

ISSN 1413-9243



TEXTOS NEPO

78

CAMPINAS, OUTUBRO DE 2016



**GÊNERO, REPRODUÇÃO E INFECÇÃO PELO
HIV: RESULTADOS DO ESTUDO GENIH**

**REGINA MARIA BARBOSA
ADRIANA DE ARAUJO PINHO
CRISTIANE DA SILVA CABRAL**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Reitoria

Prof. Dr. José **Tadeu Jorge** – Reitor



Pró-Reitorias

Prof. Dr. Luis Alberto Magna - Pró-Reitor de Graduação

Profa. Dra. Rachel Meneguello - Pró-Reitor de Pós-Graduação

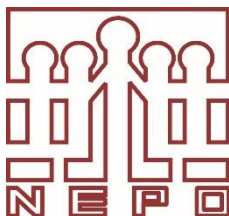
Profa. Dra. Gláucia Maria Pastore - Pró-Reitor de Pesquisa

Profa. Dra. Teresa Dib Zambon Atvars- Pró-Reitor de Desenvolvimento
Universitário

Prof. Dr. João Frederico da Costa Azevedo Meyer - Pró-Reitor de
Extensão e Assuntos Comunitários

Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa

Dr. Jurandir Zullo Junior



Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”

Dr^a **Marta Maria do Amaral Azevedo**- Coordenadora

Dr. **Alberto Augusto Eichman Jakob**- Coordenador Associado

Produção Editorial: NEPO-PUBLICAÇÕES

Editora dos Textos NEPO

Dr^a Gláucia dos Santos Marcondes

Dr^a Roberta Guimarães Peres

Dr^a Margareth Arilha

Edição de Texto: Preparação/Diagramação

Adriana Cristina Fernandes – cendoc@nepo.unicamp.br

Revisão Bibliográfica

Adriana Cristina Fernandes – cendoc@nepo.unicamp.br

FICHA CATALOGRÁFICA: Adriana Fernandes

Barbosa, Regina Maria; Pinho, Adriana de Araújo; Cabral, Cristiane da Silva.

Gênero, reprodução e infecção pelo HIV: resultados do estudo GENIH / Regina Maria Barbosa; Adriana de Araújo Pinho; Cristiane da Silva Cabral. – Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” / Unicamp, 2016.

20p.

(Gênero, reprodução e infecção pelo HIV: resultados do estudo GENIH, TEXTOS NEPO 78).

1. HIV. 2. Gênero. 3. Reprodução. 4. Título. 5. Série.

As afirmações e conclusões expressas nesta publicação são de responsabilidade exclusiva de seu(s) autor(es) e não refletem necessariamente a visão da instituição.

T

EXTOS NEPO - publicação seriada do Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” da UNICAMP - foi criado em 1985 com a finalidade de divulgar pesquisas no âmbito deste Núcleo de Estudos e Teses defendidas dentro do Programa de Pós-Graduação em Demografia do IFCH/UNICAMP.

Apresentando uma vocação de cadernos de pesquisa, até o presente momento foram publicados **setenta e oito números**, contando com este, relatando trabalhos situados nas áreas temáticas correspondentes às linhas de pesquisa do NEPO.

Os exemplares que compõem a série vêm sendo distribuídos para instituições especializadas na área de Demografia, ou mesmo dedicadas a áreas afins, no País e no exterior, além de ser objeto de constante consulta no próprio Centro de Documentação do NEPO. Essa distribuição é ampla, abrangendo organismos governamentais ou não governamentais – acadêmicos, técnicos e/ou prestadores de serviços.

A Coleção **Textos NEPO** também está acessível na homepage do NEPO, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepo.unicamp.br>.

Dr^a **Marta Maria do Amaral Azevedo**
Coordenadora

Dr. **Alberto Augusto Eichman Jakob**
Coordenador Associado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
SOBRE A METODOLOGIA DO ESTUDO GENIH.....	08
CONTEXTOS COMPLEXOS: SEMELHANÇAS E DISPARIDADES NAS TRAJETÓRIAS DE MULHERES VIVENDO E NÃO VIVENDO COM HIV/AIDS.....	09
APORTES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA E SAÚDE SEXUAL.....	17
REFERÊNCIAS.....	19

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma série de reflexões oriundas dos principais resultados de uma investigação recente intitulada “Estudo GENIH – Gênero e infecção pelo HIV: práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva” e seus desdobramentos para as políticas de saúde reprodutiva e sexual.

O estudo GENIH foi desenvolvido em um cenário político e social marcado por tensões e contradições. A partir da década de 1980, a emergência da epidemia de HIV/Aids trouxe mudanças importantes na forma de pensar e viver a sexualidade e a reprodução (VANCE, 1991).

Ao longo das últimas quatro décadas assistimos a diversas mudanças no perfil e características epidemiológicas do HIV/Aids. Se inicialmente delineou-se um quadro de vulnerabilidade à doença composto pelos então denominados grupos de risco, como os homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas e profissionais do sexo, não tardou para que se compreendesse que heterossexuais, sobretudo mulheres, também seriam atingidos.

Esse processo levou a diversas discussões sobre novos rumos da epidemia e, no contexto brasileiro, discutiu-se especialmente a sua feminização e pauperização. Atualmente observa-se uma “epidemia concentrada”, na qual os esforços de prevenção e controle priorizam populações-chave, a saber: jovens gays, transexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas privadas de liberdade.

