referiram parceria sexual única no momento do diagnóstico.

Além da dificuldade de diálogo, a percepção de risco destas mulheres é muito pequena, até mesmo para as que se encaixam nos chamados grupos de risco, como colocaram algumas entrevistadas:

"Nunca imaginei, naquela época não sabia nem o que era AIDS, não via televisão, não lia jornal. Era desligada... Mesmo com o marido HIV+ não suspeitava que teria AIDS. Não imaginei porque ele usava droga e achei que AIDS pegava só pelo uso de drogas, mas como eu não tomava, nunca usei droga, eu achava que não podia ter."

"Soube há 3 anos, estava grávida. Achava que não tinha porque não era "homem sexual" e estava fora, depois descobri que o câncer gay dava em mulher também." (ela era parceira de um UDI)

" Eu usava drogas e quis mostrar para o meu marido atual que eu não era HIV+, pedi para a gineco pedir o teste, daí deu positivo. Aí caiu o mundo."

"Como a maioria das pessoas nunca pensei que pudesse acontecer comigo, só fiquei sabendo quando meu marido adoeceu." (ela era parceira de um UDI)

" Eu casei virgem, tenho até vergonha de falar isto...minha filha tinha 11 meses e estava amamentando quando descobri que ele tinha AIDS. A gente via televisão e anúncios de AIDS e eu falava para ele: já pensou estar namorando agora com estas coisas para se preocupar." (parceiro bissexual)

Analisando, neste estudo, as respostas à pergunta: você já tinha pensado que podia ser HIV+, antes de fazer o teste? Vimos que 70 mulheres responderam sim. À primeira vista parece ser um indicador de que quase metade das mulheres tinha percepção do seu risco para adquirir a infecção pelo HIV. Mas atentando para os motivos alegados por elas, temos que a maioria só pensou na possibilidade de infecção pelo HIV pelo adoecimento dos maridos, filhos ou delas mesmas.

Uma vez colocadas diante da irreversibilidade da infecção pelo HIV estas mulheres se encontram com um dilema, ainda maior do que o das mulheres em geral, que é o de viver sua afetividade e sexualidade frente a este novo quadro e ainda dar conta das questões reprodutivas.

É interessante observar que o aconselhamento para o planejamento familiar das mulheres HIV positivas , ainda não é uma ação sistemática (ou prevista) na maioria dos programas de AIDS no Brasil. Mesmo serviços considerados de boa qualidade de atendimento ainda não atentaram para esta questão de gênero de fundamental importância.

E, sabendo-se que a maioria destas mulheres está em idade fértil e que o desejo de ter filhos é algo culturalmente cultivado no gênero feminino, a estruturação de serviços, técnica e humanamente preparados para o aconselhamento sobre anticoncepção e planejamento familiar seria fundamental (21,54,55,103).

Mesmo com o uso apropriado de AZT na gestação e a possibilidade de reduzir, assim, a transmissão materno-infantil para 2% a 8%, a discussão sobre os direitos reprodutivos das mulheres com HIV/AIDS ainda é bastante controversa e passa por diversas instâncias, desde questões de fórum íntimo dos profissionais que lidam com estas mulheres até a inexistência de serviços tecnicamente preparados para recebê-las.

Um claro exemplo disto é que, algumas mulheres, nas questões abertas e nos grupos, referiram ser informadas pelos seus médicos dos métodos anticonceptivos mais apropriados ao uso, pelo fato de serem HIV+, mas a quase totalidade delas referiu não ter tido orientações sobre as questões relativas ao planejamento familiar e estavam mal informadas sobre reprodução e a probabilidade de infecção pelo HIV para seus conceptos, com e sem o uso de AZT e outras drogas anti-retrovirais, ou qual a melhor forma de engravidar diminuindo o risco do bebê se infectar, de reinfecção da mãe e de infecção ou reinfecção do parceiro.

E, além disto, sabe-se que a infecção pelo HIV, se não diminui a fertilidade, diminui as chances da gravidez chegar a termo, interferindo negativamente na evolução desta (91,92).

Entretanto, a imensa maioria dos serviços de tratamento de infertilidade, em todo o mundo, consideram a infecção pelo HIV, na mulher, como critério de exclusão para tratamento (37,61), mesmo sabendo que, com o uso do AZT a taxa de infecção do feto pode ser reduzida até atingir apenas 2%. Interessante os questionamentos: Por que mulheres com outras patologias graves, como por exemplo diabetes juvenil, não são automaticamente excluídas destes serviços? Por que os serviços de infertilidade não orientam, às mulheres HIV positivas, sobre a possibilidade de realizar inseminação artificial como uma opção segura de engravidar sem riscos para os parceiros soronegativos?

Temos aqui, sem sombra de dúvida, uma influência do preconceito a que os portadores do HIV são submetidos, pelos diversos segmentos da sociedade, inclusive o setor da saúde.

Os profissionais de saúde parecem ter medo de que, abrindo a discussão sobre prevenção e anticoncepção, as pessoas se sintam respaldadas para tomar posturas com relação ao planejamento familiar, das quais estes profissionais, geralmente, discordam, calcados em suas concepções técnicas e em seus próprios princípios morais e éticos. Preferem, assim, manter uma postura hermética e autoritária, como se isto fosse suficiente para que todos os usuários dos serviços seguissem à risca suas orientações de prevenção e anticoncepção.

No Brasil, na verdade, não há empecilho legal para uma mulher HIV positiva ter filhos. O teste anti-HIV sequer é compulsório por muitas razões, inclusive por questões éticas. Entretanto, no Estado de São Paulo, em 1999, foi estabelecida uma lei que torna obrigatório o oferecimento do teste anti-HIV a todas as mulheres grávidas nos serviços de pré-natal e a possibilidade de realização do mesmo(59), com o consentimento da gestante. Teoricamente todas as mulheres grávidas têm acesso ao AZT, se seu teste resultar positivo. Na prática, contudo, isto nem sempre acontece.

É preciso considerar, ainda, que, mesmo quando o AZT é oferecido as mulheres, nem sempre elas aderem ao seu uso, na gestação(89).

Faz-se urgente o entendimento de como preparar os profissionais e os serviços para a discussão de formas de atenção, mais adequadas, à resolução desta questão primordial para mulheres HIV positivas.

Como prepará-las para tomar decisões reprodutivas conscientes?