A evolução da epidemia de HIV/Aids nos revela diferenças tanto quantitativas, quando observamos as mudanças no perfil epidemiológico dos que estão diretamente afetados pelo HIV, quanto qualitativas, sobretudo se analisada conjuntamente com outras dimensões sociais, tais como gênero, religião ou intervenções políticas nos programas de prevenção e controle da epidemia, por exemplo (ROSENTHAL; SCHEFFER, 2009). Emergem como temas centrais para o manejo de uma vida sexual saudável e segura, portanto, concepções como negociação sexual, sexo seguro, uso do preservativo como algo desejável, positivo e ligado à preservação da saúde (BARBOSA, 1999). Tais concepções se refletiram, por exemplo, numa ampliação importante do uso de preservativo na população brasileira, que aumentou de 4,6% em 1996 para 13% em 2006 (PERPÉTUO; WONG, 2009).

Ao mesmo tempo em que a epidemia de Aids imprimia tais mudanças, intervenções políticas no campo das práticas reprodutivas foram implementadas no Brasil no final da década de 1990, cuja análise é igualmente central para a compreensão do cenário institucional no qual as mulheres, e em especial aquelas vivendo com HIV, decidem os rumos de suas trajetórias reprodutivas. A Lei de Planejamento Familiar, promulgada em 1996 – implementada de maneira independente, mas coincidente à ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção da infecção

pelo HIV –, possibilitou pela primeira vez acesso gratuito aos métodos de planejamento reprodutivos, incluindo a esterilização masculina e feminina. Nesse sentido, estabeleceu regras explícitas para o recurso a esse procedimento, o que concorreu para a diminuição da prevalência da laqueadura tubária entre mulheres unidas em idade reprodutiva observada no país entre 1996 e 2006, de 38,5% para 25,9% (PERPÉTUO; WONG, 2009).

Em grande medida, os notáveis avanços terapêuticos obtidos ao longo destas últimas décadas possibilitaram uma sobrevida cada vez maior às pessoas vivendo com HIV. No Brasil, o tratamento ofertado pelo governo federal encontra-se disponível gratuitamente nos serviços públicos de saúde, implementado especialmente entre 1996 e 2000. Não por acaso, portanto, também registramos importante decréscimo das taxas de transmissão vertical do HIV, bem como diminuição da mortalidade e da morbidade associadas à infecção pelo HIV. Esses aspectos imprimiram novos contornos à epidemia e, desde a última década, fala-se em cronificação do HIV/Aids no Brasil.

No que diz respeito à população feminina, os avanços nas tecnologias de tratamento e prevenção do HIV mudaram o contexto no qual as mulheres realizam suas decisões reprodutivas, permitindo, entre outras coisas, que as mulheres vivendo com HIV possam optar por ter ou não filhos, num cenário em que intervenções apropriadas podem reduzir o risco de transmissão vertical para menos de 1%¹. Assim, avanços recentes no conhecimento científico trazem para o cenário a possibilidade de ter a epidemia sob controle. Trata-se de um novo momento no curso da epidemia que aporta outros desafios, sobretudo no que concerne ao impacto da infecção sobre a vida íntima das pessoas e à (re)organização de suas biografias afetiva, sexual e reprodutiva.

O estudo GENIH se inscreveu nesse novo momento, ao investigar a inter-relação entre contextos de vida e infecção pelo HIV na determinação das trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids, comparando-as com mulheres não vivendo com HIV/Aids. Seus resultados trazem, portanto, contribuições para o campo dos estudos de população e iluminam processos dificilmente captados pelas análises demográficas realizadas no nível macro – processos estes igualmente centrais na conformação de fenômenos que vão garantir em menor ou maior grau a saúde da população, e em especial da feminina, e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A linha de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Núcleo de Estudos de População Elza Berquó se encontra identificada com tal perspectiva política e ética.

¹ Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP (2015).

SOBRE A METODOLOGIA DO ESTUDO GENIH

O estudo caracterizou-se por uma investigação quantitativa de natureza transversal, conduzido no município de São Paulo entre 2013 e 2014, em que se compararam duas amostras probabilísticas de mulheres entre 18 e 49 anos vivendo e não vivendo com HIV/Aids. Vale esclarecer que o estudo não realizou teste anti-HIV para confirmação do status sorológico, uma vez que é o conhecimento que a mulher tem a esse respeito o elemento de *turning point*, ou seja, o que demarca o “antes” e o “depois” da descoberta da infecção. Por essa razão, foi utilizada a denominação mulheres não vivendo com HIV (MNVHA) para se referir àquelas entrevistadas nas unidades básicas de saúde, em contraposição às vivendo com HIV/Aids (MVHA).

As MVHA foram selecionadas a partir de uma amostragem complexa realizada nas 18 unidades públicas de saúde de referência que prestam atendimento às mulheres vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo. As MNVHA foram selecionadas também a partir de uma amostragem complexa, sorteando-se, primeiro, uma amostra de 38 unidades básicas de saúde, localizadas nas mesmas coordenadorias de saúde das unidades selecionadas para a amostra de MVHA. Posteriormente, em cada unidade de saúde, as mulheres foram selecionadas, sistematicamente, por meio de uma listagem de sorteio com o intervalo amostral pré-definido. Estimou-se uma amostra de 1.000 mulheres em cada grupo e, ao final do trabalho de campo, foram realizadas 975 entrevistas com MVHA e 1.003 com MNVHA.

A coleta de dados foi feita por meio de questionário eletrônico sociocomportamental aplicado por uma entrevistadora treinada, com auxílio de um *netbook*. O questionário foi desenvolvido com base em temas centrais, relativos aos aspectos reprodutivos e contraceptivos, de forma a reconstruir a trajetória biográfica das mulheres.

Um componente de investigação qualitativa (observação e entrevistas individuais com profissionais de saúde envolvidos na assistência direta à MVHA) também foi desenvolvido com vistas a fazer uma caracterização geral dos serviços de atendimento a MVHA e a fornecer subsídios para as discussões sobre os planos institucionais e programáticos relacionados aos processos decisórios e aos comportamentos reprodutivos e contraceptivos.

O estudo foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa das instituições participantes e conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque, observando ainda os requisitos da Resolução 466, estabelecida em 2012 pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

CONTEXTOS COMPLEXOS: SEMELHANÇAS E DISPARIDADES NAS TRAJETÓRIAS DE MULHERES VIVENDO E NÃO VIVENDO COM HIV/AIDS

Considerando o contexto discutido anteriormente, o estudo GENIH trouxe aportes para se pensar as políticas públicas de saúde voltadas tanto às MVHA quanto às MNVHA. Um deles consiste na identificação de distinções importantes com relação a situações e eventos nas trajetórias afetivas, sexuais, reprodutivas e sociais das MVHA atendidas nos serviços de referência no município de São Paulo, quando comparadas as MNVHA usuárias de serviços públicos de saúde no mesmo município. Por meio de um modelo de regressão múltipla foi possível ajustar as proporções de determinados marcadores de vulnerabilidade por idade, escolaridade e cor da pele. Os resultados mostraram que as MVHA apresentam trajetórias de maior exposição a situações de vulnerabilidade individual, social ou programática quando comparadas às MNVHA, que são compartilhadas apenas por uma parcela das mulheres atendidas em serviços públicos de atenção básica.

No que tange às trajetórias sexuais e reprodutivas, as MVHA tendem, por exemplo, a iniciar a vida sexual mais cedo (até os 15 anos) e com parceiros mais velhos do que MNVHA, aspecto também observado em outros estudos (SANTOS et al., 2009; TEIXEIRA et al., 2013). Nesse sentido, as desigualdades de gênero, já bastante estudadas (LUKE, 2005; JEWKES; MORRELL, 2012), resultam em maior risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), dificultam a negociação sexual e o uso de formas de prevenção e contracepção. Com a iniciação sexual precoce, as MVHA acabam sendo também expostas não apenas ao risco de IST, como também a um maior risco de gestações na adolescência comparativamente às MNVHA. Embora a primeira gravidez, na maioria dos casos, ocorra em idade jovem (entre 18 e 24 anos) para ambos os grupos, a probabilidade das MVHA relatarem a primeira gestação antes dos 20 anos foi maior. Cerca de 60% das MVHA assim a reportaram. A gravidez na adolescência vem sendo descrita como fenômeno mais prevalente entre as mulheres com escolaridade e renda familiar *per capita* baixas e negras (HEILBORN et al., 2006). No estudo GENIH, observou-se que, mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e cor da pele, as diferenças na fecundidade em idade jovem se mantiveram entre os grupos, sugerindo que outros fatores, como diferenciais no conhecimento e acesso a formas eficazes de gestão de riscos sexuais e reprodutivos durante a adolescência, estejam mais presentes na trajetória das MVHA.

A probabilidade de ter mais de dois parceiros na vida e filhos biológicos de mais de um parceiro ao longo da trajetória reprodutiva – ou “multipartnered fertility”, como tem sido nomeado pelos estudos demográficos (FOMBY; OSBORN, 2013; CARLSON; FURSTENBERG, 2006) – também foi significativamente maior entre MVHA, em torno de 50%, comparando com

MNVHA. Ter filhos com mais de um parceiro nas trajetórias reprodutivas de homens e mulheres tem se mostrado associado a episódios pregressos, como idade precoce no início da vida sexual e reprodutiva, gravidez não planejada (CARLSON; FURSTENBERG, 2006), além de ser mais comum entre famílias mais pobres e negras (GUZZO, 2014). No caso das MVHA, a morte do parceiro decorrente de Aids é uma dimensão adicional desse cenário.

Os aspectos aqui ressaltados são, a um só tempo, resultantes e iluminadores das experiências distintas no campo sexual e reprodutivo entre os dois grupos. As trajetórias sexuais e reprodutivas são atravessadas, direta ou indiretamente, por outras situações que demarcam o leque de vulnerabilidades das MVHA, tais como maior uso de drogas e relações com parceiros usuários de drogas, e maior experiência pregressa de sexo em troca de dinheiro, comparativamente às MNVHA, dados que corroboram análises conduzidas em 2009 (SANTOS et al., 2009).

Outro dado extremamente relevante, nos dois grupos de mulheres, foi a magnitude da experiência de ter sofrido violência física e/ou sexual e por parceiro íntimo, porém com MVHA apresentando probabilidade muito maior de já terem sofrido violência. Aproximadamente metade das MVHA relatou violência física e 20% violência sexual. Vários estudos têm mostrado o risco aumentado para IST/HIV entre mulheres que sofrem violência física e/ou sexual (WU et al., 2006; JEWKES et al., 2010), assim como para outros eventos relacionados às trajetórias reprodutivas das mulheres, como gestações não desejadas/planejadas e aborto induzido (PALLITTO et al., 2012).