O que se vê é muita ambigüidade no que diz respeito ao desejo de ter filhos pelo medo e/ou sensação de culpa diante da possibilidade da criança nascer HIV+. Uma das mulheres entrevistadas expressou esta ambigüidade de forma contundente, quando questionada se concordava com a crítica que os outros fazem às mulheres HIV+ que desejam ter filhos:

" O HIV não tira o direito da mulher ser mãe, mas é uma irresponsabilidade. A gente não tem direito de pôr uma pessoa com isto no mundo. Mas e a gente, como fica? O amor que a gente tem para dar, os nossos sonhos, como ficam? É muito complicado, o que mais dói no HIV é a impotência. Eu me arriscaria a ter um filho, mas tenho medo."

Esta ambigüidade se reflete também no que diz respeito ao uso de métodos anticonceptivos. Tanto as mulheres que pensam em ter filhos quanto as que não pensam usam, na sua maioria, o condom com esta finalidade. Poucas se preocupam com a questão da proteção dupla, e quase todas receberam de seus médicos a orientação de usar condom, sem discutirem a efetividade do método enquanto anticonceptivo. Sabendo-se que está muito aquém de 100% (95) para ser usado enquanto método único em mulheres, para quem engravidar pode representar uma tragédia.

A proteção dupla pode evitar tanto a gravidez como a transmissão ou re-infecção do HIV e também de outras DST. Além disto, serve de proteção tanto para a mulher quanto para seu parceiro.

Com relação ao desejo de ter filhos, os achados deste estudo são condizentes com outros da literatura. Os testes de associação mostraram que o desejo de ter filhos não, necessariamente, obedece ao que parece racional ao senso comum.

Assim, fatos como: o parceiro ser HIV+, a mulher ter tido filhos HIV+ e abortos, ter parceiro fixo, e também raça, escolaridade, renda familiar, percepção de risco, uso de proteção nas relações sexuais e dos diferentes métodos anticonceptivos não mostraram, ao contrário do que a lógica poderia sugerir, associação significante com o "desejo de ter filhos" ou com "pensar em ter filhos".

Ter filhos, um maior número de filhos e ter filhos morando com elas são fatores que influenciam negativamente o desejo de ter mais filhos. Parece natural a relação das mulheres mais jovens e um maior desejo de ter filhos, até porque, via de regra, as mulheres mais velhas já tiveram seus filhos, o que interfere, decisivamente, neste desejo. Os filhos constituem, na maioria das vezes, um estímulo para lutar pela vida.

Em uma pesquisa realizada com uma amostra de mulheres da população geral (16), investigou-se também, o desejo de ter filhos e a demanda por anticoncepção. Nessas, como nas mulheres da nossa pesquisa, o desejo de ter filhos diminui com o aumento da idade, com o número de filhos e com o número de filhos vivos. Duas de cada três mulheres sem filhos, desejam ter filhos, entre aquelas com um filho, a proporção é de uma em cada duas mulheres, e se reduz em uma para cada dez, para as mulheres que já tem dois filhos. Nesta pesquisa o percentual de mulheres que não querem ter filhos é maior quanto mais alta a escolaridade. Nessas mulheres se observa, também, a não utilização de métodos anticoncepcionais, mesmo diante da falta de desejo de ter mais filhos, este fato é mais freqüente nas mulheres em uniões estáveis. O percentual de filhos indesejados aumenta com a idade da mãe e com o número de filhos tidos, indicando a alta freqüência de gestações sem planejamento.

Em dois estudos conduzidos nos EUA, com 403 e 1921 mulheres HIV positivas, respectivamente (1,15), foram obtidos resultados semelhantes aos nossos, não tendo sido encontrada associação da decisão de ter filhos nem com percepção de risco, nem com uso de anticoncepcionais, mas existe a associação com ter filhos e ter filhos vivendo com elas. Diferentemente do nosso estudo, eles encontraram associação das decisões de ter filhos com a raça e com o fato de ter parceiro fixo. Num destes estudos, embora não houvesse associação entre escolaridade e decisão de ter filhos, a escolaridade interferia positivamente no fato da gestação chegar a termo.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Concluímos que a infecção pelo HIV não modifica, substancialmente, o fato de querer ter filhos. Embora apareça, para muitas mulheres, teoricamente, como um motivo para coibir a maternidade.

Nas mulheres HIV positivas a intenção de ter filhos não significa, necessariamente, planejamento do melhor momento clínico e pessoal para realizar a gestação. Assim como, a intenção de não tê-los, não se traduz, na prática, na adoção de métodos anticonceptivos seguros o suficiente para evitar consistentemente uma gestação, pelo menos teoricamente, indesejada, assim como acontece para muitas mulheres da população em geral.

Enquanto os serviços de saúde se perdem em considerações éticas e filosóficas e, os profissionais mantêm uma postura hermética e autoritária, não respondem à demanda destas mulheres que continuam usando métodos contraceptivos inadequados, tendo gestações indesejadas e não tendo a melhor evolução possível, para si e seu concepto, nas gestações desejadas.

Independente dos conflitos morais a que os profissionais de saúde estão submetidos(2), as mulheres HIV positivas têm direito a uma decisão consciente sobre que métodos anticonceptivos usar e sobre ter ou não ter filhos, e devem fazê-lo o mais informadas possível quanto à perspectiva de contaminação, ou não, de seus bebês e parceiros soronegativos no momento da concepção.

É urgente e importantíssimo buscarmos novas formas de prevenção do HIV condizentes com as necessidades físicas e psicológicas das mulheres(29,30,46,48), considerando-se, entretanto, que a participação masculina é primordial neste processo(3). Se não considerarmos as expectativas de ambos os gêneros, no que diz respeito à sexualidade e reprodução, será muito difícil conseguirmos implantar e/ou implementar, na prática, quaisquer formas de prevenção.

Sendo asssim, urge preparar os serviços de saúde para o atendimento e orientação das mulheres HIV positivas ou parceiras de homens HIV positivos. São necessários serviços que promovam um ambiente de suporte para estas mulheres e seus parceiros(86), propiciando às pessoas vivendo com HIV/AIDS condições de realizar opções no que concerne a sexualidade e às decisões reprodutivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Ahluwalia IB, DeVellis RF, Thomas JC. Reproductive decisions of women at risk for acquiring HIV infection. **AIDS Education and Prevention**. 1998, 10(1),p90-97.

2 Araujo NJSM. **AIDS e preconceito.** São Paulo. 1992. [Dissertação de mestrado – Pontificia Universidade Católica de São Paulo].