Ao analisarmos o contexto de testagem e diagnóstico dessa amostra de MVHA e MNVHA, evidenciou-se que o pré-natal (PN) é, de fato, a principal estratégia estruturada de diagnóstico precoce para a população feminina. Entre as usuárias da atenção básica, a testagem no PN e no parto respondeu por 65% das sorologias realizadas; em contraposição, apenas 10% realizaram a testagem por solicitação de um profissional de saúde fora do PN e do parto. O restante realizou o teste anti-HIV por iniciativa própria ou durante campanhas. Com relação à cobertura da testagem na atenção básica, é importante ressaltar que, embora alta, 83% destas já haviam feito o teste; ao considerar apenas as mulheres que nunca engravidaram, observa-se uma cobertura muito menor: 50,3% nunca tinham feito o teste anti-HIV.

Por outro lado, a análise das circunstâncias do diagnóstico das MVHA demonstra que a testagem no PN foi capaz de identificar apenas um terço das infecções pelo HIV e que a procura do teste em função de sintomatologia de Aids, dado fortemente indicativo de diagnóstico tardio, foi responsável por 22% dos diagnósticos realizados, proporção que se manteve inalterada quando a análise considerou a década em que ocorreu o diagnóstico. Em outras palavras, a

testagem no PN como única estratégia estruturada para a população feminina não foi capaz de diminuir de forma importante o diagnóstico tardio.

A centralidade do diagnóstico de HIV no período gravídico, reiterada pelos resultados do estudo GENIH, traz algumas reflexões sobre como as políticas de saúde voltadas para a população feminina são estruturadas e reverberam para a atenção de MVHA.

A dimensão da atenção integral à saúde da mulher foi, a um só tempo, uma conquista e um desafio colocado para as políticas públicas voltadas ao público feminino desde a construção do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), na década de 1980. Por um lado, a proposta de focar a saúde da mulher numa perspectiva integral foi amplamente celebrada e implicou pensar a assistência à saúde da mulher para além do período gravídico-puerperal, transcendendo assim uma visão tradicional e restrita da mulher como bastião da função “reprodutora” dos corpos e da sociedade. Por outro lado, a ruptura com tal concepção impõe desafios à formulação de políticas públicas e, nesse sentido, temos assistido a alguns reveses nos últimos anos. Citamos, por exemplo, a focalização recente da assistência à mulher no âmbito do que foi denominado “Rede Cegonha”, um conjunto de ações emanadas da esfera federal de governo com clara priorização dos esforços públicos, não apenas em direção a um período específico do percurso de vida das mulheres, mas também voltados para aquelas que engravidam e que levam uma gestação a termo, sendo o objetivo último a garantia da melhor condição de saúde possível da prole.

Mais recentemente, assistimos à emergência de uma nova epidemia que, apesar de afetar toda a sociedade, coloca no centro das atenções as mulheres em idade fértil. As primeiras “medidas” adotadas pelas políticas públicas diante do cenário da infecção pelo Zika vírus foram no sentido de um chamamento, direcionado, sobretudo, às mulheres², para que elas adiassem a gravidez e/ou utilizassem repelentes e/ou roupas que cobrissem a maior parte de seus corpos.

Até o momento, as iniciativas governamentais têm sido centradas nas mulheres, que se tornam as responsáveis por evitar sua infecção e, em decorrência, a possibilidade de ter seus bebês com síndrome congênita do Zika. Mais tímidas têm sido as ações dirigidas àquelas que foram ou estão sendo afetadas pela epidemia – ou seja, as mulheres cujos bebês apresentam complicações por tal infecção veem-se sozinhas nos cuidados com a prole, seja porque são abandonadas por seus parceiros³, seja em função da falta de assistência estruturada por parte dos poderes públicos.

² Ver a esse respeito: Disponível em: <<http://temas.folha.uol.com.br/zika-e-microcefalia/dilemas-da-gestacao/surto-faz-quatro-paises-da-america-latina-recomendarem-evitar-gravidez.shtml>>.

³ Ver a esse respeito: Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,homens-abandonam-maes-de-bebes-com-microcefalia-em-pe,10000014877>>.

Dessa forma, a proposta e o desafio da integralidade à saúde da mulher são reiteradamente subtraídos da atenção que geralmente lhe é ofertada. A Rede Cegonha, o enfrentamento da epidemia do Zika vírus e a focalização da testagem para o HIV no PN são exemplos disso.

Assim, olhando para o âmbito dos serviços de saúde, outras oportunidades, para além do PN – como o rastreamento para câncer de colo do útero, o planejamento reprodutivo e o serviço e programas de atendimento a mulheres em situação de violência –, deveriam se constituir em pontos-chave na rede de atenção/cuidado ao HIV, com estratégias integradas e integrais no atendimento a mulheres e homens (BARBOSA, 2003).

Outros aportes do estudo GENIH se referem especificamente a questões relacionadas às práticas reprodutivas. A alta proporção de gestações não planejadas observada, antes e depois do diagnóstico de HIV, sugere a manutenção de um perfil caracterizado por dificuldade no planejamento da vida reprodutiva, ao mesmo tempo em que questiona a ênfase conferida pelos serviços e profissionais de saúde ao preservativo como o único método contraceptivo a ser usado pelas MVHA. O preservativo foi reportado por 70% das mulheres sexualmente ativas em uso de contracepção, e uma parte importante das gestações não planejadas ocorre no contexto de uso do preservativo. Os outros métodos utilizados são a laqueadura (15%), a vasectomia (3%) e a contracepção hormonal (12%), sugerindo a existência de acesso a um mix restrito de métodos contraceptivos, a despeito da remoção das restrições ao uso da contracepção hormonal e ao DIU por MVHA, ocorrida em 2012 pela OMS (WHO, 2012).

Os resultados referentes à análise do uso de contracepção de emergência (CE) apontam na mesma direção e sinalizam menor uso desse método entre MVHA (28%) em comparação às MNVHA (42%), diferença que se manteve após ajuste de modelo de regressão logística múltipla por idade, escolaridade, cor da pele e situação conjugal. Em ambos os grupos, seu uso tende a ser maior entre as mulheres com idades entre 18 e 34 anos, entre mulheres que possuem níveis de escolaridade maiores e entre as que declaram ter parceiro estável, seja sem ou com coabitação. O menor uso de CE entre as MVHA, em especial entre aquelas com menor escolaridade, mais velhas e sem parceiro, pode estar indicando dificuldades específicas de acesso dessa população ao método. O fato de a CE ser um artifício que pode ser usado após uma relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida torna-o, sem dúvida, uma alternativa que amplia, se bem utilizado, a segurança da prática contraceptiva. Tal característica, vale ressaltar, é particularmente importante para usuários de preservativos, como é o caso das pessoas vivendo com HIV.

O acesso precário à contracepção, a falta de informações sobre como evitar a gravidez e a falta de acesso ao aborto seguro são fatores associados com maior prevalência de

esterilização feminina entre as mulheres que vivem com o HIV, de acordo com estudos realizados no Brasil (HOPKINS et al., 2005; BARBOSA et al., 2009). Em 1996, a Lei de Planejamento Familiar legalizou a prática da esterilização e estabeleceu orientações explícitas para o seu uso. Internacionalmente, os estudos mostram resultados divergentes com relação ao tema. Maiores taxas de aborto, declínio nas taxas de fecundidade e aumento da esterilização voluntária entre MVHA foram observados por alguns deles (THACKWAY et al., 1997; FIGUEROA-DAMIAN; VILLAGRANA-ZESATI, 2001), enquanto o oposto foi apontado por outros (KLINE; STRICKLER; KEMPF, 1995; VINCENZI et al., 1997; SMITS et al., 1999).

No Brasil, os poucos estudos sobre o tema têm sugerido taxas mais elevadas de esterilização entre as mulheres HIV positivas em comparação às HIV negativas ou não testadas (BARBOSA et al., 2009; HOPKINS et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2007).

Um deles também indicou acesso diferenciado das mulheres à esterilização, dependendo do posicionamento dos profissionais de saúde com relação à esterilização e aos direitos reprodutivos das pessoas vivendo com HIV/Aids (KNAUTH; BARBOSA; HOPKINS, 2003). Além disso, dois desses estudos mostraram que a maioria das mulheres esterilizadas após o diagnóstico do HIV havia realizado o procedimento no pós-parto durante uma cesariana (HOPKINS et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2007). Tal evidência, no entanto, refere-se principalmente ao período anterior à implantação da prevenção da transmissão vertical e da Lei de Planejamento Familiar ou, no máximo, ao início da sua implementação.

Contribuindo para essa discussão, o estudo GENIH acrescenta outros aspectos ao conhecimento atual. Ele fornece, pela primeira vez, estimativas de risco de laqueadura após o diagnóstico do HIV em comparação com mulheres que não vivem com o HIV, por meio de análise longitudinal. Além disso, foi possível estimar o risco associado à laqueadura de intervalo⁴ e aquela realizada no pós-parto em geral ou apenas por cesárea.

Os resultados do nosso estudo indicam não haver diferença estatisticamente significativa entre as MVHA e MNVHA (Barbosa *et al.*, no prelo) no que concerne à realização de laqueadura. No entanto, modelando o risco de esterilização pós-parto separadamente do procedimento de intervalo, observa-se um cenário mais complexo. Em consonância com estudo realizado entre a população feminina brasileira entre 15 e 44 anos (AMARAL; POTTER, 2015), a probabilidade de obter uma laqueadura de intervalo é drasticamente menor quando comparada à laqueadura pós-parto, tanto para as mulheres vivendo quanto para as não vivendo com HIV.

⁴ Laqueadura de intervalo consiste no procedimento realizado em um momento não relacionado ao parto, seja ele vaginal ou cesáreo.

No entanto, para as MVHA, a probabilidade é menor ainda, o que pode indicar uma dificuldade de acesso específica nesse grupo.

O inverso é observado no que diz respeito à esterilização pós-parto. A probabilidade de obter uma esterilização pós-parto é significativamente maior entre as mulheres que vivem com o HIV. Poder-se-ia supor que o risco maior observado entre as MVHA é função da maior prevalência de partos cesáreos nesse grupo. Entretanto, vale ressaltar que o aumento do risco se mantém quando a análise considerou apenas o procedimento feito por cesariana.