3 Arilha M. Homens, Saúde Reprodutiva e Gênero: o desafio da inclusão. In: Giffin K, Costa SH(Orgs) - **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

4 Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. **In: Anais do II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS.** Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 1997. p20-37.

5 Badiani R, Quental I, Santos EM. **DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização.** Relatório de pesquisa – BENFAM e DHS. Rio de Janeiro; 1997.

6 Barbosa MAR, Favero JCF, Grilo NAG, Silva GMS, Fonseca EMG, Negreiros RSN, Quadros RG. Assessment of the programme os serological assistence to pregnant women (PASG) and the programme of assistance to seropositive pregnant women (PGA+) in the city of Guaruja, Brazil. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998, Anais.**

7 Barbosa RM. HIV/AIDS, Transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva, n ° 2**. ABIA, 2000, Rio de Janeiro.

8 Barbosa RM, Lago TG. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker, R. (org). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997. p163-175.

9 Barbosa RHS. AIDS e Saúde Reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH (Orgs) - **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

10 Barre-Sinoussi F, Montagneir L, Chermann JC, Rey F, Nugyese MT. Isolation of T-lynphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Science.** 1983; 220:868.

11 Bastos FI, Barcellos C. Geografia social da AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** 1995; 29(1):52-62.

12 Bastos, FI. A feminização da epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de enfrentamento. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva, nº 3**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 2000. (Coleção ABIA)

13 Bastos, FI. **Ruína e construção: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ; 1996.(História Social da AIDS,6).

14 Bauni E.K. and Jarobi B.O. Family planning and sexual behavior in the era of HIV/AIDS. The case of Nakuru District, Kenya. **Studies in Family Planning** 2000; 31(1):69-80.

15 Bedimo AL, Bessinger R, Kissinger P. Reproductive choices among HIV-positive women. **Soc. Sci. Med.** 1998, Vol 46. N°2, p171-179.

16 BENFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996.** Rio de Janeiro; 1997.

17 Berer M, Ray S. **Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais.** Natividade, AG e Botassi M (tradutoras). São Paulo: Editora Brasiliense, 1997.

18 Bower JE; Kemeny ME; Taylor SE; Fahey JL. Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and Aids related mortality among bereaved HIV-seropositive men. **J Consult Clin Psychol**. 1998; 66(6):979-986.

19 Buchalla CM. **A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a mortalidade masculina, de 20 a 49 anos, no Município de São Paulo:1983 a 1986.** São Paulo, 1991. [Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, USP]

20 Casali Oliveira MC. **Singularidades do Luto por Aids em Mulheres – As Viúvas da Aids.** São Paulo, 2000. [Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia Clinica da Pontifícia Universidade Católica deSP]

21 Catz S L, Meredith KL, Mundy LM. Women's HIV transmission risk perceptions and behaviors in the era of potent antiretroviral therapies. **AIDS, Education and Prevention,** 2001; 13(3): 239-251.

22 Centers for Disease Control and Prevention - CDC - HHS NEWS - U.S. Department of health and human services. **Aids Falls from Top Ten Causes of Death; Teen births, Infant Mortality, Homicide All Decline.** Atlanta; oct, 1998.

23 Centers for Disease Control and Prevention - CDC. HIV and AIDS – United States, 1981-2000. **MMWR.** June,2001; (50)nº21:430-433.

24 Centers for Disease Control and Prevention – CDC. The Global HIV and AIDS Epidemic,2001. **MMWR.** June, 2001; (50):434-439.

25 Centers for Disease Control and Prevention – CDC. First report of AIDS. **MMWR .** June,2001; (50):429.

26 Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Kaposis sarcoma and pneumocistis pneumonia among homossexual male residents of New York city and California. **MMWR.** May,1981; (30):305-308.

27 Centers for Disease Control and Prevention - CDC. A group of HIV positive women. **MMWR.** May,1999; (48):413-416.

28 Chaisson RE. Impact of opportunistic disease on survival in patients with HIV infection. **AIDS**; 12(1):29-33, jan 1.

29 Chen, Lincoln C, Amor JS, Segal SJ (Edit). **AIDS and Women's Reproductive Health.** New York: Plenum Press; 1991.

30 Correa S. "Saúde Reprodutiva", Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: Giffin K, Costa SH (Orgs) - **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

31 Downs AM, Vicenzi I . Probability of Heterosexual Transmission of HIV: Relationship to the number of unprotected sexual contacts. **Journal of AIDS and Human Retrovirology**. 1996; 11:388-395

32 European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS. **HIV/AIDS Surveillance in Europe**: Report nº 61, 30 June 1999.

33 Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. 2000;16(Supl.1):77-87.

34 Gallo RC, Popovic M, et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTLV-III)from patientes with AIDS and a risk for AIDS. **Science**. 1984; 224:500-503.

35 Giffin K. Beyond empowerment: heterosexualities and the prevention of AIDS. **Soc.Sci. Med.** 1998; 46(2):151-156.

36 Goldstein,D. Aids and Women in Brazil: the emerging problem, **Soc.Sci.Med.** 1994; Vol.39, nº 7, p 919-929.

37 Gollub E.L. Human rights is a US Problem, too: The case of women and HIV. **American Journal of Public Health.**1999; 89: 1479-1482.

38 Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, et al. Pneumocystis Carinii pneumonia and mucosal cadidiasis in previously healthy homossexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. **N Engl J Med.** 1981; 305:1425-1431.

39 Grangeiro A. O perfil sócio econômico dos casos de aids da cidade de São Paulo. In: Parker R. et al [Orgs]. **A Aids no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994. p91-125.

40 Greco DB. Ética, Saúde e Pobreza – As doenças emergentes no seculo XXI. **Bioética.** 1999; 7:189-198.

41 Greco DU. Epidemiological profile of women over age 15 at risk or infected with HIV in Belo Horizonte, Brazil – Jan.-Dec. 1996. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998, Anais.**

42 Green G. Sex, love and seropositivity: balancing the risks. In: Aggleton P., Davies P., Hart G.(eds). **AIDS: Safety, Sexuality and Risk.** London:Taylor & Francis; 1995.

43 Grillo Diniz S, Mello e Souza C, Portella A. Not like our mothers – reproductive choice and the emergence of citizenship among Brazilian rural workers, domestic workers and housewives. In: Petchesky R, Judd K (eds). **Negotiating Reproductive Rights.** London: Zed Books; 1998.