Dessa forma, é possível sugerir a existência de um risco aumentado de laqueadura pós-parto para mulheres vivendo com HIV, que não pode ser creditado apenas a uma maior prevalência de cesariana nesse grupo. Em outras palavras, parece haver uma “facilitação” no acesso à laqueadura pós-parto no grupo de MVHA. Até que ponto essa “facilitação” seria uma expressão de preconceito oculto (mas ainda eficaz) com relação à maternidade ou de uma maior solidariedade dos profissionais de saúde com as mulheres vivendo com HIV é uma questão em aberto. Ambos os casos, no entanto, refletem a possibilidade de reinterpretação da lei de modo a torná-la mais flexível a determinados contextos – processos que são realizados no nível institucional pelos atores envolvidos no cotidiano de cuidado à saúde.

Nesse ponto cabe mencionar que o estudo não se ateve somente à perspectiva das mulheres, mas buscou abordar o ponto de vista de profissionais de saúde que lidam em seu cotidiano de trabalho com pessoas vivendo com HIV/Aids e que podem, pela posição hierárquica e de saber que ocupam, exercer importante papel nos processos decisórios sobre a carreira reprodutiva dessas mulheres. A associação de um componente qualitativo à pesquisa transversal mais ampla trouxe para a análise outros elementos presentes no complexo universo inter-relacional entre profissionais de saúde e usuários.

Uma das questões que frequentemente os pesquisadores da área dos direitos reprodutivos precisam enfrentar relaciona-se às transmutações que as normatizações e uniformização do atendimento segundo as diretrizes do SUS sofrem no cotidiano dos serviços. As diferenças entre o que é preconizado no plano normativo e o que de fato transcorre no plano das ações e intervenções práticas demandam reflexões acuradas. Trata-se, em certa medida, das interveniências que os valores, os conflitos, as ambiguidades, as idiossincrasias – individuais e/ou institucionais – têm sobre o processo de cuidado em saúde, tornando-o ainda mais complexo e heterogêneo. Sua compreensão exige, portanto, do ponto de vista teórico, transcender a dimensão individual da “escolha” e da autonomia reprodutiva (ou autodeterminação reprodutiva feminina), colocando em cena os aspectos individuais (seja dos usuários ou dos profissionais de saúde), mas também os sociais e os programáticos/institucionais que compõem a produção do cuidado e assistência à saúde.

Nesse sentido, três aspectos, relacionados entre si, emergiram nas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam na rede especializada de atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids: o modo como lidam com a cogitação da possibilidade de gravidez; os silenciamentos referentes às práticas contraceptivas e a invisibilidade da demanda por laqueadura tubária.

É incontestável que a cronificação da epidemia, as novas tecnologias de tratamento e a diminuição da transmissão vertical trouxeram uma nova configuração para os direitos reprodutivos das pessoas vivendo com HIV/Aids. Se outrora a possibilidade de ter filhos era rechaçada, atualmente há certo consenso e legitimidade do desejo reprodutivo, com a condição de que a gravidez seja planejada. As dimensões de planejamento e controle, tão caros à saúde pública, se estabelecem plenamente quando o assunto é gravidez, pois “concepção planejada é também uma forma de prevenção da transmissão vertical”. O planejamento está diretamente associado à diminuição dos riscos de infecção, medidos de maneira objetiva, principalmente pela contagem de células CD4 alta e carga viral indetectável.

Todavia, há diversas posturas quanto à abordagem do desejo reprodutivo durante as consultas. Mesmo considerando a legitimidade do direito reprodutivo, a maioria dos profissionais não aborda diretamente a questão como parte integrante da consulta de rotina, esperando que a paciente eventualmente apresente tal demanda, pois existem “muitos outros assuntos importantes para tratar durante as consultas”. Os temas da concepção e da anticoncepção ficam em segundo plano, tendo em vista que a “prioridade máxima” deve ser dada ao uso do preservativo.

Além disso, esse tipo de assunto é visto pela maioria dos médicos infectologistas como “responsabilidade do ginecologista”. Contudo, quando a questão emerge, são “fornecidas as orientações”: são abordadas as condições sociais e econômicas, perpassando principalmente pela reflexão sobre a “estrutura familiar” e se a mulher “tem companheiro”, formas de avaliação da equipe multiprofissional se “as condições da concepção são favoráveis”.

A ideia do desejo reprodutivo inviabilizado pelo diagnóstico ainda está presente na conduta de muitos profissionais, seja através do silêncio sobre o tema durante as consultas, seja pelo seu oposto, colocando a dimensão do planejamento da gravidez e o controle da infecção como condições necessárias para a sua realização. Não surpreende, portanto, as narrativas dos profissionais de que “as mulheres simplesmente chegam grávidas”, sem uma conversa “prévia”, ou, ainda, a constatação de altos percentuais de gestação não planejada observados em nosso estudo: 70% das gestações ocorridas depois do diagnóstico de HIV não foram planejadas.

Ficou ainda evidente a reticência de muitos profissionais em colocar abertamente questões sobre métodos contraceptivos durante as consultas: por um lado, já há um excesso de medicamentos prescritos; por outro, temem que a utilização de um contraceptivo hormonal de

uso contínuo “abra a possibilidade do não uso do preservativo” nas relações sexuais. Assim, parece haver uma tensão no que tange ao planejamento reprodutivo e à conduta profissional: a anticoncepção está sob forte silenciamento, enquanto a possibilidade de gravidez, quando previamente colocada, encontra-se sob forte escrutínio e controle dos riscos.

Com a cronificação da epidemia, a legitimidade do desejo reprodutivo também sofreu alterações. Apesar de não ser consensual, há uma mudança em curso sobre o posicionamento do profissional quanto ao “interdito” da maternidade, pois “agora” ela se tornou possível. Ainda que minoritário, o discurso contrário à maternidade persiste, seja porque pode representar complicações para a saúde da mulher, seja porque sempre há algum risco, ainda que mínimo, de transmissão vertical do HIV.

Por último, interessa abordar a invisibilidade pela demanda da esterilização nos serviços que prestam assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/Aids – dimensão trazida pelo componente qualitativo da investigação. Nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados, a menção sobre a quase ausência de demanda nos serviços pela realização de ligadura tubária e vasectomia é marcante.

Uma das dimensões assinaladas diz respeito à excessiva burocracia no processo de obtenção da esterilização. São diversos atores e etapas envolvidos nesse percurso: o grupo de aconselhamento reprodutivo, reunião com parceiro, avaliação psicológica, conversa com o serviço social, consulta com o médico, infectologista e ginecologista. As descrições sobre o processo “burocrático” ou institucional para obtenção da laqueadura tubária são permeadas por termos como “dificultar” ou “facilitar” a sua realização. Ao que parece, os critérios relacionados para a sua “permissão” estão fortemente vinculados às leituras que os profissionais fazem dos protocolos normativos sob as lentes das suas próprias concepções pessoais sobre o que é ou não aceitável segundo o perfil das pacientes.

Não há dúvida de que a maior busca pela realização da laqueadura tubária *versus* a vasectomia está marcada por constrangimentos de gênero. Além da dimensão da contracepção e do controle da reprodução terem sido historicamente construídos como de responsabilidade (unicamente) feminina, a negociação da vasectomia esbarra na resistência masculina quanto a sua aceitação (OUDSHOORN, 1999; 2003). Assim, a esterilização, a despeito da inflexão que a infecção do HIV possa ter causado na trajetória de uma pessoa portadora do vírus, permanece sendo feminina. Tais aspectos identificados pelo componente qualitativo do estudo não só se alinham perfeitamente aos resultados quantitativos, como conferem maior poder de compreensão às análises realizadas.

APORTES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA E SAÚDE SEXUAL

Do ponto de vista das políticas de saúde, os resultados descritos anteriormente fornecem uma série de elementos para o realinhamento das estratégias de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids entre as mulheres, entre os quais destacaríamos:

1. A imprescindibilidade de pensar em linhas de cuidado para MVHA considerando as trajetórias ligadas à reprodução e à sexualidade e vice-versa. De forma similar, sinalizam também a inviabilidade de construir linhas de cuidado para as mulheres da população em geral sem integrar serviços de prevenção em saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção e o cuidado relacionados às IST/HIV/Aids;
2. A estruturação de estratégias e a criação de oportunidades de testagem anti-HIV para a população feminina, para além do seu oferecimento no pré-natal e no parto;
3. A ampliação da informação e do acesso a um maior leque de métodos anticoncepcionais para MVHA, baseada na estratégia de dupla proteção, mediante o uso de contraceptivos eficazes e do preservativo. No atual contexto da terapia antirretroviral (TARV) como prevenção, o uso do preservativo tende a diminuir no futuro e a promoção de métodos de dupla proteção expandirá as escolhas em relação aos direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV;
4. Os esforços para expandir o mix de métodos contraceptivos devem incluir também o acesso à esterilização masculina. Apesar dos resultados mais recentes, que mostram uma tendência crescente de recurso à vasectomia, esse procedimento ainda está restrito a determinados grupos populacionais, especialmente os mais escolarizados e residentes dos grandes centros urbanos;
5. A promoção de alterações das normas legais e procedimentos institucionais, a fim de facilitar o acesso à esterilização de intervalo para as mulheres em geral e a retomada da discussão acerca da elegibilidade das mulheres HIV positivas para a esterilização pós-parto;
6. A necessidade de pensar conjuntamente estratégias que visem à redução/eliminação de barreiras estruturais que impedem o pleno exercício e autonomia em saúde, reprodução e sexualidade, tais como a desigualdade e a violência de gênero, a pobreza, o estigma e o preconceito.

Do ponto de vista do conhecimento, é importante ressaltar a falta de consenso na literatura nacional e internacional sobre as similaridades e diferenças quanto aos fatores que permeiam as questões e demandas contraceptivas e reprodutivas de mulheres vivendo com

HIV/Aids. Todavia, um ponto em comum pode ser sublinhado em grande parte da literatura: a ênfase na compreensão dos fenômenos a partir de uma perspectiva individual. Consideramos que existem elementos adicionais quanto à condição de soropositividade que devem integrar as discussões no campo teórico e assistencial acerca do comportamento e prevenção sexual e do planejamento reprodutivo de mulheres vivendo com HIV/Aids, como apontado pelo estudo GENIH.

Ao focar as trajetórias contraceptivas e reprodutivas, o estudo GENIH localizou determinados eventos marcadores, como gravidez imprevista, realização de laqueadura e infecção pelo HIV e sua contextualização. A sorologia positiva para o HIV, ao ser tratada como um *turning point*, possibilita iluminar mudanças que ocorrem na direção de um curso de vida (SARACENO, 1989; ELDER; JOHNSON; CROSNOE, 2003).

As discussões travadas permitiram ainda observar as correlações entre os contextos de vulnerabilidade – sociais, institucionais, afetivo-sexuais e interpessoais (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993) nos quais as mulheres estão inseridas e as complexidades de tais cenários subjacentes às práticas contraceptivas e os eventos reprodutivos de suas trajetórias.