44 Guimarães CD. Mulheres, Homens e AIDS: o visível e o invisível. In: Parker R. et al [Orgs]. **A Aids no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994. p217-230.

45 Hankins C, Gendron S, Tran T et al. Sexuality in Montreal women living with HIV. **AIDS Care**. 1997; 9(3):261-71.

46 Heise LL, Elias C. Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. **Soc. Sci. Med.** 1995, Vol 40. N°7, p931-943.

47 Herriques HN. Prevention of AIDS among black women living in slums: A Latin-American experience. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998, Anais.**

48 Hunter DJ, Mati JK. Contraception, family planning, and HIV. **AIDS and Women's Reproductive Health.** Edited by Chen L.C. et al. Plenum Press, New York, 1991.

49 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico.** 1991.

50 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS epidemic update: December 2000. Global HIV/AIDS & STD Surveillance.** Geneva: UNAIDS; december.2000 .

51 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **El primer análises de la epidemia mundial, país por país, revela inquietantes diferencias com respecto al SIDA.** Geneva: UNAIDS; june,1998.

52 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Um nuevo informe de las Naciones Unidas para el día mundial de SIDA; advierte de que la epidemia de VIH es mucho peor de lo que se creía**. Paris; november, 1997.

53 Kalichman AO. Pauperização e banalização de uma epidemia. In: **Seminário Epidemiologia Social da AIDS, Anais.** Rio de Janeiro, 1994, p.20-26.

54 Kass NE. Policy, ethics, and reproductive choice: Pregnancy and childbearing among HIV infected women. **Acta Pediatr** 1994;(suppl 400):95-98.

55 Korn AP, Abercrombie PD. Gynecology and Family Planning care for the women infected with HIV. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.** 1997; 24(4):855-871.

56 Lackritz EM. Prevention of HIV transmission by blood transfusion in the developing world: achievements and continuing challenges. **AIDS**. 1998; 12 (Suppl A): S81-86.

57 Lei N.° 5.190 de 20 de junho de 1986. Dispõe sobre a realização de testes para detecção de anticorpos do virus da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS). **Pub. D.O.E. de 21/06/86.**

58 Lei N.° 7.649 de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade de cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a previnir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Pub. D.O.U. de 27/01/88.**

59 Lei N° 10.449 de 20 de dezembro de 1999. Institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis, em todo pré-natal realizado pelos serviços públicos e privados no Estado de São Paulo. **Pub. D.O.E. de 21/12/99.**

60 Lira MMTA. **Mortalidade Prematura no Município de São Paulo. Anos Potenciais de Vida Perdidos: 1980,1985,1990 e 1995.** São Paulo; 1998.[Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

61 Lyerly AD, Anderson J. Human immunodeficiency virus and assisted reproduction: reconsidering evidence, reframing ethics. **Fertil Steril.** 2001; 75(5):843-58.

62 Loyola MA (organizadora) , Giami A [et al]. **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.

63 Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Richard Parker, Jane Galvão, José Stalin Pedrosa (orgs da edição brasileira) – **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993, 275-300.

64 Martins TA, Queiroz TRB, Broutet N, Evangelista CN, Feitosa IS. Profile of the women with AIDS and the women consulted at STD clinics in Fortaleza, Ceara, Northeast Brazil. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998, Anais.**

65 Miller K, Rosenfield A. Population and women's reproductive Health: international perspective. **Annu. Ver. Public Health.** 1996. 17:359-82.

66 Ministério da Saúde - Coordenação Nacional DST/Aids - Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS ano XIV-nº02**. Brasília; abril a junho de 2001.

67 Ministério da Saúde - Coordenação Nacional DST/Aids e CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV /AIDS.** Brasília ; 2000.

68 Moatti JP, Souteyrand Y. HIV/AIDS social and behavioural research: past advances and thoughts about the future. **Social Science & Medicine**. 2000; 50:1519-1532.

69 Mocroft A, Vella S, Benfield TL et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA Study Group. **Lancet.** 1998; 352(9142):1725-1730.

70 Moore JS, Harrison JS, Doll LS. Interventions for Sexually Active, Heterosexual Women in the United States. In: Ralph J. Di Clemente and John L. Peterson(edit). **Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions**. New York: Plenum Press, 1994; p.243-262.

71 Paiva V. **Fazendo arte com camisinha: A história de um projeto de prevenção da AIDS para jovens.** São Paulo; 1996. [Tese de doutorado. Instituto de Psicologia USP].

72 Paiva V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In:Parker R, Barbosa RM. Aggleton P (eds). **Framing the Sexual Subject: the Politics of Gender, Sexuality and Power.** Berkeley: University of California Press (in press).

73 Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. 2000; 16(Supl. 1): 89-102.

74 Parker R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1994. Cap. 3. Abaixo do Equador: bissexualidade e AIDS no Brasil. p55-66. (História Social da AIDS;3).

75 Parker R. Sexo entre homens: Consciência da AIDS e comportamento Sexual entre os homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: Parker R. et al [Orgs]. **A Aids no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994. p129-149.

76 Piot P, Quinn TC, Taelman H, Minlangu KB, Wobin O, Mbendi N et al. Acquired immunodeficiency syndrome in a heterossexual population in Zaire. **Lancet**. 1984; July (14):65-69.

77 Plummer FA, Moses S, Ndinya-Achola JO. Factors affecting female-to-male transmission of HIV-1: Implications of transmission dynamics for prevention. **AIDS and Women's Reproductive Health.** Edited by Chen L.C. et al. Plenum Press, New York, 1991.

78 Quinn SC. AIDS and the African American Woman: The triple burden of race, class and gender. **Health Education Quarterly.** 1993. Vol. 20(3):305-320.

79 Rao VK. The impact of comorbidity on mortalidade following in-hospital diagnosis of tuberculosis. **Chest.** 1998; 114(5):1244-1252.

80 Rocha FMG. **Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória.** Rio de Janeiro, 1999. [Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública]

81 Ronald AR. Slowing heterosexual HIV transmission. **Infectious Disease Clinics of North America**. 1995; 9(2):287-296.

82 Sabino EC, Salles NA, Sáez-Alquézar A, Ribeiro-dos-Santos G, Chamone DF, Busch MP. Estimated risk of transfusion-transmitted HIV infection in São Paulo, Brazil. **Transfusion.** 1999; 39(10):1152-3.

83 Sadik N. Reproductive health/family planning and the health of infants, girls and women. **Indian J. Pediatr.** 1997, 64(6):739-44.