Agradecimentos: O estudo GENIH recebeu financiamento da Fapesp (processo 2012/25239-3), do CNPq (processo 471892/2011-4), da OPAS e do UNFPA.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. F. L.; POTTER, J. E. **Determinants of female sterilization in Brazil, 2001-2007**. Monica: RAND Corporation, 2015.
- BARBOSA, R. M. et al. Differences in the access to sterilization between women living and not living with HIV: Results from the GENIH study, Brazil". **Revista PLOS One**. (Prelo).
- _____. et al. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 4, p. 1085-1099, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011692010>>.
- _____. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In: BERQUÓ, E. **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.
- _____. Negociação sexual ou sexo negociado?: poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Ed.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo, SP: Editora 34, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Epidemiológicos HIV AIDS**. Brasília, DF, v. 4, n. 1, 2015.
- _____. **Portaria SAS/MS-48, de 11/2/99 que Regulamenta a Lei Federal 9263**. Brasília, DF, 1999.
- CARLSON, M. J.; FURSTENBERG JR., F. F. The prevalence and correlates of multipartnered fertility among urban U.S. parents. **Journal of Marriage and Family**, US, v. 68, n. 3, p. 718-732, 2006.
- CENTRO de Referência e Treinamento DST/Aids. **Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV**. São Paulo, SP, 2015.
- ELDER, G.; JOHNSON, M. K.; CROSNOW, R. The emergence and development of life course theory. In: MORTIMER, J. T.; SHANAHAN, M. J. **Handbook of the life course**. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
- FIGUEROA-DAMIAN, R.; VILLAGRANA-ZESATI, R. Factors associated with acceptance of postpartum tubal ligation among HIV infected women. **Salud Publica de Mexico**, México, v. 43, n. 2, p. 97-102, 2001.
- FOMBY, P.; OSBORNE, C. Family instability, multipartner fertility, and behaviour in middle childhood. In: POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA 2013, ANNUAL MEETING PROCEEDINGS, 2013, New Orleans. **Anais...** Washington, DC: PAA, 2013.
- GUZZO, K. B. New partners, more kids: multiple-partner fertility in the United States. **Annals of the American Academy of Political and Social Science**, Philadelphia, v. 654, n. 1, p. 66-86, 2014.
- HEILBORN, M. L. et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Garamond, 2006.
- HOPKINS, K. et al. The impact of health care providers on female sterilization among HIV-positive women in Brazil. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 61, n. 3, p. 541-554, 2005.
- JEWKES, R. K.; MORRELL, R. Sexuality and the limits of agency among South African teenage women: theorising femininities and their connections to HIV risk practices. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 74, n. 11, p. 1729-1737, 2012.
- _____. et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9734, p. 41-48, 2010.

- KLINE, A.; STRICKLER, J.; KEMPF, J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 40, n. 11, p. 1539-1547, 1995.
- KNAUTH, D. R.; BARBOSA, R. M.; HOPKINS, K. Between personal wishes and medical "prescription": mode of delivery and post-partum sterilization among women with HIV in Brazil. **Reproductive Health Matters**, London, v. 11, n. 22, p. 113-121, 2003.
- LUKE, N. Confronting the 'sugar daddy' stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behavior in urban Kenya. **International Family Planning Perspectives**, New York, NY, v. 31, n. 1, p. 6-14, 2005.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro, RJ: ABIA/IMS-UERJ; Relume-Dumará, 1993.
- OLIVEIRA, F. et al. HIV-positive women in northeast Brazil: Tubal sterilization, medical recommendation and reproductive rights. **AIDS Care**, Inglaterra, v. 19, n. 10, p. 1258-1265, 2007.
- OUDSHOORN, N. **The male pill: a biography of a technology in the making**. Durham: Duke Univ. Press, 2003.
- _____. Contraception masculine et querelle de genre. **Cahiers du Genre**, Paris, n. 25, p. 139-166, 1999.
- PALLITTO, C. C. et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, US, v. 120, n. 1, p. 3-9, 2012.
- PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006". In: Ministério da Saúde; Cebrap. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF, 2009.
- ROSENTHAL, C.; SCHEFFER, M. A face oculta da Aids. **Folha de São Paulo**, São Paulo, SP, 2009.
- SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, supl. 2, p. S321-S333, 2009.
- SARACENO, C. The time structure of biographies. **Biographie et Cycle de Vie**, Paris, n. 5, 1989.
- SMITS, A. K. et al. Contraceptive use and pregnancy decision making among women with HIV. **AIDS Patient Care and STDS**, New York, NY, v. 13, n. 12, p. 739-746, 1999.
- TEIXEIRA, L. B. et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 3, p. 609-620, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a18v29n3.pdf>>.
- THACKWAY, S. V. et al. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. **AIDS**, London, v. 11, n. 5, p. 663-667, 1997.
- VANCE, C. S. Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 33, n. 8, p. 875-884, 1991.
- VINCENZI, I. et al. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. **AIDS**, London, v. 11, n. 3, p. 333-338, 1997.
- WHO. **Hormonal contraception and HIV**. New York, NY: WHO, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.08_eng.pdf?ua=12012>.
- WU, J. et al. Sexual abuse and reproductive health among unmarried young women seeking abortion in China. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, US, v. 92, n. 2, p. 186-191, 2006.