84 Santos NJS, Munhoz R. A aids entre as mulheres: reflexões sobre seus depoimentos. In: Parker R e Galvão J (orgs).**"Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil"**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará:ABIA:IMS/UERJ,1996; parte 2,cap 6:115.

85 Santos NJS. A Aids entre as mulheres no Estado de São Paulo. In: Parker R. e Galvão J. (orgs). **"Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil"**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará:ABIA:IMS/UERJ,1996; parte 1,cap 2:33.

86 Santos NJS, Paiva V, Ventura-Filipe E. HIV positive women, reproduction and sexuality in Sao Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**. 1998; Vol 6(12),p31-41.

87 Secretaria de Estado da Saúde de SP - Programa Estadual DST/AIDS - Vigilância Epidemiológica - **Boletim Epidemiológico ano XIX - nº1.** São Paulo; abril, 2001.

88 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Programa Municipal de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico de AIDS ano I - nº1.** São Paulo; 1997.

89 Siegel K, Lekas HM, Schrimshaw EW, Johnson JK. Factors associated with HIV infected women's use or intent to use AZT during pregnancy. **AIDS, Education and Prevention,** 2001; 13(3): 189-206.

90 Sorrentino SR, Lebrão ML. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. **Rev.Bras.Epidemiol** 1998; 1(3):256-267.

91 Stephenson JM, Griffioen A . The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. **AIDS** 1996, 10:1683-1687.

92 Sunderland MSW, Minkoff HL, Handte J, Moroso G, Landesman S. The impact of human immunodeficiency virus serostatus on reproductive decisions of women. **Obstet Gynecol.** 1992; 79:1027-31.

93 Szwarcwald CL, Andrade CLT, Castilho EA. Estimativa do número de orfãos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. 2000; 16(Sup.1): 129-134.

94 Szwarcwald CL, Bastos FI. AIDS e Pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. In: Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens.** Brasília, 1999. P.7-19.

95 U.S. Department of Health and Human Services – HIV/AIDS Bureau. **A guide to the clinical care of women with HIV.** Jean Anderson (edit). Preliminary edition. Washington: Government Printing Office, 2000.

96 Ueli Zelhveger J, Wang M R, Schrid B. The male IDU epidemic is closely linked to its secondary epidemic among heterossexual women in Europe. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998. Anais.**

97 Veloso VG. High prevalence of HIV infection in low income pregnant women in Rio de Janeiro – Brazil. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998, Anais.**

98 Vermelho L. Women with AIDS: transmission and prevention strategies. **12th World AIDS Conference, Geneva, June28-July3 – 1998, Anais.**

99 Villela WV, Barbosa R. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: Parker R., Barbosa RM (eds). **Sexualidades Brasileiras.** Rio de Janeiro. Relume-Dumará:1996.

100 Waldvogel B, Morais LCC. **Mortalidade por AIDS em São Paulo: dezoito anos de história.** In: Secretaria de Estado da Saúde de SP - Programa Estadual DST/Aids - Vigilância Epidemiológica -. **Boletim Epidemiológico ano XVI - nº2.** São Paulo; junho, 1998.

101 Waldvogel B, Morais LCC. **O cenário promissor da evolução da mortalidade por AIDS no Estado de São Paulo no final do século XX.** In: Secretaria de Estado da Saúde de SP - Programa Estadual DST/Aids - Vigilância Epidemiológica -. **Boletim Epidemiológico ano XX - nº1.** São Paulo; janeiro, 2002 (no prelo).

102 Weeks MR, Schensul JJ, Willians SS, Singer M, Grier M. AIDS prevention for African-American and latina women: Buiding culturally and gender appropriate intervention. **AIDS Education and Prevention**. 1995; 7(3):251-263.

103 Williams HA, Watkins CE, Risby JA. Reproductive decision-making and determinants of contraceptive use in HIV infected women. **Clinical Obstetrics and Gynecology.** 1996; 39(2):333-343.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

código da entrevistada:_____ data da entrevista:_____

entrevistador:_____local da entrevista:_____

duração:

1- IDADE_____ Data de nascimento, dia/mês/ano: ____ ___ ___

2- ORIGEM:

	Cidade e estado
a- Você nasceu onde?	
b- Seu pai nasceu onde?	
c- Sua mãe nasceu onde?	

d- Há quantos anos ultimamente você está em São Paulo? _____anos

3- RESIDÊNCIA:

a- Em que bairro você mora? _____

b- Você mora numa:

( ) 1-Casa de tijolo ( ) 2-Apartamento ( ) 3- Casa de madeira/ Barraco ( ) 4-Quarto

( ) 5-Casa de apoio

( ) 88-Outro: _____

c- Quantos cômodos tem sua casa? (contar: dormitório, sala, cozinha, banheiro)_____

4- RELIGIÃO

a- Qual sua religião?

( ) 1-Católico ou □
( ) 2-Espírita ou □
( ) 3-Evangélica/crente/protestante□
( ) 4-Umbanda/candomblé ou □
( ) 51-Recém convertida
( ) 52-Recém convertida
( ) 53-Recém convertida
( ) 54-Recém convertida
( ) 7-Não tenho religião
( ) 88-Outro _____
( ) 58-Recém convertida ao outr
( ) 77-Não Quis Responder

b- Qual a importância da religião em sua vida?

( ) 1-Muito importante ( ) 2-Importante ( ) 3-Pouco importante ( ) 4-Nada importante

5-COR RAÇA (documento)

a- Como você definiria sua raça/ cor?

( ) 1-Branca ( ) 2-Preta ( ) 3-Parda ( ) 4-Amarela ( )5- outra

6- EDUCAÇÃO, PROFISSÃO, RENDA, DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

a- Até que série você estudou? (anotar a serie do lado)_____

( ) 1-Não sabe ler nem escrever
( ) 2-Sabe ler e escrever sem ter ido a escola
( ) 3-Não completou a 4a serie
( ) 4-Completou a 4a serie
( ) 5-Não completou 8a serie
( ) 9-Completou 8a serie
( ) 10-Não completou o 3o colegial
( ) 11-Completou o 3o colegial
( ) 12-Universidade incompleto
( ) 13-Universidade completo
( ) 77-Não Quis responder

b- Atualmente você esta empregada?

( ) 1-Sim emprego ( ) 2-Sim/bico ( ) 3-Não desempregada ( ) 4-Não aposentada

( ) 5-Nunca trabalhei ( ) 6-Detenta ( ) 7-Estudante

c- Qual e a atividade emprego atual?

_____

d-O que você já fez? (anotar do lado algum detalhe)

( ) 2-Nunca trabalhei	( ) 8-Gerente/Empresaria	( ) 14-Noite / dança
( ) 3-Do lar dona de casa	( ) 9-No comercio (balcão, caixa)	( ) 15-Roça
( ) 4-Doméstica/diarista	( ) 10-Escritorio	( ) 16-Vendas/bico
( ) 5-Prostituta	( ) 11-Serviços (beleza, costura, etc.)	( ) 17-Superior/univ.
( ) 6-Detenta	( ) 12-Indústria (operaria)	( ) 88-Outras
( ) 7-Técnico/Magistério	( ) 13-Recepcionista telefone	( ) 77-Não Quis Respond

e- Quanto você ganha por mês?_(em Reais) ( ) 99-Não sabe ( ) 77-Não Quis

f- No último mês, quanto somou a renda de todos (incluindo você) que ganham dinheiro em sua casa?_____(em Reais) ( ) 99-Não sabe ( ) 77-Não Quis Responder

g- Quantas pessoas vivem com essa renda, incluindo você?_____

h- Então, quantas pessoas moram na mesma casa que você, incluindo você? _____

7-EVENTO ESTRESSANTE -questões sobre eventos estressantes

8-EVENTO SIGNIFICATIVO-questões sobre eventos significativos?

9-FAMÍLIA

a- Você tem filhos?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não ( ) 99-Não se aplica

b- Idade (No.)	c- Sexo (F/M)	d- Moram com você? (S/N)	e- HIV+ (S/N)

f- De quantas pessoas você cuida, excluindo você? (comida, roupa, limpeza, doença)_____

g- Alguem ajuda? ( ) 1-Sim Quem?_____( ) 2-Não

h- Você tem parceiro/a fixo/a? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

i-Como define seu "estado conjugal" / parceria sexual ?

( ) - mora junto

( ) - viuva de AIDS sem parceiro

( ) - casada

( ) - viuva - outros motivos - sem parceiro

( ) - namora ou caso fixo

( ) - separada sem parceiro

( ) - viuva de AIDS com novo parceiro

( ) - solteira sem parceiro

( ) -varios parceiros (mora junto casada/namora)

( ) - varios parceiros (solteira/viuva/separada)

j- Seu parceiro atual é positivo?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não ( ) 3-Não sabe ( ) 99-Não tem parceiro não aplica

10-PERCEPÇÃO DE RISCO, ESTIGMA E TESTE HIV

a-Você antes de ir fazer o teste já tinha pensado que podia ser positiva?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não

b-Por quê?_____

c- Há quanto tempo você sabe que é HIV+?_____

d- Como você ficou sabendo que era HIV? (anotar a história, mas as categorias que surgiram foram:_____

_____

e- Como você se sentiu?_____

f- Como se sentiu em relação ao marido / namorado / parceiro parceiros?

g- Qual você acha que foi o caminho do vírus até você?

( ) 1-Meu parceiro se infectou em transfusão
( ) 2-Meu parceiro usa/va drogas
( ) 3-Marido/namorado teve outros parceiros homens
( ) 4-Marido/namorado teve outras parceiras mulheres
( ) 5-Eu usei drogas injetáveis
( ) 6-Tive muitos parceiros
( ) 7-Recebi transfusão de sangue
( ) 8-Parceiro me contaminou não sei como ele pegou
( ) 9-Marido/namorado teve outros parceiros, não sei se homem ou mulher
( ) 10-Parceiro anterior a esse me infectou
( ) 99-Não sabe
( ) 88-Outro_____

h- Você fez o teste porque:

( ) 1-Médico pediu - porque parceiro HIV+/AIDS
( ) 2-Médico pediu - rotina pre-natal
( ) 3-Médico pediu - porque filho HIV/AIDS
( ) 4-Médico pediu - porque eu adoeci, fiquei com uma infeção
( ) 5-Fizeram sem me avisar
( ) 6-Firma exigiu
( ) 7-Doei sangue
( ) 8-Decidi ir fazer sem médico pedir/ percebi que tinha possibilidade de ter pego o HIV
( ) 9-Meu marido pediu
( ) 88-Outro

i- Antes de fazer o exame você:

( ) 1- Teve uma sessão de conversa com um profissional só sobre o teste
( ) 2- Uma sessão de grupo sobre o teste
( ) 3- O medico conversou bastante comigo
( ) 4- O medico conversou um pouco comigo
( ) 5- Não tive nenhum aconselhamento
( ) 88- Outro_____

j- Para receber o resultado do exame:

( ) 1- Fui sozinha
( ) 2- Fui com uma pessoa amiga ou da família
( ) 88- Outro_____

k- Ao receber o resultado:

( ) 3- Recebi o resultado do médico e ele procurou me ajudar
( ) 4- Recebi do médico e me senti mal tratada
( ) 5- Recebi do médico que me encaminhou para uma consulta com um outro profissional de saude psicólogo
( ) 6-Recebi de um outro profissional que me maltratou
( ) 7-Recebi de outro profissional que procurou me ajudar
( ) 8- Recebi uma carta no laboratório
( ) 9-Recebi do médico que me deu tratamento médico
( ) 88- Outro_____

Depois que você recebeu o resultado do exame, quanto tempo você levou para:

(88-Não contou 99-Não se aplica 111-Soube junto comigo)

l- contar para amigo/ amiga _____menos de 1 mês, ou _____meses

m- contar para alguém da família _____menos de 1 mês, ou _____meses

n- contar para parceiro/ marido _____menos de 1 mês, ou _____meses

o- contar para filhos _____menos de 1 mês, ou _____meses

p- Procurar apoio ?

1-Profissional de saúde. Qual?_____

2-Igreja religião

3-Grupo AIDS

88-Outro_____

11-HISTÓRIA SEXUAL, HISTÓRIA OBSTÉTRICA E CONTRACEPTIVA

Agora vamos falar um pouquinho de sua vida mais intima. Espero que você se sinta à vontade de falar sobre sexo, filhos comigo . . . Sente? O.K.

a- Você sente vontade de fazer sexo? (Investigar, porquês, comos)_____

b- Você tem alguma dificuldade ou dúvida nessa área?_____

c- Você tem relações sexuais com seu parceiro fixo (sobre outros parceiros a gente pergunta já)?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não ( ) 99-Não se aplica/não tenho parceiro

d- Com que freqüência?

( ) -Menos de uma vez por mês

( ) -+/- uma vez por semana

( ) -Não se aplica

( ) -De 1 a 3 vezes por mês

( ) -Mais de uma vez por semana

e- Vocês usam algum tipo de precaução contra o HIV? Qual?

( ) -Não

( ) -Sim, camisinha na maioria das vezes

( ) -Não se aplica

( ) -Não, somos os dois HIV -

( ) -Sim camisinha todas as vezes

( ) -Outro

( ) -Sim, camisinha raramente

( ) -Sim, fazemos sexo sem penetração

f- Se não, porque?_____

g- Você tem mais de um parceiro sexual? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

h - Se sim, com este(s) outro(s) você toma alguma precaução contra o HIV?

( ) 1-Não ( ) 4-Sim, camisinha na maioria das vezes ( ) 99-Nã

( ) 2-Não, somos os dois HIV+ ( ) 5-Sim camisinha todas as vezes ( ) 88-Ou

( ) 3-Sim, camisinha raramente ( ) 6-Sim, fazemos sexo sem penetração

i- Você pensa em ter filhos? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

j- Por quê?

_____

k- Como você acha que seria a reação das pessoas que te cercam se você decidisse ter filhos? (família, amigos, médicos, vizinhos, etc.)

_____

l- Você concorda com eles?_____

m- Você ficou grávida depois de estar HIV+? (Se ela já teve algum evento reprodutivo no período pós diagnóstico, levantar sobre o contexto da decisão de ter ou não ter o filho: como se sentiu, como reagiu o profissional de saúde, como reagiu família, como se sente agora)____

_____

n- Você usava algum método anti-conceptivo (explicar) para evitar filho antes de se saber portadora do HIV? ( ) 1-Sim
( ) 2-Não

o- Se SIM, Qual?

( ) 1-Condom ( ) 4-Pílula ( ) 7-DIU

( ) 2-Coito interrompido ( ) 5-Injeção hormonal ( ) 8-Vasectomia do parceiro

( ) 3-Tabela ( ) 6-Esterilizada ( ) 9-Diafragma

( ) 88-Outro_____

p- Você usou anti-conceptivo para evitar filho depois de se saber portadora do HIV?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não ( ) 99-Não aplica

q- Se SIM, Qual?

( ) 1-Condom ( ) 4-Pílula ( ) 7-DIU

( ) 2-Coito interrompido ( ) 5-Injeção hormonal ( ) 8-Vasectomia do parceiro

( ) 3-Tabela ( ) 6-Esterilizada ( ) 9-Diafragma

( ) 88-Outro_____

r- Alguma criança ou nene morreu? ( )1-Sim ( ) 2-Não

	de que?	quantos?	quando?
Expontaneo (- 7meses)			
Natimorto (+ 7meses)			
Neomorto (nasceu vivo e morreu)			
Viveu + de 28 dias e depois morreu			

s- Quantos abortos provocados? _____

t- Mais ou menos quantas vezes você fez pré-natal na sua última gravidez?

_____consulta(s) ( ) 99-Não aplica

u- Que idade você tinha quando você teve sua primeira relação sexual? _____

v- Você queria ter essa primeira relação sexual?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não ( ) 88-outro (qual?)___

x- Quantos parceiros sexuais você teve ate hoje?

( ) 99-Muitos, não sabe Exatos, _____ou, Mais ou menos_____

y- Quantos foram teu parceiro fixo (namorado, companheiro, marido, noivo)?_____

z- Na sua vida até hoje, você foi forçada a fazer sexo contra a sua vontade?

( ) 1-Muitas vezes, não lembro ( ) 2-Poucas vezes ( ) 3-Nunca ( )4 - Uma vez

w- Na sua vida até hoje, você foi forçada com violência a fazer sexo contra sua vontade?

( ) 1-Muitas vezes, não lembro ( ) 2-Poucas vezes ( ) 3-Nunca ( )4- Uma vez

ww- Foi com alguém que você conhecia antes?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não ( ) 99-Não se aplica

www- Porque você acha que isso aconteceu?_____

wwww- Você já fez sexo em troca de dinheiro, presentes , favores?

( ) 1-Muitas vezes, não lembro ( ) 2-Poucas vezes ( ) 3-Nunca ( ) 4- Uma vez

wwwww- Porque?_____

12-ACESSO E RELAÇÃO COM SISTEMA DE SAÚDE - questões relacionadas a satisfação e dificuldades no atendimento.

13-ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE OS CUIDADOS COM A SAÚDE

a- O que você acha que é ser portador do virus HIV?_____

b- O que você acha que é ter AIDS?

c- Você sabe o que é o exame de CD4? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

d- O que é?_____

e- Quando você fez o último exame de CD4?_____

f- Qual foi o resultado?_____ ( ) 99-Não sabe

g- Você sabe o que é o exame de carga viral? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

h- O que é?_____

i- Você já fez? ( ) 1-Sim Quando?_____( ) 2-Não

j- Qual foi o resultado?_____ ( ) 99-Não sabe

k- O que você acha que é o coquetel?_____

l- Quando é que você acha que alguém deve começar a tomar?_____

m- Você conhece os efeitos do remédio (benefícios, efeitos colaterais)?( ) 1-Sim( ) 2-Não

n- Quais são?_____

14-ADESÃO AS RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

a- Em termos gerais, nos últimos 30 dias, como descreveria seu estado de saúde?

( ) 1-Ótimo ( ) 2-Bom ( ) 3-Não muito bom ( ) 4-Ruim

Descreva seu estado de saude em palavras:_____

b- Como esteve seu apetite nos últimos 30 dias?

( ) 1-Ótimo ( ) 2-Bom ( ) 3-Não muito bom ( ) 4-Ruim

c- O que é uma refeição saudável para você?_____

d- Você comeu uma refeição saudável por dia (na última semana)?

( ) 1-Todos os dias ( ) 3- 2 a 3 vezes por semana ( ) 5-Nenhuma vez

( ) 2-Uma vez por semana ( ) 4- 4 a 5 vezes por semana

e- Porque você se alimentou assim?_____

f- Você tomou vitaminas ou suplementos de minerais nos últimos 30 dias?

g- Por quê?_____

h- Quais?_____

i- Você fez exercícios físicos nos últimos 30 dias? (Andar, aeróbicos, etc.)

j- Por quê?_____

k- Quais?_____

l- Quantas horas você dormiu por dia, na última semana? _____ horas

m- Consegue dormir bem? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não.

n- Porque não ou como consegue?_____

o- Você tomou alguma medicação indicada pelo seu médico?

( ) 1-Sim, tomei ( ) 2-Não tomei o que ele mandou ( ) 3-O médico não indicou

p- Você toma? Como (de quantas em quantas horas, quantos por dia)?

Anti-retrovirais.

q- Que efeito este remédio tem na sua saúde (especificar o remédio)?_____

r- Você organiza a sua alimentação em função dos remédios? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

Como?_____

s- Fez algum tratamento alternativo/caseiro? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não

t- Tomou alguma medicação de farmácia por conta própria?

( ) 1-Sim - Quem recomendou?_____( ) 2-Não

u- Em relação à medicação que tomou por conta própria, você informou o médico?

( ) 1-Sim ( ) 2-Não

v- Está usando outros métodos de tratamento e ajuda?(Oração, remédios espirituais, trabalhos de candomblé, visitas a espíritas) ( ) 1-Sim
( ) 2-Não

15-FONTES DE APOIO

a- Você pensa muito em que você é HIV+?_____

b- O que mantem você lutando?_____

c- Pensando em que exista a possibilidade de você faltar aos seus filhos, ja pensou como encaminhar as coisas em relação a eles?____
_____

d- O que você gostaria de receber como apoio, ajuda, colaboração, serviços para melhorar sua qualidade de vida?

e- Você pode dizer o que vem primeiro, segundo, terceiro, etc.???

f- Que tipo de apoio organizado você prefere (mais de uma opção):

( ) 1- Eu prefiro o mais perto possivel da minha casa.

( ) 2- Eu prefiro mais distante da minha casa.

( ) 3- Eu prefiro ajuda individual.

( ) 4- Eu prefiro me encontrar com um grupo.

( ) 5- Eu prefiro um grupo de mulheres.

( ) 6- Eu prefiro um grupo que tenha homens e mulheres.

( ) 88-Outro_____

g- Tem algum tipo de pessoa que não te deixaria confortável no grupo?_____

h- Agora eu vou ler para você o nome de alguns grupos de apoio e o que eles se propõe a fazer. Me diga o que você acha de cada um. (listar os que existem)_____OBRIGADA!!

ANEXO 2

Número do Prontuário: _____
Número da Entrevista: _____

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

A- Identificação e Proposta

Vera Paiva. Prof. Dra. da Universidade de São Paulo. a Dra. Naila Santos do CRTA (Centro de Referência e Tratamento em AIDS) e o Dr. Norman Hearst Universidade da Califórnia estão conduzindo este estudo para pesquisar diversos aspectos da infecção pelo HIV nas mulheres e as maneiras para apoiar as mulheres HIV positivas em São Paulo.

B- Convite e Recusa

Eu estou sendo convidada a participar deste estudo. assim como todas as mulheres que estão vindo neste período ao ambulatório do CRTA.

Eu sei que a participação neste estudo é absolutamente voluntária. Eu tenho o direito de recusar a participar ou desistir em qualquer ponto deste estudo. Minha decisão em participar ou não desta pesquisa não terá influência em meus direitos de ter um tratamento de saúde de boa qualidade e não prejudicará meu atendimento.

C- Procedimentos

Se eu concordar em participar deste estudo. o seguinte ocorrerá:

Uma entrevistadora irá me fazer perguntas previamente escritas num questionário. ela irá ouvir minhas respostas e anotá-las. Esta entrevista será realizada em um ambiente que somente eu e a entrevistadora escutemos o que eu estarei respondendo. As perguntas serão sobre meu estado de saúde. minha família e amigos, minha relação com o sistema de saúde. as situações boas e ruins que eu tenho enfrentado em relação ao HIV/AIDS e minhas práticas relacionadas a AIDS e reprodução. Algumas destas perguntas serão muito pessoais. incluindo questões sobre práticas sexuais. A entrevista terá duração aproximada de 1h30min.

Eu escolherei participar em um ou mais grupos oferecidos durante este estudo. O grupo será constituído das mulheres HIV positivas que são atendidas no CRTA. e que estão participando desta pesquisa. Uma ou mais facilitadoras da USP. do CRTA e do UCSF estará presente nos grupos.

Cada início de sessão de grupo. retomaremos o compromisso de respeito às diferenças de opinião. e de manter nomes e histórias compartilhadas. confidenciais.

Ao final. eu serei convidada a avaliar os grupos. como eles afetaram a minha vida e a relevância das questões trabalhadas no grupo. Discutiremos também a continuidade.

D- Risco/Desconforto

Não há nenhum efeito prejudicial antecipado em participar da pesquisa. Algumas perguntas são pessoais e delicadas. Se alguma questão me deixar chateada ou desconfortável. eu sou livre para me recusar a responder a qualquer momento.

Sigilo

Meus dados serão guardados e usados o mais confidencialmente possível. Nenhuma identidade pessoal será usada em qualquer relato ou publicação que possam resultar do estudo. Nenhum nome será associado ao questionário. O questionário terá um número nele e somente a Prof. Vera Paiva da USP terá acesso à lista que pode associar o número à pessoa. Esta lista ficará trancada em lugar diferente dos questionários. Os questionários serão destruídos depois que o estudo terminar.

E- Benefícios

Eu terei a oportunidade de receber sessão de aconselhamento e participar de um grupo de mulheres num periodo de maior conveniência para mim, sem estar em fila. Além disso eu receberei R$10,00 como reembolso por minha participação em responder o questionário.

F- Questão

Se eu tiver alguma questão ou comentários sobre a participação neste estudo, eu posso falar com a Prof. Vera Paiva, na Universidade de São Paulo (USP).

O endereço é:

Prof. Vera Paiva

Instituto de Psicologia USP- Av., Prof. Mello de Moraes, 1721- Cidade Universitária- São Paulo- 005508-900

O telefone do Instituto de Psicologia é #818-4184

G- Consentimento

Eu conversei com _____ sobre o estudo e foi dada uma cópia deste consentimento para mim. Eu entendi o que li ou o que ouvi e tive minhas perguntas respondidas. A participação neste estudo é voluntária. Eu sou livre para recusar estar no estudo ou desistir a qualquer momento. Minha decisão não irá afetar meus direitos de receber os serviços aqui ou em qualquer outro serviço público.

Data: ___/___/___

_____ Assinatura da Participante

_____ Consentimento recebido- Assinatura da entrevistadora

Endereço para o seguimento: