

Relatório da Pesquisa:

" Uso de Contraceptivos e Gravidez Não-Planejada Antes e Após a Informação de Infecção por HIV , de Mulheres com Aids de Santo André"

*** Pesquisa integrada ao Projeto Contracepção e Prevenção às DST/AIDS entre mulheres :
revisão de aspectos clínicos e comportamentais
- Estudo de um novo modelo de intervenção"**

Fundação Mc Arthur

Bolsista: Regina M. M. D. de Figueiredo

(Junho de 2001)

Equipe do Projeto:

Autoria, Coordenação Geral e Análise: Regina Figueiredo

Mentoria: Wilza Vierira Villela

Assistente Principal de Intervenção no Posto de Prevenção: Deise Castelluccio

Assistentes de Atendimento do Posto de Prevenção: Daisy Lee Kitaut, Elaine Cristina Zachi, Adriana Alves Machado e

Marcela ?

Responsável pelo Campo de Pesquisa em Santo André: Cíntia Lopes de Mello Ferrão

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da Pesquisa **"Uso de Contraceptivos e Gravidez Não-Planejada Antes e Após a Informação de Infecção por HIV , de Mulheres com Aids de Santo André"**, integrante do pertencente ao projeto, desenvolvida entre setembro de 2000 e junho de 2001, dentro do projeto pretende **"Contracepção e Prevenção às DST/AIDS entre mulheres : revisão de aspectos clínicos e comportamentais - Estudo de um novo modelo de intervenção"** com apoio da Fundação Mc Arthur..

I - Projeto Inicial

Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, está havendo uma pauperização e feminilização dos casos de contaminação pelo HIV. Isso ocorre principalmente pelo maior controle preventivo nas formas de exposição homossexual e sanguínea, decorrentes da primeira visão de grupos de risco, e da postergação do início das campanhas e ações preventivas visando o público heterossexual, inclusive as mulheres.

O crescimento da transmissão heterossexual foi abrupto, passando de 6% em 1990 para 28% dos 34.443 casos de AIDS registrados no país em 1998¹, fato que culminou com o crescimento dos casos de contaminação feminina. A AIDS configura-se como a primeira causa de morte feminina entre os 20 e 35 anos desde 1994 em São Paulo, estado brasileiro onde se verifica a maior incidência desta doença, sofrendo queda de índices somente após a disponibilização dos coquetéis anti-retrovirais, em 1997². A razão de casos masculino-feminino vem se equiparando, chegando a dados alarmantes de 2/1 na cidade de São Paulo³.

As mulheres estão adquirindo AIDS através de contatos sexuais esporádicos e pela restação de serviços sexuais remunerados, mas também e cada vez mais, através de seus parceiros fixos, tanto namorados como maridos que foram contaminados também em relações sexuais heterossexuais anteriores ou extramonogâmicas hetero e/ou bissexuais. Em 1994, o Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRTA) já apontava que, 45% dos casos femininos de HIV, notificados neste estado, eram de mulheres que estavam fora do mercado de trabalho, sendo 70% donas de casa, na maioria monogâmicas e com baixa escolaridade. Neste contexto, ações voltadas para a população feminina de baixa renda, se fazem cada vez mais necessárias, procurando desenvolver estratégias efetivas para que a prevenção da infecção pelo HIV, DST e AIDS seja possibilitada em seu cotidiano. Para tal população vulnerável são necessários estudos e implementos, desenvolvendo experiências e intervenções inovadoras, que sejam avaliadas continuamente.

Em pesquisa etnográfica realizada com mulheres residentes na Favela Monte Azul, que motivou a presente proposta de intervenção nesta localidade, FIGUEIREDO (1999) constatada a alta vulnerabilidade das mulheres de baixa renda frente às DST. Isso decorre, conforme o estudo, devido à formação cultural de sua população, oriunda, predominantemente, de regiões do interior do Nordeste brasileiro, com características rurais, onde o modelo de saúde disponível se baseia em cuidados pós-doença ou evento de saúde, ou seja, não são preventivos. Ao mesmo tempo, verificou-se que os papéis masculino e feminino se mantêm bastante tradicionais e que há aumento da rede de parceria sexual, com maior dissolução de relacionamentos, quando habitam o meio urbano. Nota-se, ainda, que o início de relações sexuais ocorre sem prevenção

¹ Dados divulgados pelo Ministério da Saúde no 1º **Boletim Epidemiológico** de 1999.

² Dados da Assessoria de Comunicação Social e Divisão de Jornalismo do Ministério da Saúde, divulgados em 10/06/1999.

³ Dados do Programa de DST/AIDS/Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, no **Boletim Epidemiológico de AIDS do Município de São Paulo- subsídios para um estudo regional, Ano II, Nº 4, 1998.**

contraceptiva e que as ações preventivas são incorporadas, como o uso de contracepção, a partir da segunda e demais gravidezes, e a realização do papanicolau, não incluem ações de proteção com relação às doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS. Tais características, somadas à pobreza, situação de emprego/desemprego, perfil dos trabalhos remunerados realizados, baixa escolaridade e dependência dos equipamentos sociais, compõem a vulnerabilidade dessa população às DST.

Segundo AYRES (1999), a *vulnerabilidade* de um grupo é definida pela análise conjunta das características macro-políticas, econômicas e sócio-culturais, que reforçam ou diluem o risco individual. Observamos que entre as mulheres de baixa renda estudadas a *vulnerabilidade social*, está presente como fruto da baixa situação sócio-econômica deste grupo, dos padrões de relacionamento estabelecidos socialmente e de forma desigual entre homens e mulheres e das formas de cuidado com a saúde são construídos culturalmente. Isso remete à necessidade de estratégias públicas que superem a falta de serviços e programas (*vulnerabilidade programática*) e que dêem conta da *vulnerabilidade individual*, que reflete a soma de todos esses aspectos na conduta pessoal dessas mulheres.

Essa *vulnerabilidade potencial* observada entre a população feminina, tem motivado estratégias de controle da AIDS entre esta população. A elas foram somadas iniciativas de prevenção da transmissão de crianças por via vertical (mãe-bebê), gerando ações de prevenção de casos infantis, via tratamento das mães, "como o uso de AZT durante a gestação e o parto, o uso de cesárea, a lavagem de canal de parto" (Barbosa, 1995, p.17).

Para a prevenção da mulher em si, observa-se a inclusão do exame HIV no pré-natal e a distribuição e incentivo ao uso de preservativos femininos. Por outro lado, outras medidas exclusivamente voltada a proporcionar prevenção no comportamento sexual feminino não são adotadas. A proposta de dupla proteção, a inclusão da camisinha feminina, a divulgação ampla da contracepção de emergência como suporte para falha contraceptiva do preservativo, a apresentação de outros métodos contraceptivos com a hierarquia de risco e a disponibilização de lubrificantes íntimos para prevenção de transmissão em relações vaginais em épocas de menor lubrificação, como na pós-menopausa, e anais, não são sugeridos. Também não são discutidas ações políticas que afetam diretamente as mulheres soropositivas, que vão além da transmissão vertical, como a ilegalidade do aborto, ou mesmo a discussão sobre o direito destas a optar pela maternidade voluntária.

Assim, as ações de prevenção à AIDS dirigidas às mulheres que têm demonstrado maior eficácia, estão voltadas para o controle da contaminação desta doença para seus filhos, visto que as outras estratégias dirigidas ao comportamento sexual feminino ainda não conseguiram atingir a maioria das mulheres brasileiras. O uso do preservativo masculino encontra rejeição ou não-adesão por este público por medo de falha contraceptiva (MARTIN, s/d), mas também, por recusa masculina, situações de violência sexual, entre outras (BARBOSA, 1999); a prescrição de redução do número de parceiros,

parece ignorar que a maioria das mulheres em risco e que não realizam prevenção se sentem protegidas por ter parceiro fixo e único⁴.

Conforme o histórico do desenvolvimento de programas de saúde pública dirigidos à população feminina em nosso país, as estratégias adotadas estão restritas a antigas visões da saúde da mulher no modelo materno-infantil, que priorizava (até o início dos anos 80) intervenções visando à saúde infantil, principalmente a gestacional e de primeira infância. Assim, a saúde da mulher estava restrita ao trato reprodutivo, principalmente durante a função maternal, ou seja, durante a gravidez. A mulher vista enquanto sujeito sexual (PAIVA, 1988), potencial e conscientemente disponível para exercer a sua sexualidade e seus direitos de escolha não era vislumbrada.

Segundo Villela (1998), foi a crítica e a mobilização de feministas procurando ampliar tal concepção de saúde, que culminou, em 1983, com a proposição do Programa de Saúde de Mulher (PAISM), esta "estratégia governamental, elaborada em conjunto com mulheres organizadas, tinha como princípio a perspectiva de integralidade, segundo a qual a saúde da mulher era considerada além da atenção materno-infantil..." (VILLELA, 1998, p.14). O desenvolvimento dessas posturas críticas que apontavam o ser mulher como além da função geradora, foi ampliando o atendimento à mulher, para além do período reprodutivo.

Essas novas proposições, que incluíam o acesso e livre opção de escolha por contraceptivos para todas as mulheres, coincidiram com o interesse estratégico de organismos internacionais⁵, visando o controle populacional, culminando na instalação em todo o país de Programas de Planejamento Familiar. A partir daí, o direito à escolha ou não pela maternidade, independente do exercício sexual, foi garantido, porém as opções contraceptivas oferecidas induziram ao uso de métodos de alta eficácia, incluindo a esterilização em massa⁶.

Na década de 90, integrou-se a noção de *saúde sexual*, através do trato das DST e AIDS e do acompanhamento de outras especificidades femininas que são anteriores ou vão além do período reprodutivo, como a saúde das adolescentes, das mamas e do climatério. A ampliação do atendimento em saúde sexual e reprodutiva parece que ainda não foi incorporado na prática preventiva de DST/AIDS e nem no cotidiano dos programas de Planejamento Familiar brasileiro, visto que a maioria das mulheres continua sendo orientada ao uso da pílula anticoncepcional e/ou sendo esterilizada, em contraposição aos esforços de divulgação do uso de preservativo masculino.

⁴ Segundo levantamento realizado com 120 mulheres atendidas no Ambulatório da Favela Monte Azul, pela autora e em fase de finalização para publicação pelo NEPAIDS, a maioria das entrevistadas justifica pouco ou nenhum risco com relação às DST/HIV/AIDS por ter parceiro único e fixo.

⁵ Como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), desde 1965, e a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), que faziam a distribuição maciça de pílulas anticoncepcionais e a partir de 1982, passaram a integrar treinamentos e execução de esterilização cirúrgica feminina no país.

⁶ Observado através dos índices registrados pelo IBGE/PNAD, divulgados em 1986, que aponta que entre as mulheres usuárias de contracepção 41,8% estão esterilizadas e 42,9% fazem uso de pílula anticoncepcional.

A reformulação de premissas para uma intervenção preventiva contra gravidez indesejada/ HPV/ DST/ AIDS, mostra-se atualmente necessária para ações de intervenção com a população feminina de baixa renda. Entre elas, podemos incluir, a necessidade de estratégias que atinjam toda a comunidade, incluindo seus parceiros sexuais, já que a contaminação das mulheres se dá, predominantemente, por contato heterossexual. Essa prevenção comunitária deve incluir a população jovem, já que os casos femininos de AIDS têm ocorrido principalmente a partir da adolescência⁷.

Também a atuação nas proximidades da residência e círculo de sociabilidade diária, nos grupos de vizinhança, parentesco e equipamentos sociais próximos espacialmente deve ser considerada, em função das relações de gênero em nossa sociedade, que designam socialmente, como papel e local das mulheres, o espaço e afazer doméstico e as derivações decorrentes à compreensão desta enquanto esposa e mãe, ou seja, os contatos com vizinhos, parentes, locais de saúde e de educação, que reafirmam essa sua tarefa de cuidadora.

Constata-se ainda, que a gravidez indesejada é um problema mais presentes no cotidiano do que a prevenção às DST/AIDS e que mobiliza maior interesse. Por este motivo, a divulgação de opções contraceptivas contra a sua ocorrência, juntamente da escala de risco das mesmas com relação à prevenção de DST, se faz necessária, de forma a atender os interesses da maioria das mulheres. Para isso, considera-se que as intervenções contraceptivas devem salientar os estudos sobre as predisposições comportamentais e clínicas desses métodos com relação à prevenção de DST/HPV/AIDS. Alguns estudos têm mostrado padrões de comportamento adotados por mulheres usuárias de determinados tipos de contraceptivos; MARTIN (s/d), afirma que a laqueadura tubária vem atender a necessidade principal de garantia da sobrevivência individual e dos filhos, sendo o único fator de preocupação dessas mulheres; BARBOSA (1995) aponta a pré-disposição a comportamentos menos preventivos com relação às DST/AIDS para este mesmo grupo.

Especificamente, não se encontram registros de uso de contracepção entre mulheres soropositivas sintomáticas ou assintomáticas, que poderiam sugerir uma análise mais minuciosa dos efeitos cotidianos comportamentais de uso de contracepção nas noções e práticas de risco com relação ao HIV/AIDS, o que motivou a inclusão da segunda etapa proposta nesse projeto, procurando complementar dados e sugerir novos caminhos para pesquisa.

Outra linha de estudos procura pesquisar as vantagens ou desvantagens clínicas de uso dos diversos contraceptivos para a aquisição de DST e infecções do trato reprodutivo. MUELLER e WASSERHEITH (1993) alertam sobre o risco do DIU em aumentar a proporção de vaginites e várias outras infecções do trato reprodutivo, da pílula em oferecer risco maior para clamídia, candidíase e condiloma, entre outros. Outros estudos divulgados pelo PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH

⁷ Público atualmente mais envolvido nos casos de infecção. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, como a incubação do vírus HIV é de cerca de dez anos, a maior parte das infecções, registradas na faixa de 25 a 34 anos, teria ocorrido dos 15 aos 25 anos (CONASEMS, Jan/Fev/99).

(1998), apontam a eficácia do diafragma na redução de contaminação por DST, em especial o HPV (papiloma vírus humano), principal causador do câncer de colo uterino.

Considera-se que esses estudos devam ser reavaliados, pois oferecem importantes orientações para a divulgação dos contraceptivos. Da mesma forma, devem ser relevados na implantação de políticas públicas de Planejamento Familiar e Prevenção às DST/AIDS.

Por este motivo o projeto foi formulado para realizar um estudo amplo sobre a utilização de métodos contraceptivos com relação à contaminação por DST e HIV/AIDS. O enfoque dado foi o uso desses contraceptivos pelo público feminino de baixa renda, atual alvo da AIDS.

BIBLIOGRAFIA

AYRES, Ricardo. e cols. "Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de AIDS", in org. BARBOSA, R. e PARKER, R. **Sexualidades pelo Averso – direito, identidades e poder**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1999.

BARBOSA, Regina Maria. "Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e Sexualidade em Tempos de AIDS", in org. **Sexualidades pelo Averso – direito, identidades e poder**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1999.

BARBOSA, Regina Maria. "AIDS e Saúde Reprodutiva: velhas e novas questões", in **Reflexões sobre Gênero e Fecundidade no Brasil, Family Health Internacional**, Outubro, 1995.

CONASEMS. "Brasil Atinge 140,3 mil Casos de AIDS", in boletim do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Jan/Fev. de 1999.

FIGUEIREDO, Regina. Prevenção às DST/AIDS em Ações de saúde e Educação, São Paulo, NEPAIDS/USP, 1998.

FIGUEIREDO, Regina. **Saúde Sexual e Reprodutiva Feminina: Favela Monte Azul – um estudo de caso**, Dissertação de Mestrado apresentada no Departamento de Antropologia Social, FFLCH/USP, São Paulo, 1999.

LAGO, Tânia Di Giacomo do. "Opções Contraceptivas em Tempos de DST-AIDS", **trabalho desenvolvido para o Seminário "AIDS, Saúde Reprodutiva e Políticas Públicas"**, ABIA/MCCS, São Paulo, outubro/93.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Assessoria de Comunicação Social e Divisão de Jornalismo. "Mortalidade por AIDS cai 38%", nota divulgada dia 10/06/1999.

MUELLER, Ruth D. e WASSERHEIT, Judith – International Women's Health Coalition. **A Cultura do Silêncio – as Infecções do Trato Reprodutivo nas Mulheres do Terceiro Mundo**, São Paulo, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 1993.


PAIVA, Vera. "o Sujeito Sexual: uma proposta de intervenção", in **Sexualidade, Gênero e Sociedade**, nº 10, publicação do Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, Dezembro de 1998.

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look**, v. 15, nº1, março/98

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look**, v. 15, nº 4, abril/98

PROGRAMA DE DST/AIDS/SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, **Boletim Epidemiológico de AIDS do Município de São Paulo- subsídios para um estudo regional, Ano II, N° 4**, 1998.

VILLELA, Wilza. "Vulnerabilidad de las Mujeres Respecto de VIH", in **Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA - un enfoque desde los derechos humanos**, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1998 BARBOSA, Regina Maria. "AIDS e Saúde Reprodutiva: velhas e novas questões", in **Reflexões sobre Gênero e Fecundidade no Brasil, Family Health Internacional**, Outubro, 1995.



Pesquisa Descritiva Primária: “Uso de Contraceptivos e Gravidez Não-Planejada Antes e Após a Infecção por HIV , de Mulheres com Aids de Santo André”

2.1 - Objetivos do Levantamento de Dados

Essa etapa do trabalho teve como objetivo descrever as práticas contraceptivas de mulheres com AIDS, antes e após a infecção pelo HIV, relevando as suas mudanças. Para tanto foram paralelos, foram levantadas também informações sobre parcerias sexuais e afetivas, tipo de práticas sexuais, histórico de gestações, abortos, filhos, eventos estes que são fundamentais para as escolhas e comportamentos contraceptivos.

2.2 - Pressupostos Éticos da Pesquisa

Como o levantamento prescindia informações íntimas que só a própria mulher poderia dar e que ao mesmo tempo poderiam lhe causar constrangimento, foi decidida que a pesquisa seria realizada com o consentimento oral da mulher, após ser abordada de forma individual e sigilosa em sua residência. Todas as mulheres a serem pesquisadas, deveriam, assim, ter, autonomia de decisão, por isso a escolha de mulheres maiores legalmente, acima de 18 anos.

Para tanto avisá-las da pesquisa, foram enviados aerogramas em nome da Secretaria de Saúde anunciando a visita da entrevistadora para uma avaliação da saúde do município. Apenas na visita a pesquisa era explicada em detalhes e era colocada a possibilidade da entrevistada estar participando ou não do estudo. Em caso afirmativo, ela estava livre para deixar de responder a qualquer questão que pudesse lhe trazer constrangimentos. Além disso, a pesquisa foi autorizada e apresentada oficialmente para a Coordenação do Serviço de Atendimento a Pessoas com HIV/AIDS que dá assistência a essas mulheres, inclusive com plantões psicológicos, que estaria disposta a receber as entrevistadas em casos necessários.

2.3 - Metodologia Utilizada na Abordagem e Coleta de Dados

A escolha de realizar a pesquisa com mulheres com AIDS residentes no município de Santo André foi feita devido a facilidade de contato com o Programa de DST/AIDS desse município que já vem realizando trabalhos em parceria com a autora. Além disso, foi verificado que neste município o desenvolvimento da epidemia de AIDS entre as mulheres, acompanhava as características gerais da doença no quadro brasileiro, ou seja, iniciou-se com mulheres usuárias ou com parceiros usuários de drogas injetáveis ou trabalhadoras do sexo, num momento posterior engloba mulheres com várias parceria sexuais e atualmente com parceria fixa, com perfil sócio-econômico de pobreza.

A possibilidade de se estar trabalhando com o universo de mulheres notificadas como casos de AIDS em um município, também foi um fator de bastante relevância para a escolha, já que daria maior precisão aos dados recolhidos e facilidade no levantamento de

prontuários e endereços, pois em Santo André todo o serviço de AIDS é centralizado na Unidade de Saúde da Vila Guiomar.

Foram levantados 307 prontuários de mulheres acima de 18 anos, abertos com a notificação de AIDS até 30 de Abril de 2001, nos arquivos do Serviço de Atendimento a Portadores de HIV/AIDS da Vila Guiomar, que centraliza todo o atendimento do município nesta especialidade. Nesse total, estão excluídos os casos transferidos para outros municípios, os falecimentos e os abandonos.

Com relação a tais exclusões considera-se que os falecimentos são perdas irreversíveis, que inoperam o tipo de pesquisa proposto, de entrevista; as transferências são perdas consideradas leves, pois se conclui que a maioria delas ocorra para serviços de outros municípios por motivo de mudança de residência (já que a Unidade de Saúde da Vila Guiomar é a única que atende AIDS em Santo André), o que fugiria do universo pesquisado de mulheres acima de 18 anos com AIDS em Santo André. Por fim, os casos de abandono são perdas graves para a pesquisa, pois apesar da Unidade da Vila Guiomar só incluir nesta categoria pacientes que perderam contato com o tratamento por anos e que não foram encontrados por correspondência, por mudança ou não localização de endereço, considera-se que poderiam ser casos que interessassem pela própria exclusão, fruto de sumiços de familiares, problemas mentais, abandono e rejeição voluntária ou inconsciente do acompanhamento médico, etc.

Do total de prontuários levantados, 38 eram de mulheres cadastradas que residiam em outros municípios, principalmente vizinho a Santo André: 14 de São Paulo, 9 de São Caetano, 7 de São Bernardo do Campo, 6 de Mauá, 1 de Guararema e 1 de Ribeirão Pires. Estes foram excluídos da pesquisa, que tinha como intuito entrevistar apenas as mulheres residentes na cidade de Santo André.

Assim, foram selecionadas 269 mulheres para serem visitadas no domicílio. As visitas foram feitas de forma sigilosa, sem explicitar a razão da visita para parentes ou outros moradores, após o envio de um aerograma que noticiava para as selecionadas que elas haviam sido “sorteadas” para responder uma pesquisa de avaliação da situação de saúde do município. Em caso de pessoas que não estavam em casa, ou que residiam fora, era pedido o telefone e o horário melhor para localizá-la; em caso de mudanças de endereço, vizinhos ou parentes que residissem nas proximidades eram procurados para indicar o novo endereço passível de encontrar as mulheres a serem pesquisadas, fazendo um rastreamento com procura direta e por telefone, até que fossem localizadas. Somente com o encontro e em presença individual da mulher registrada em prontuário é que era explicada a razão de sua escolha, bem como resumida a intenção da pesquisa, com a ressalva que era livre a participação neste ou não.

Todos esses cuidados tiveram o intuito de garantir o sigilo da situação de soropositividade dessas mulheres, muitas com vizinhos, mães, parentes e até maridos com desconhecimento de serem doentes de AIDS. Mesmo com todos esses cuidados, houve algumas mulheres que se assustaram com a procura, a maioria, no entanto, recebeu muito bem a pesquisa e algumas até telefonaram para indicar horários melhores para a entrevista. Chegaram a haver reclamações no serviço de saúde da Vila Guiomar pessoalmente ou por

telefone, mas a maioria dessas pessoas, ao receber a visita da entrevistadora e entender os motivos da pesquisa, inclusive a garantia de sigilo de sua doença, aceitaram ser entrevistadas e comentaram que haviam gostado de participar e contribuir com os resultados.

2.4 - Resultados Obtidos

Aspectos Gerais

Foram realizadas inúmeras visitas, de 2 de abril a 28 de maio de 2001, para os prontuários selecionados; houve retornos, até o contato ou a definição de entrevista de cada uma das 269 mulheres selecionadas. Deste total, 63 mudaram de endereço, sendo que 31 para outros municípios — o que não foi considerado perda, já que o objetivo da pesquisa visava o universo de residentes em Santo André —, e 32 por não localização do novo endereço mesmo após o rastreamento.

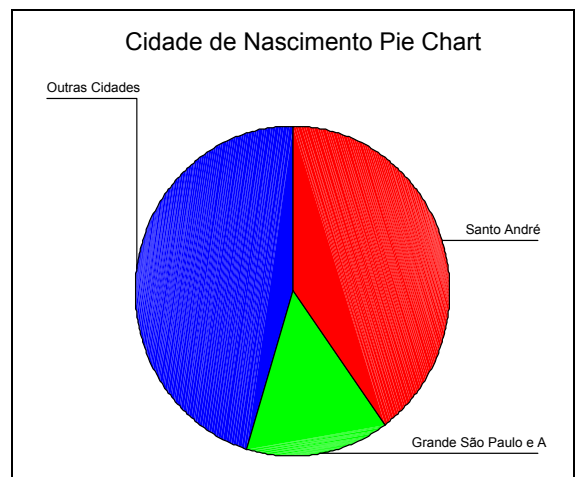
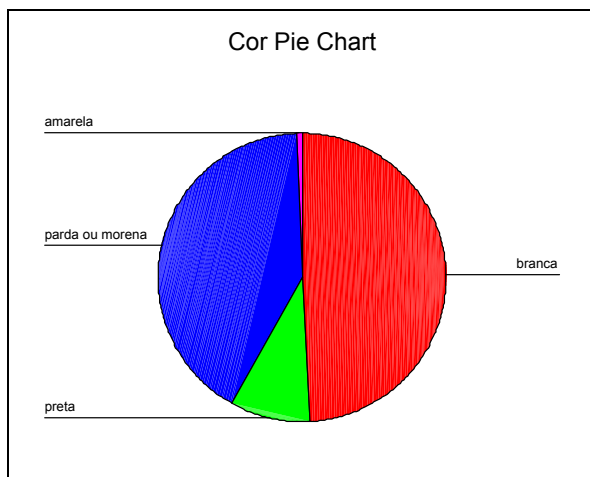
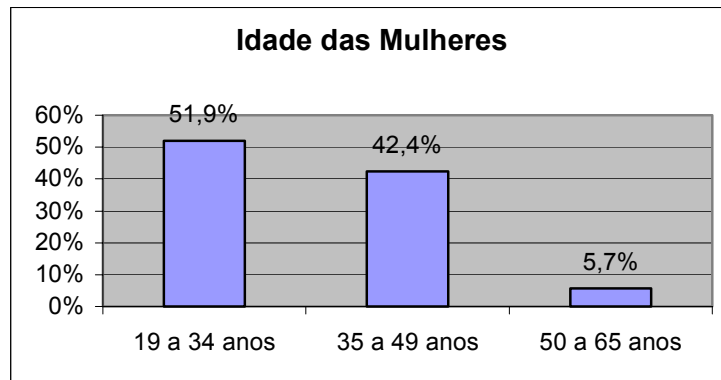
Das mulheres localizadas, 4 não tiveram condições de responder a pesquisa por motivos de: internação hospitalar (1), prisão (1), doença mental (1), sumiço de casa (1), 3 faleceram e 11 recusaram-se a participar do estudo. Os motivos para recusa declarados foram a falta de tempo, não querer tocar no assunto AIDS, o medo que parentes ou vizinhos desconfiassem da doença e até ausência nos locais e horários marcados para entrevista sem motivo.

Além das perdas citadas, 5 mulheres deixaram de ser visitadas pela finalização da pesquisa devido a problemas internos do serviço que solicitaram a sua interrupção na data citada.

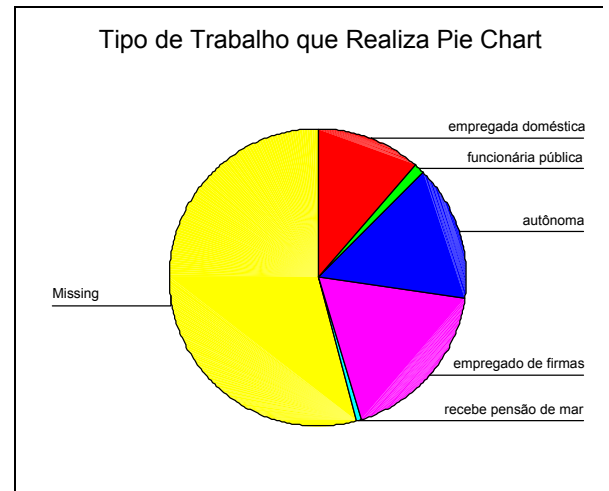
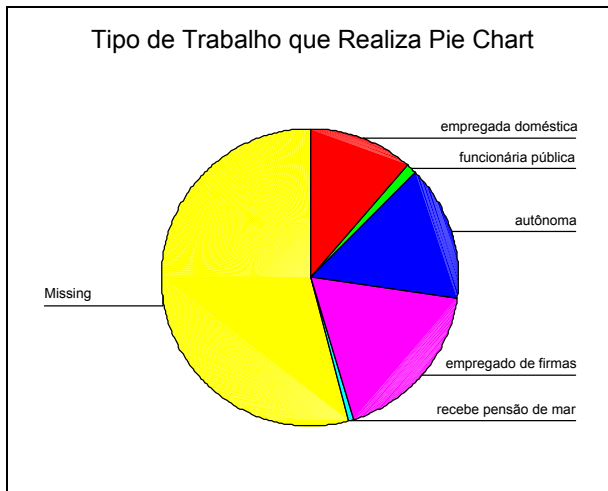
Foram realizadas, portanto, 183 entrevistas, abordando o histórico afetivo e sexual, reprodutivo e contraceptivo dessas mulheres antes e depois do diagnóstico de soropositividade para HIV e aparecimento dos sintomas de AIDS. Essas entrevistas ocorreram na maior parte dentro da própria casa dessas mulheres, mas também nos portões e locais próximos a casa por elas indicados, evitando a escuta de parentes e vizinhos. As perdas, por entrevistas não realizadas com mulheres com AIDS acima de 18 anos e com prontuários abertos no serviço da Vila Guiomar totalizaram 55 casos.

Perfil Sócio- Econômico

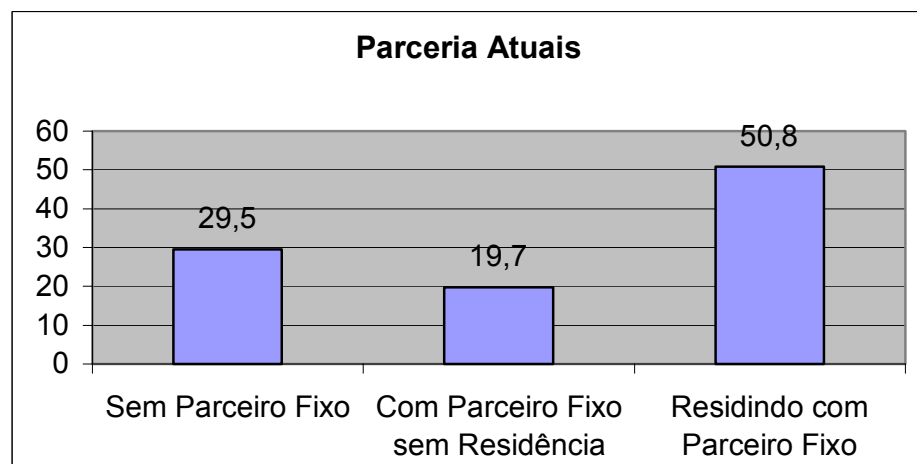
As mulheres entrevistadas têm entre 19 e 65 anos, na maioria (77,6%) até 40 anos. São em 39,9% dos casos, nascidas no próprio município de Santo André, e 14,8%, na Grande São Paulo. O restante, na maioria (19% do total) são provenientes do Nordeste brasileiro; sendo 49,2% brancas, 41,5 pardas, 8,7% pretas e 0,5% amarelas.



Com relação à escolaridade, 70% tem no máximo até o 1º. Grau Completo, trabalham, ganhando salários bastante variados: 8 (21,4%) ganham até um salário mínimo, 23 (27,4%) até dois salários mínimos, 16 (19%) ganham até três salários mínimos, 15 (17,9%) até quatro salários mínimos e 12 (14,3%) acima de cinco salários mínimos, realizando, em sua maioria 57,1% trabalhos autônomos, principalmente de empregadas domésticas (25%), ou então trabalhando em firmas particulares. Para 22% esse trabalho é relativamente recente, tem menos de dois anos e em 36,6% das vezes responde pela metade até todos os gastos da casa, enquanto 63,4% possui parceiros assumem a maioria das despesas.

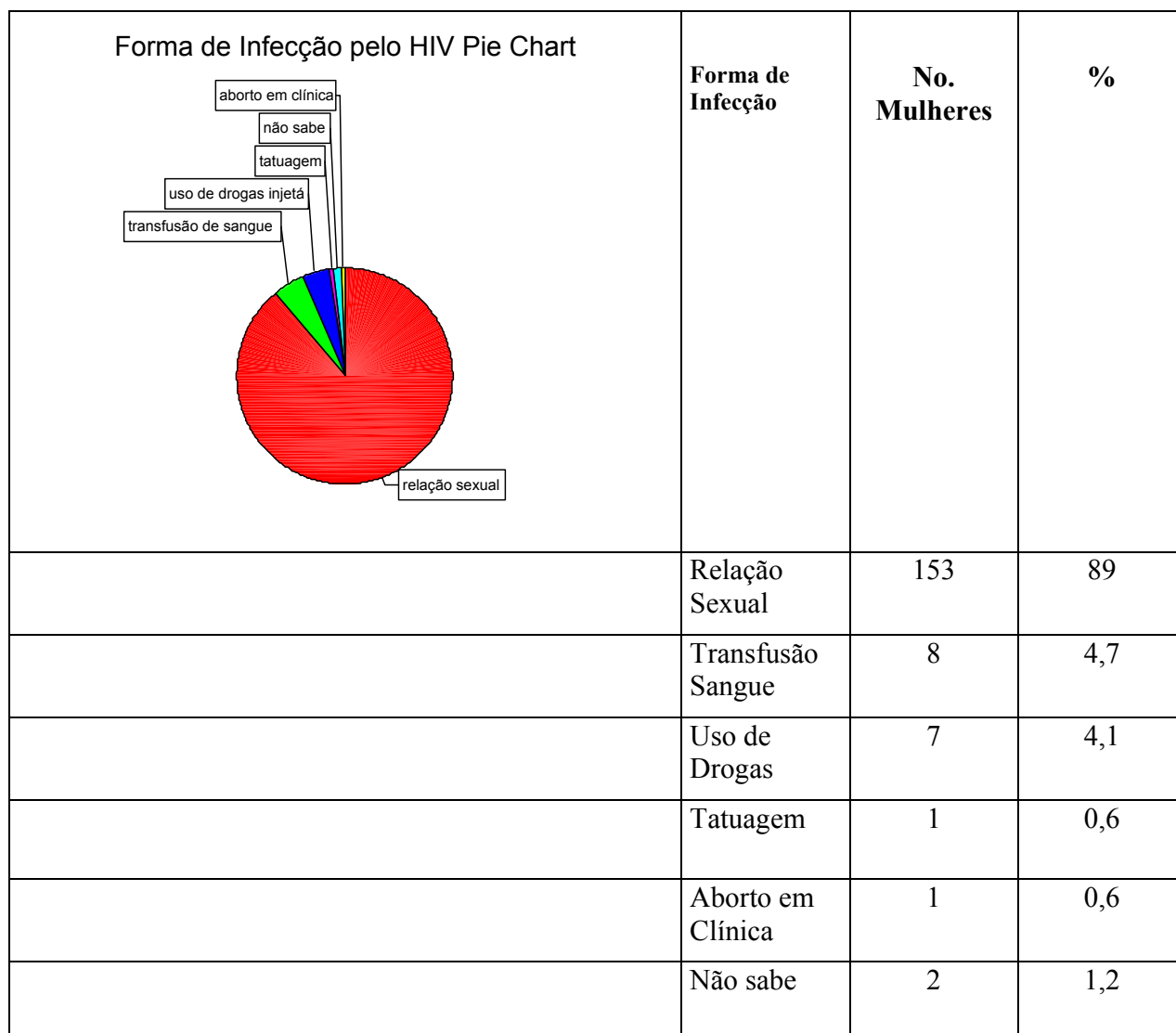


As parcerias fixas correspondem a 70,5% dos casos, dessas, e residem em média com mais uma ou 2 pessoas na própria casa, geralmente seus filhos.

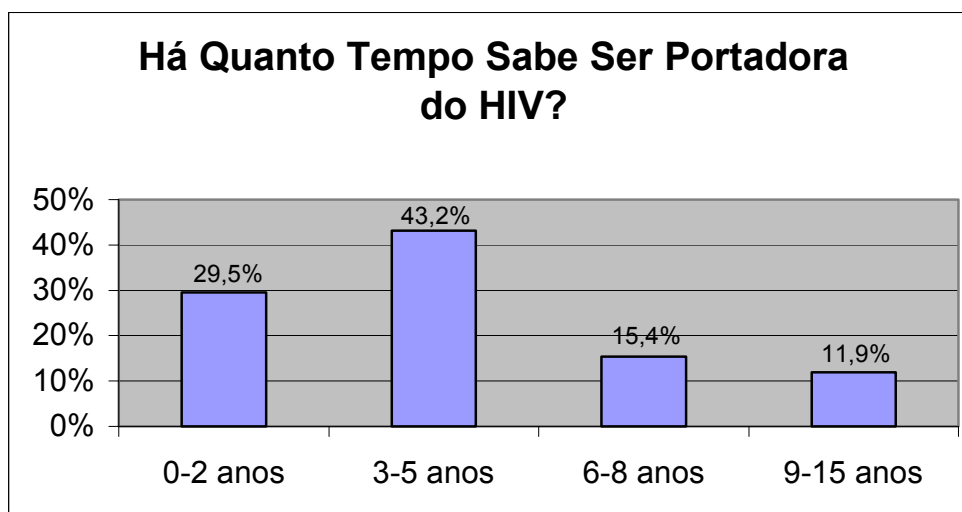


Perfil de Infecção e do Quadro Atual da Doença

A via como essas mulheres se infectaram HIV é conhecida pela quase totalidade 92,3% dessas mulheres (168 pessoas) e foi principalmente a relação sexual:



A informação sobre a soropositividade em HIV ocorreu, em média, há 4 anos. Existem casos recentes da informação e até 1 mulher que sabe de sua condição há 15 anos, em 172 (94%) casos no primeiro exame:

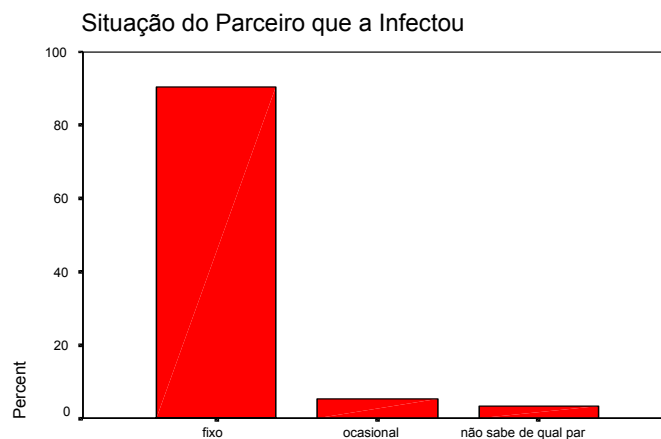


A motivação para a descoberta da presença do vírus ocorreu, principalmente, constatação de sintomas ou do próprio vírus em parceiros (42,6%), mas também da presença de sintomas em si própria (23,5%) e no pré-natal (18%).

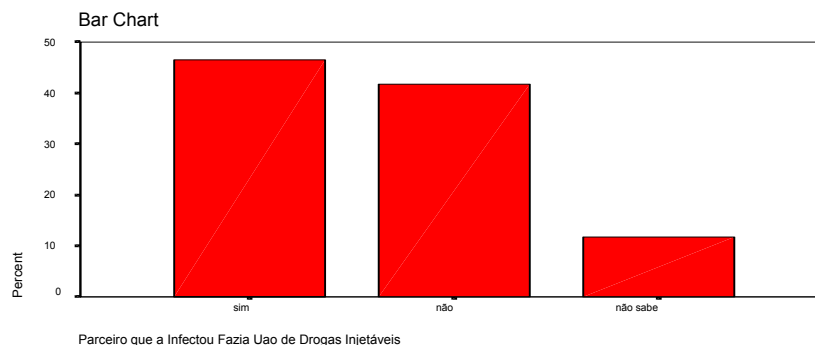
Motivação para Fazer o Exame HIV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid teve doenças / sintomas	43	23,5	23,5	23,5
pré-natal	33	18,0	18,0	41,5
parceiro teve aids/sintomas	78	42,6	42,6	84,2
filhos tiveram sintomas / aids	6	3,3	3,3	87,4
curiosidade/prevenção	7	3,8	3,8	91,3
parceiro usava drogas	3	1,6	1,6	92,9
estava fazendo tratamento para engravidar	2	1,1	1,1	94,0
usou drogas injetáveis	1	,5	,5	94,5
outros	10	5,5	5,5	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

No caso de infecção via parceiros, observa-se que a maioria desses parceiros eram fixos e em 74,1% dos casos residiam com a entrevistada; ou seja, eram seus maridos, na metade dos casos (50%) a pelo menos 5 anos.



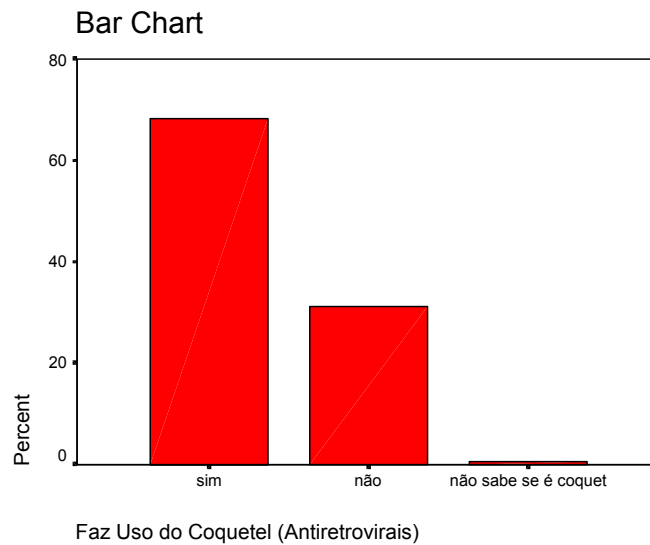
Em quase metade dos casos de parceria (46,5%), esse parceiro fazia uso de droga injetável, normalmente a cocaína. Apenas 4,2% das entrevistadas usou diretamente drogas injetáveis.



A segunda forma de infecção mais referida (por 9 mulheres), a transfusão de sangue, ocorreu em 55,6% na própria cidade de Santo André e em 33,3% na cidade de São Paulo.

Atualmente 47,5% (86 mulheres) e 52,5% não. Além disso, existem 2 mulheres que acreditam não terem a doença, 1 por ter sido curada na sua religião e uma que acha que nunca pegou, que os exames estão errados. Consideramos importante lembrar, que houve alterações no diagnóstico de AIDS nos últimos anos, após o surgimento de exames que fazem a contagem de células CD4 e da carga viral, o que conseqüentemente alterou os critérios de notificação, incluindo casos que antes só eram notificados após o surgimento de sintomas relacionados a AIDS. A notificação de casos de soropositividade é bastante recente e não foi utilizada para a seleção de pesquisadas.

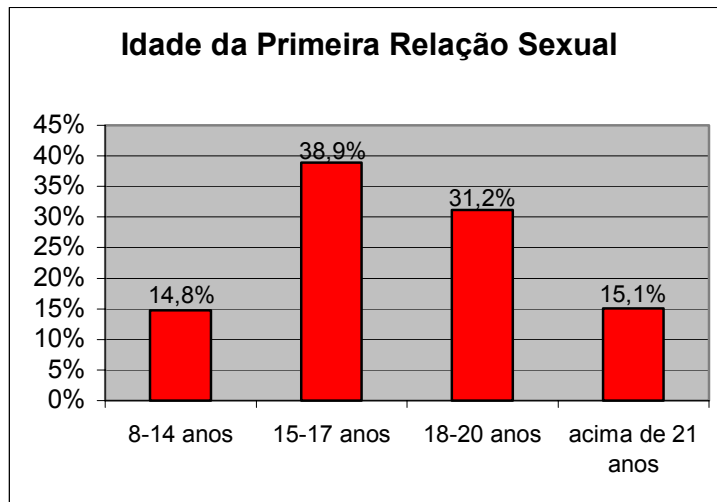
Das entrevistadas, 68,1% já fazem uso do “coquetel”, composto com os remédios anti-retrovirais, 94,7% das vezes, retirados no serviço da Vila Guiomar em Santo André, onde fazem também acompanhamento e exames.



Apenas 13,2% das entrevistada não utilizam esse serviço, algumas porque têm convênio e só retiram os medicamentos gratuitamente, outras porque não gostam do atendimento, preferindo o do CRT de São Paulo, ou a UNICAMP, outras declararam ter medo de ser reconhecidas por vizinhos e moradores da cidade e outras porque não querem mais tomar a medicação indicada pelos profissionais de lá.

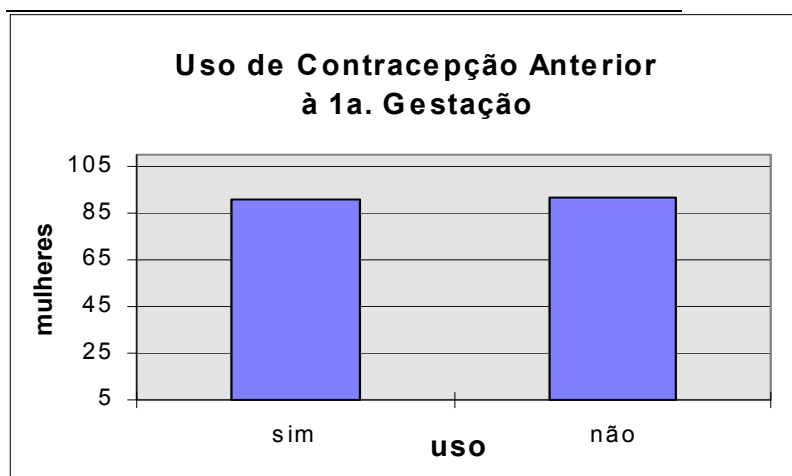
Parcerias, Prática Sexual e Contracepção

A idade média de início de fertilidade (1a. menstruação) dessas mulheres foi de 9 a 19 anos, geralmente por volta dos 13 anos e o início da vida sexual foi em média aos 17 anos, com 1 caso de estupro aos 8 anos de idade e 2 casos que só praticaram sexo aos 29 anos.



Do total de entrevistadas, apenas 52 (28,4%) iniciaram a vida sexual com prevenção contraceptiva. Nesses casos, os métodos usados foram: o coito interrompido (por 25, 48%), a pílula (por 17, 32,7%), a camisinha (por 4, 7,7%), a tabelinha (por 2, 3,8%) e 1 (1,9%) utilizou ducha vaginal.

De todo o restante que não utilizou nenhuma proteção contraceptiva na primeira relação, 92 mulheres (50,3%), só tomaram medidas preventivas desse tipo após a primeira gravidez.



As 91 mulheres que realizaram prevenção anterior a primeira gravidez, fizeram, na maior parte das vezes, uso de mais de um método, utilizando com mais frequência foi a pílula, conforme a tabela:

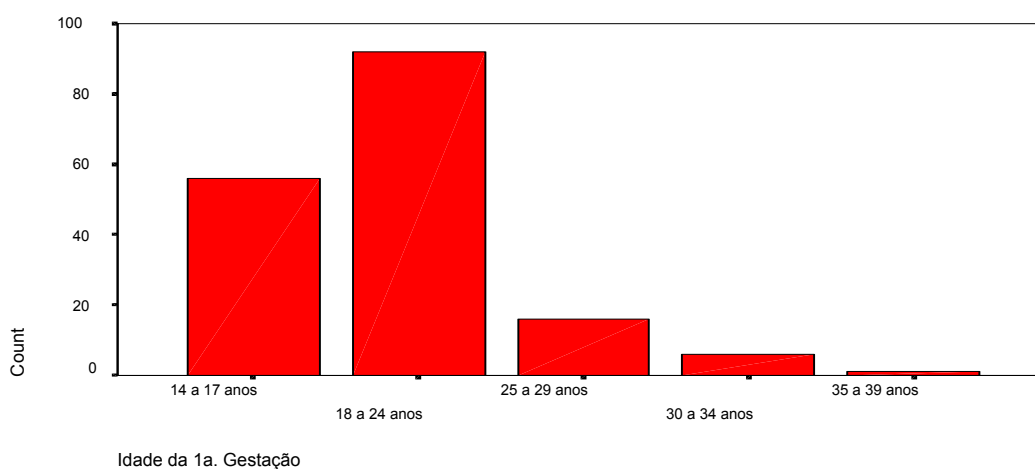
MÉTODOS UTILIZADOS ANTES DA PRIMEIRA GESTAÇÃO

método	N. Mulheres que Usaram	% que usou
pílula	55	59,8
coito interrompido	48	52,2
camisinha masculina	31	33,7
tabelinha	9	9,8
injeção	8	8,7
camisinha feminina	2	2,2
espermicida	1	1,1
Ducha Vaginal	1	1,1

Se desconsiderarmos as 12 mulheres (6,6% do total) sem filhos até hoje, após a sorologia positiva para HIV, nessa tabela não haveria referência à camisinha feminina e a camisinha masculina cairia, já que esse número se eleva principalmente após constatação da infecção pelo HIV. Há também, 3 mulheres, 1,6%, nunca chegaram a usar nenhuma forma de evitar filhos na vida, mesmo após a infecção pelo HIV.

Das 172 mulheres que já engravidaram (93,5% do total), a primeira gestação ocorreu entre os 14 e 36 anos, com média de 20,9 anos e mediana de 19 anos; com grande número de adolescentes grávidas, conforme o gráfico:

1a. Gravidez por Faixas Etárias

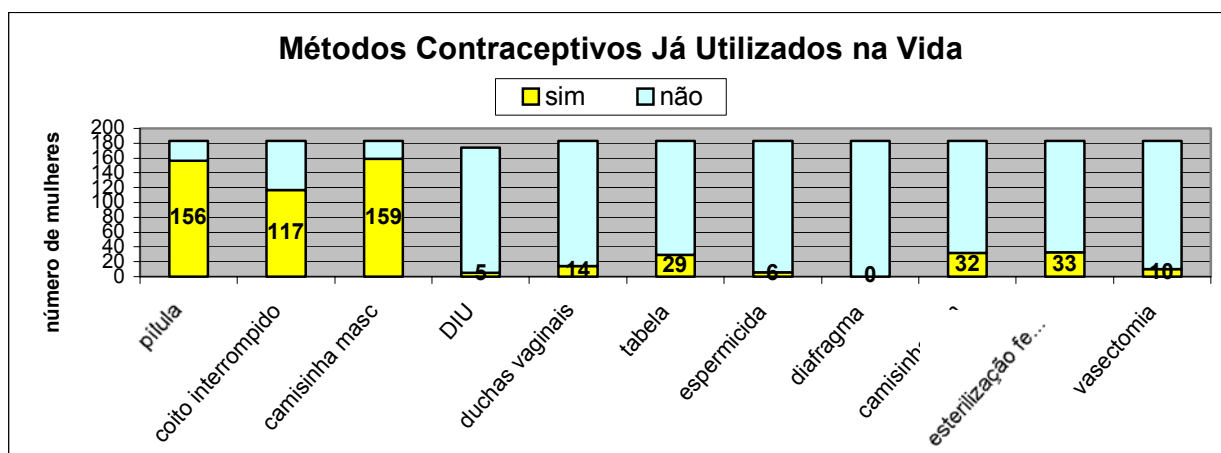


Além da primeira gravidez ocorrer, para mais de 86%, antes dos 25 anos, chama a atenção a quantidade de abortos em que resultam; 28 (16,3%) mulheres o relataram na primeira gestação, 8 (28,6%) ocorridos em gestações com 17 anos ou menos. Apenas 12 (6,5%) mulheres nunca chegaram a engravidar, até o momento da entrevista.

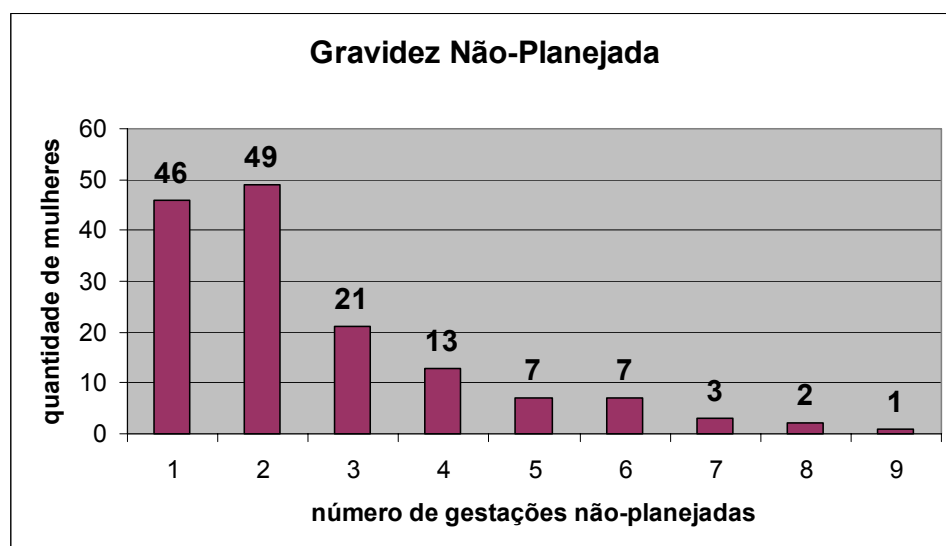
Idade da 1a. Gestação * Aborto na 1a. Gravidez
Crosstabulation

			Aborto na 1a. Gravidez	Total
			sim	
Idade da 1a. Gestação	14 a 17 anos	Count % within Aborto na 1a. Gravidez	8 28,6%	8 28,6%
	18 a 24 anos	Count % within Aborto na 1a. Gravidez	13 46,4%	13 46,4%
	25 a 29 anos	Count % within Aborto na 1a. Gravidez	6 21,4%	6 21,4%
	30 a 34 anos	Count % within Aborto na 1a. Gravidez	1 3,6%	1 3,6%
Total	Count % within Aborto na 1a. Gravidez	28 100,0%	28 100,0%	

No restante da vida sexual anterior a informação de infecção pelo HIV, os métodos mais utilizados foram a pílula (principalmente após parceria fixa), o coito interrompido e a camisinha masculina, variando conforme o tipo de parceria. As parcerias fixas são em número variado na vida dessas mulheres e 2 chegaram a ter, além de parceiros fixos e não-fixos, prática de sexo comercial com clientes.

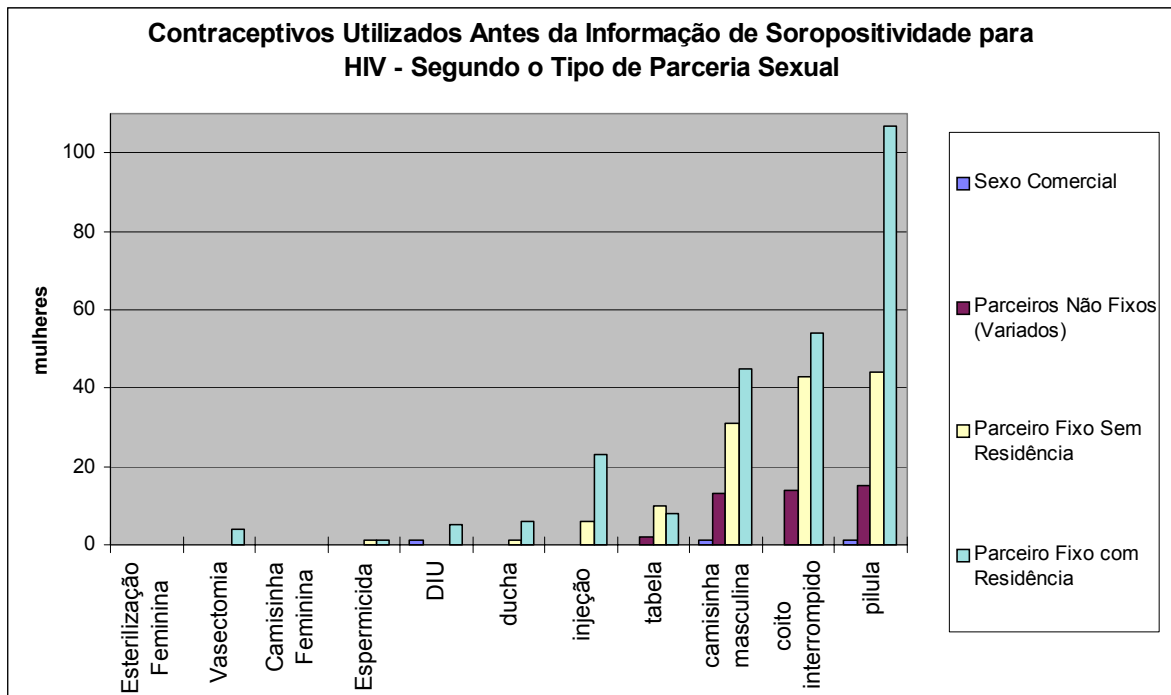


É importante lembrar, que o uso desses métodos, está orientado por vários fatores; entre eles pode-se citar: o número de gravidezes, que tem média de 2,8 ocorrências por mulher, incluindo as gestações não-planejadas, vividas por 147 mulheres (85,9% das que já engravidaram):

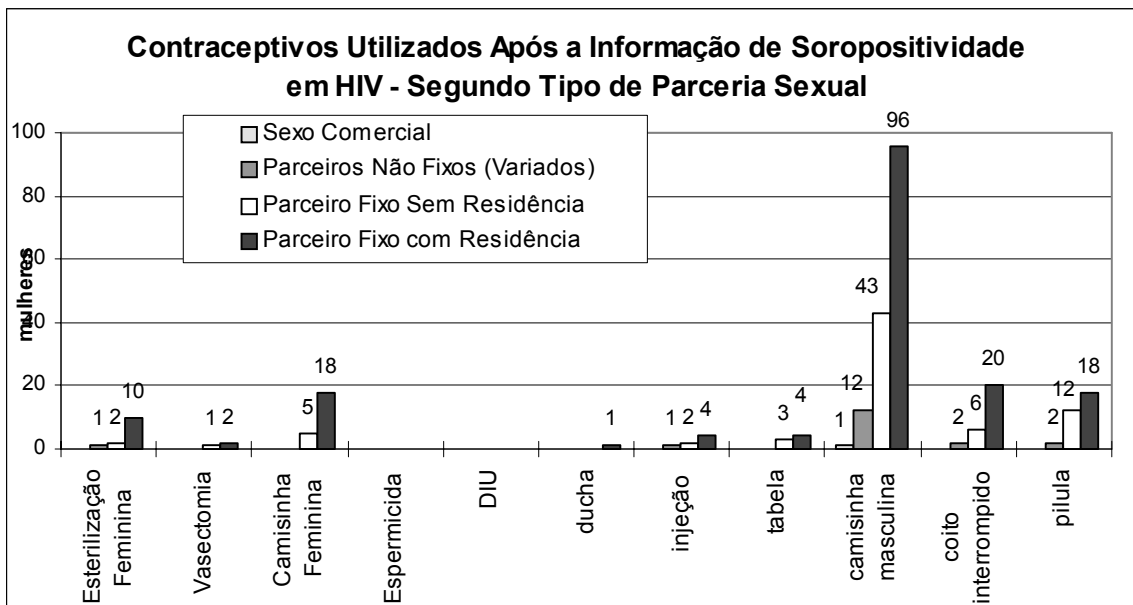


A ocorrência de abortos também influi nessas escolhas contraceptivas e teve ocorrência registrada em 60 casos (35% das que engravidaram); 25 deles (41,6% dos abortos) ocorridos de forma provocada, totalizando 45 abortos, uma média de 1,8 abortos provocados por cada uma das mulheres que realizaram tal prática.

Deve-se considerar, também, para a análise opções contraceptivas utilizadas, 3 casos de não uso de nenhum método contraceptivo na vida, a ausência de uso de contracepção, principalmente antes da primeira gestação (50,3% do total), além das mulheres que atualmente estão sem prática sexual devido ao impacto da aids.



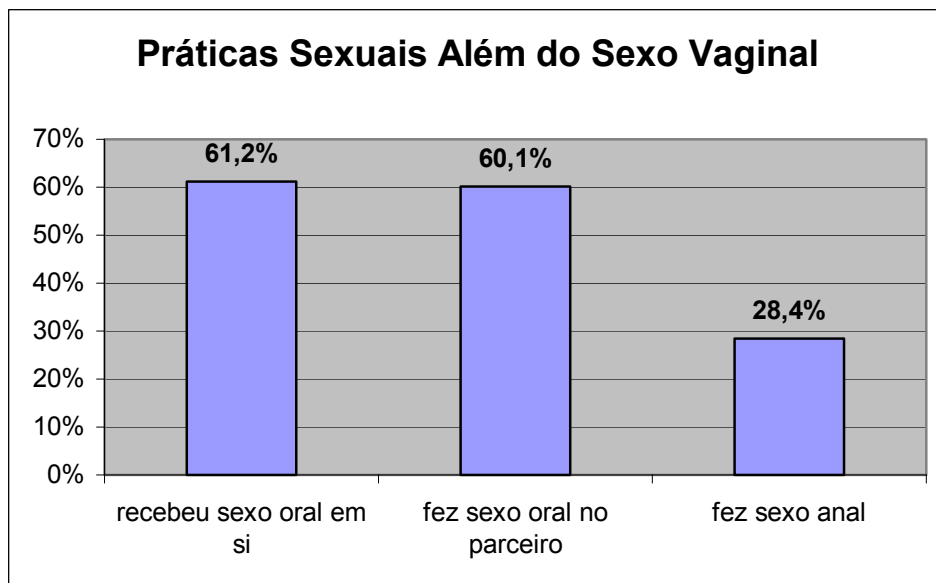
Após a informação de infecção pelo HIV, há uma mudança brusca nessas escolhas, com o abandono quase total do uso da pílula e da injeção hormonal e o início, em alguns casos, do uso da camisinha feminina, além da significativa adesão à camisinha masculina. Ocorre também uma mudança perceptível, com a redução da quantidade de parceiros eventuais e “casos”:



Tipos de Práticas Sexuais

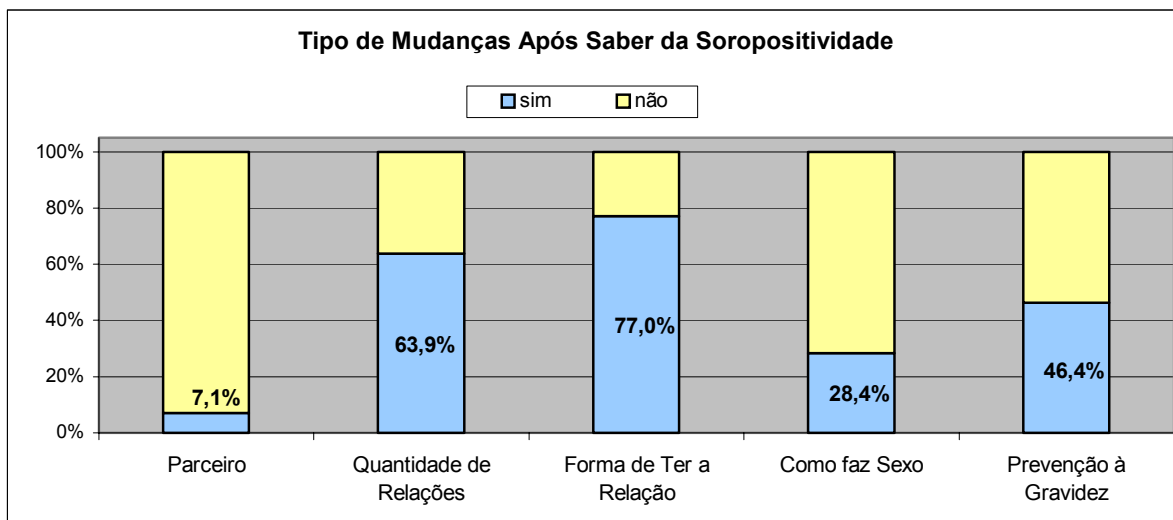
Além das parcerias descritas, 4 mulheres declararam ter sofrido estupro, mas nenhuma atribuiu sua infecção a este fato, já que as violências referidas foram, em geral, bastante anteriores ao conhecimento da sorologia positiva para HIV.

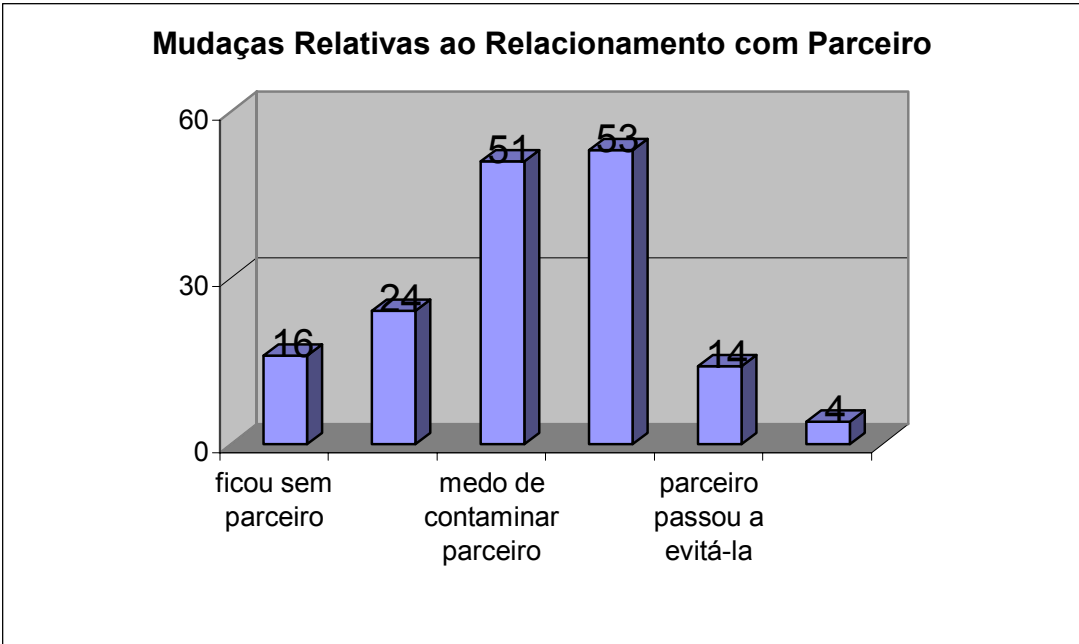
A infecção pelo HIV não alterou apenas a quantidade de parceiros e o tipo de contracepção utilizada pelas entrevistadas, mas também toda a prática sexual e íntima das parcerias. Das entrevistadas, 52 realizaram sexo anal, 110 praticaram sexo oral no parceiro e 112 tiveram prática de receber sexo oral em si. O sexo anal parece ser uma prática seleta a determinados parceiros fixos, pois 65,9% o realizou com apenas 1 parceiro, 27,2% com 2 parceiros, 4,5% com 3 parceiros e apenas 1 pessoa (2,2% das que praticaram sexo anal) fez essa prática com todos os parceiros fixos que teve.



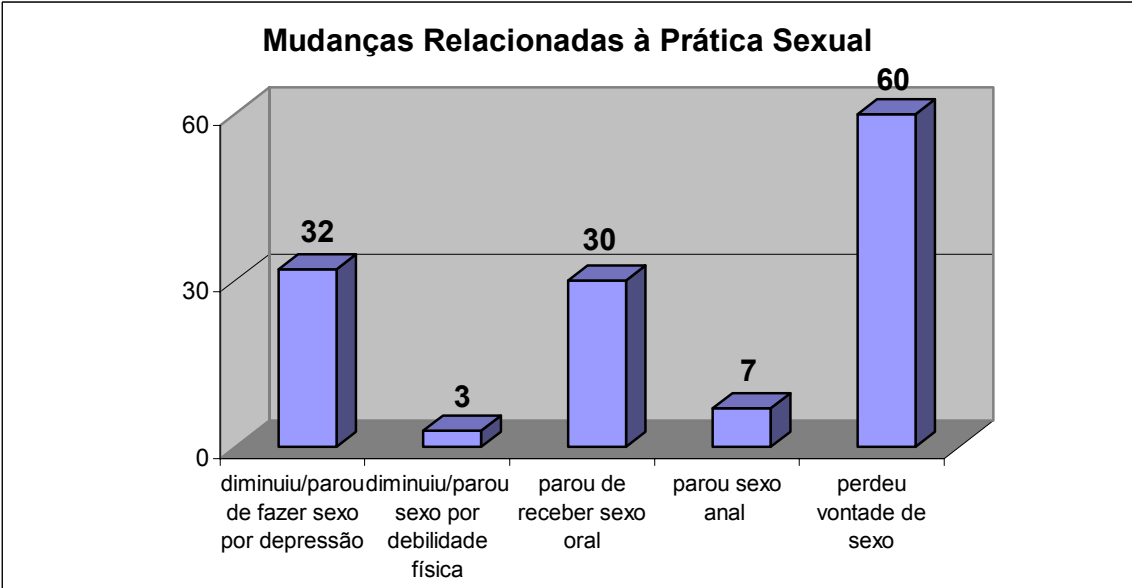
Nenhuma das mulheres que realizou o sexo comercial, relatou ter tido prática de sexo anal com seus clientes e apenas 1 delas, também casada, afirmou utilizara a camisinha masculina nessas parcerias comerciais.

Entre as mudanças relatadas após a informação da infecção pelo HIV, está a grande mudança com redução da quantidade de relações e, principalmente, do abandono ou redução do sexo oral, principalmente feito em seu próprio corpo.

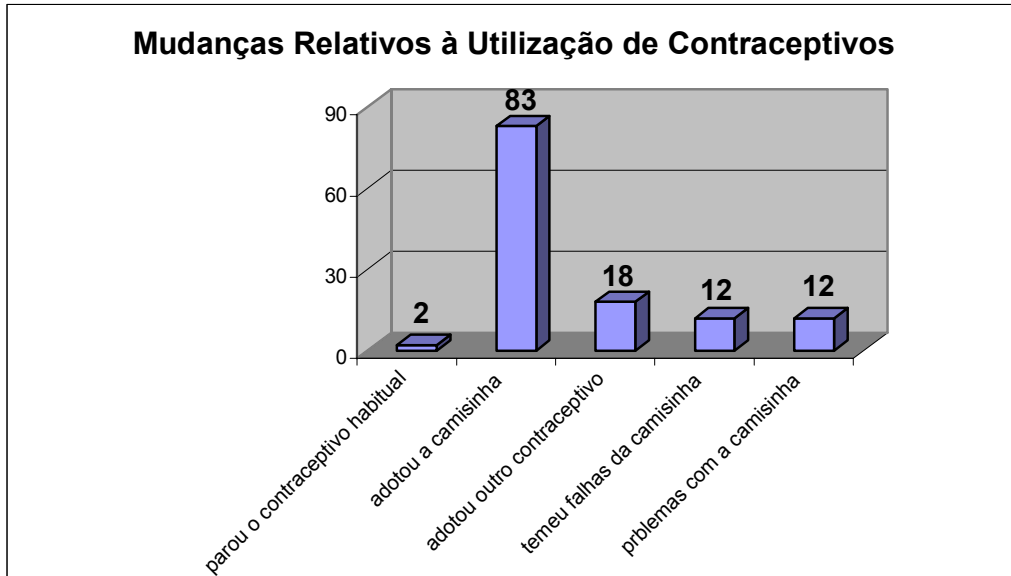




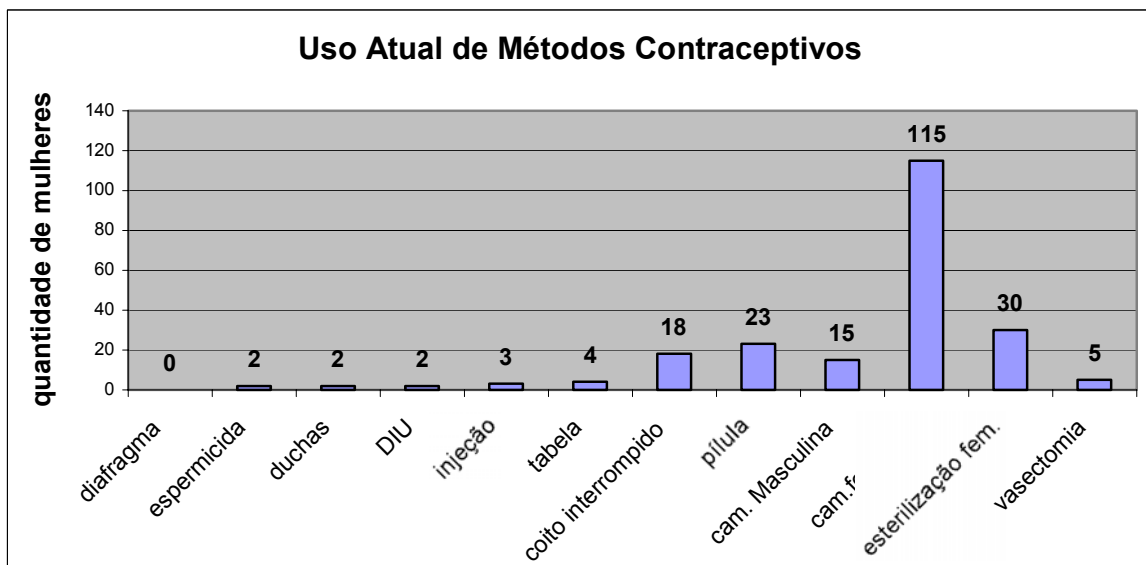
Além dessas mudanças, há períodos de rejeição aos parceiros, mas também serem rejeitadas por eles e perda da vontade de praticar sexo, para muitas até hoje, além do início do uso do preservativo masculino como método habitual.



Cabe lembrar, que muitas dessas mulheres descobriram sua soropositividade no pré-natal ou por motivo de doença de seus filhos ou parceiros, o que torna ainda mais complexa a avaliação das mudanças ocorridas em sua vida.

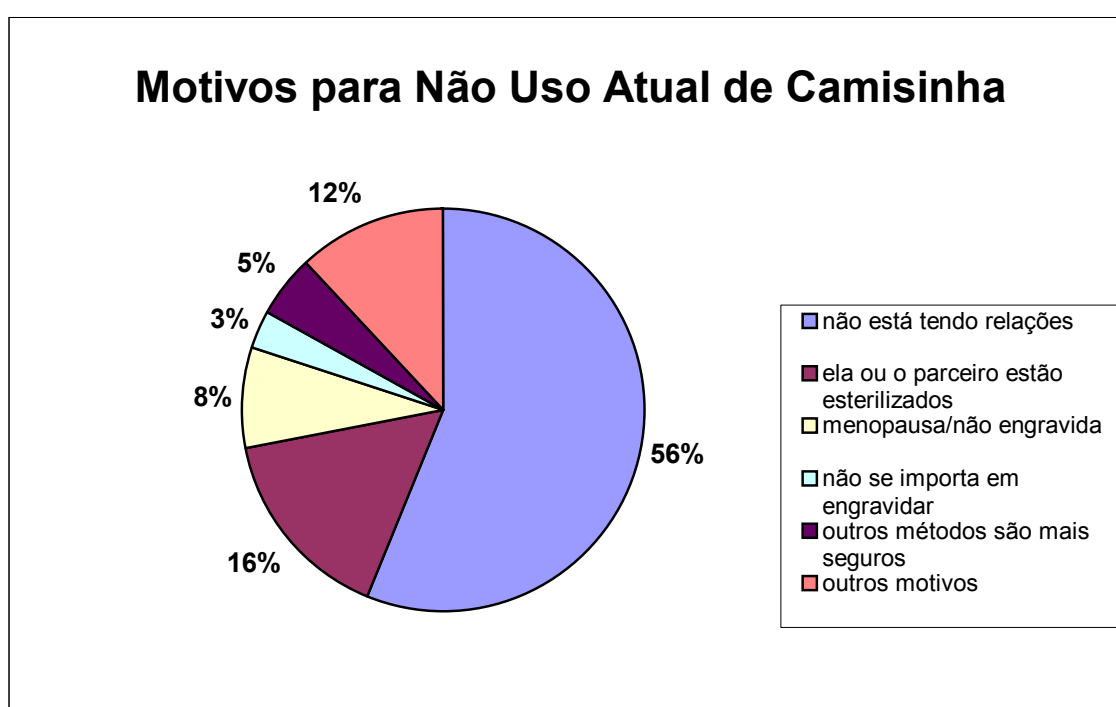


Atualmente, os métodos contraceptivos utilizados são, principalmente, a camisinha masculina (62,8%), o coito interrompido (9,8%) – utilizado geralmente quando há falta de preservativos ou em eventuais dias de não uso deste, e a pílula anticoncepcional e a injeção (ambos utilizados por 13% das mulheres) – usados, muitas vezes, juntamente com a camisinha masculina, procurando garantir uma maior proteção contraceptiva. Registra-se ainda, um grupo relativo, de 8,2% das entrevistadas, que iniciou o uso da camisinha feminina.

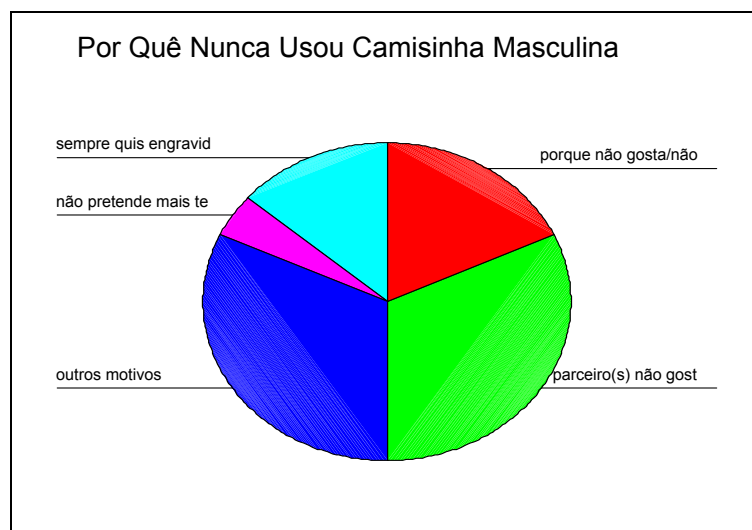


Uso de Camisinha Masculina

A camisinha não é, portanto, utilizada por 68 mulheres (37,2% do total), algumas delas com parceiros também com HIV, outras com parceiros que desconhecem sua condição de portadora, outras usuárias de outros métodos contraceptivos e alguma que não utilizam nenhuma opção contraceptiva devido à laqueadura ou a vasectomia de parceiros, ou até mesmo, à menopausa. Duas mulheres estão com esse não uso de método contraceptivo ligado à interrupção temporária devido à gestação em desenvolvimento.



Das mulheres que não utilizam a camisinha masculina, 24 (13,1% do total) afirmaram nunca terem experimentado esse método, devido à rejeição de parceiros à utilização deste, ao desinteresse por parte delas ou por escolha de outras formas de contracepção.



Das 179 mulheres que usaram ou usam a camisinha masculina, 71 delas (38%) relataram ter vivido experiências de falhas no seu uso, como estouros, vazamentos, ou permanência da camisinha dentro de seus corpos após a retirada do pênis.

Já Viveu Experiências de Falhas da Camisinha Masculina

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	71	38,8	38,8	38,8
não	112	61,2	61,2	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

Em vários casos, essas falhas resultaram em gravidez e uso de contracepção de emergência, que apesar de desconhecida por quase metade dessas mulheres (48,6%), já foi utilizada por 5 entrevistadas (2,7%).

A camisinha é considerada muito segura contra a gravidez apenas por 27,3% (50 mulheres); a maior parte a considerou mais ou menos segura (53%, 97 mulheres) e pouco ou nada segura (18,6%). Os motivos alegados para a sua eficácia é a experiência pessoal e a segurança atribuídas a esse método; a ineficácia referida se deve a quantidade de falhas imaginadas, vividas por essas mulheres ou relatadas por suas conhecidas.

Motivo pela Opinião de Segurança * Segurança da Camisinha para a Gravidez Crosstabulation

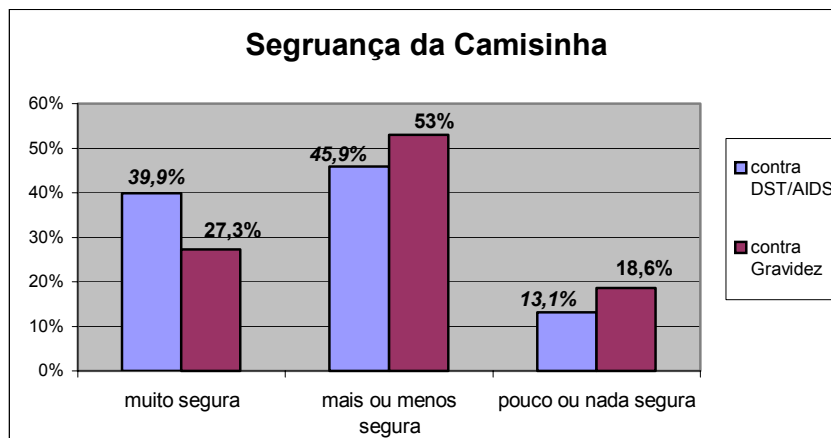
			Segurança da Camisinha para a Gravidez					Total
			muito segura	mais ou menos segura	pouco segura	nada segura	5	
Motivo pela Opinião de Segurança	possibilidade de segurança atribuída	Count % within Segurança da Camisinha para a Gravidez	25 50,0%	58 60,4%	13 59,1%	4 33,3%	5	100 54,9%
	experiência pessoal de segurança/falha	Count % within Segurança da Camisinha para a Gravidez	24 48,0%	26 27,1%	6 27,3%	7 58,3%		63 34,6%
	recomendação de segurança/falha de conhecidos	Count % within Segurança da Camisinha para a Gravidez	1 2,0%	11 11,5%		1 8,3%		13 7,1%
	conhecimento de experiência de falha/segurança de outros	Count % within Segurança da Camisinha para a Gravidez		1 1,0%	2 9,1%			3 1,6%
	não sabe	Count % within Segurança da Camisinha para a Gravidez			1 4,5%		2 100,0%	3 1,6%
Total	Count % within Segurança da Camisinha para a Gravidez	50 100,0%	96 100,0%	22 100,0%	12 100,0%	2 100,0%	182 100,0%	

Com relação à segurança da camisinha contra o contágio de DST e HIV, as mulheres fizeram uma melhor avaliação: 39,9% (73 mulheres) a consideraram muito segura, 45,9% mais ou menos segura e 13,1% pouco ou nada segura para esse propósito. A justificativa positiva desta opinião, geralmente refere-se a eficácia atribuída à camisinha em não possibilitar contato entre os órgãos e fluídos sexuais; a ineficácia é justificada como a possibilidade de rasgo desta e do possível contato com o sêmen e/ou com outras partes da região genital durante o ato sexual, que poderiam possibilitar o contágio por outras DST, além da aids.

Justificativas para Percepção para DST/AIDS * Segurança da Camisinha para DST/AIDS Crosstabulation

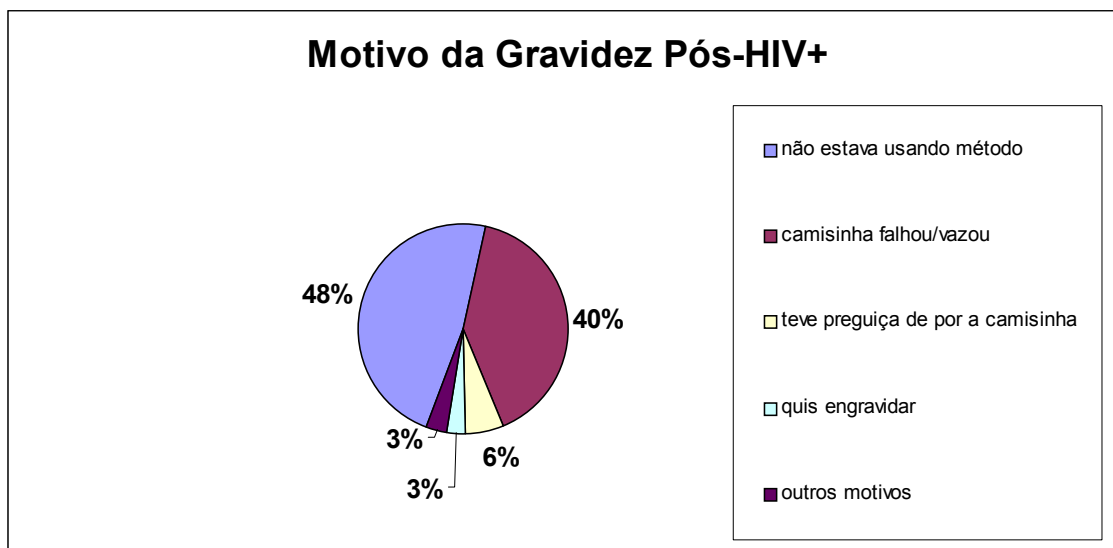
			Segurança da Camisinha para DST/AIDS					Total
			muito segura	mais ou menos segura	pouco segura	nada segura	5	
Justificativas para Percepção para DST/AIDS	possibilidade de segurança/falha	Count % within Segurança da Camisinha para DST/AIDS	49 67,1%	70 84,3%	11 64,7%	6 85,7%		136 75,1%
	experiência pessoal de segurança/falha	Count % within Segurança da Camisinha para DST/AIDS	18 24,7%	11 13,3%	4 23,5%	1 14,3%		34 18,8%
	recomendação de outras pessoas de segurança ou falha	Count % within Segurança da Camisinha para DST/AIDS	4 5,5%	1 1,2%	1 5,9%			6 3,3%
	conhecimento de experiências de segurança/falha com outros	Count % within Segurança da Camisinha para DST/AIDS	1 1,4%	1 1,2%	1 5,9%			3 1,7%
	não sabe	Count % within Segurança da Camisinha para DST/AIDS	1 1,4%				1 100,0%	2 1,1%
Total	Count % within Segurança da Camisinha para DST/AIDS	73 100,0%	83 100,0%	17 100,0%	7 100,0%	1 100,0%	181 100,0%	

Comparativamente, verifica-se uma avaliação bem reduzida da segurança da camisinha contra à gravidez, em comparação com sua avaliação para prevenção de DST/AIDS.



Gestações Após Saber-se Soropositiva

Apesar do uso de contracepção pela maioria, quase um terço, 27,5% (50 mulheres) engravidaram após saber serem soropositivas para HIV. Essas gestações ocorreram para 44 dessas mulheres de forma não-planejada e os motivos dessa gravidez são variados e se dão, muitas vezes, devido à própria falha no uso da camisinha masculina, incrivelmente relatada por 40% das que engravidaram.



Após a gravidez, muitas tiveram abortos, 11 mulheres (22%) e 39 (78%) prosseguiram a gravidez. O AZT foi utilizado no pré-natal por 28 das mulheres que deram continuidade à gestação (66,6%), contra 14 (33,3%) que não fizeram uso desta medicação; além de 26 (68,4%) que também fizeram o uso desta medicação no parto e 12 (31,6%) que não o utilizaram, causando uma redução nas taxas de transmissão vertical padrão para cerca

de 7,6%, já que 2 crianças nasceram com HIV e 24 negataram esse vírus ao longo dos primeiros meses de vida.

Dessas 2 crianças com HIV foram relatados casos de falecimento. Os falecimentos de filhos com aids ocorreram antes da descoberta da soropositividade pela mãe. Foi registrado um caso em que a mulher perdeu dois filhos por aids e só soube do motivo real de falecimento destes quando foi constatada a soropositividade para HIV na terceira gestação.

Considera-se que todas essas experiências práticas e emocionais pesem de forma essencial para a escolha da forma que essas mulheres farão sua contracepção daqui para a frente.

Perspectiva Futura de Contraceção

Considerando todos os eventos relatados e a especificidade individual da vida de cada mulher, a maior parte, 147 (88%) pretendem continuar a adotar a atual forma de contraceção, inclusive, das que não usam nada, muitas pretendem a continuar a fazer-lo, pois não pretendem ter mais parceiros ou relações, ou estão na menopausa e esterilizadas. As outras pretendem fazer alterações, ou adotando a camisinha, ou fazendo dupla prevenção com outro método; ou a que estão grávidas, passar a utilizar algum contraceptivo, conforme a tabela abaixo:

Motivo * Pretende Continuar a Utilizar o Atual Método Contraceptivo
Crosstabulation

Count		Pretende Continuar a Utilizar o Atual Método Contraceptivo			Total
		sim	não	não sabe	
Motivo	problemas de saude impedem de usar ou ter relações tem problema/não gosta de outros métodos	2			2
	para não passar HIV para parceiros	6	1		7
	regula a menstruação	43	1		44
	está esterilizada/sem útero, parceiro esterilizado	3			3
	está na menopausa/ acha que não engravida mais	17			17
	não pretende voltar a ter relações	5	1		6
	usará camisinha masculina ou feminina por higiene	12	2	1	15
	evita doenças camisinha segura contra gravidez e transmissão de AIDS		2		2
	está sem relações/sem parceiros	5	1		6
	toma muitos medicamentos e não quer /não pode tomar remédios	20			20
	não se importa em ficar grávida	9	4		13
	não confia na camisinha	12			12
	é lesbica	1			1
	quer fazer a esterilização feminina	4	4		8
	é o método mais seguro contra a gravidez	1	4		4
		2			2
Total		142	20	1	163

2.5 – Conclusões

O estudo demonstrou, confirmando tendências já divulgadas, que atualmente as mulheres com AIDS, são em sua maioria de baixa renda e contaminadas por via sexual, heterossexual e parceria fixa.

Mostrou, também, o seu perfil sexual e contraceptivo, onde a maioria inicia a vida sexual dos 15 aos 19 anos sem prática de contracepção e com parceiros fixos, geralmente namorados, só depois vindo a residir com esses parceiros ou futuros maridos.

O sexo anal e oral é comum para boa parte delas e o sexo anal se restringe a parceiros específicos.

Um fator de vulnerabilidade sexual registrado é a existência de alguns casos de prática de sexo comercial e casos de estupro.

Quase metade das mulheres tenta adotar alguma forma de prevenção contraceptiva antes da primeira gestação com uso de métodos comportamentais como coito interrompido, duchas ou tabelas e poucas com o uso de camisinha e pílula.

A pílula anticoncepcional é o método mais referido para a prática sexual com parceiro fixo, principalmente após moradia conjunta, seguido pelo coito interrompido. Na pesquisa ficou registrada a experimentação ou uso esporádico da camisinha masculina, mesmo antes da infecção pelo HIV, porém esse uso não é habitual, nem contínuo.

Metade das mulheres só passam a utilizar tais contraceptivos após a primeira gestação e a maioria quase todas têm filhos antes dos 25 anos. Dessa forma, constata-se um alto índice (+ de 80%) de mulheres com experiência de gestação não-planejada, muitos casos resultantes em abortos provocados.

A tendência de uso de contracepção utilizada demonstra a preocupação constante dessas mulheres com o tema, apesar da falta de informação e entendimento antes da primeira gravidez. As informações adquiridas, geralmente por amigas e mesmo profissionais de saúde, estimulam o uso dos métodos hormonais (pílula e injeção); ou o uso de alternativas comportamentais como “quebra-galho” em suas práticas sexuais.

O acesso a camisinha só é amplo após adquirirem HIV, o que implica também aumento no seu uso, apesar do não abandono de práticas como o coito interrompido.

Após a infecção, observa-se uma diminuição considerável de parceiros eventuais e o grande abandono de métodos contraceptivos anteriormente utilizados. Há uma visível migração da pílula e da injeção para o uso da camisinha e do coito interrompido, mostrando que as mulheres com AIDS não utilizam preservativo em todas as suas relações sexuais, mas adotam práticas cotidianas alternativas que complementam o seu uso.

A experiência dessas mulheres com a camisinha é de muitos casos de falha contraceptiva, principalmente após a contaminação, o que resulta em 40% de gestações não-planejadas após esse evento. Por esse motivo a camisinha é avaliada como bem menos eficaz para a gravidez do que para o combate às DST/AIDS, fazendo com que muitas mulheres busquem alternativas complementares para o seu uso, como a utilização de injeções contraceptivas, pílulas, coito interrompido e até a contracepção de emergência.

Essa última tem sido conhecida individualmente, já que o serviço saúde do município não faz divulgação de sua existência e possibilidade de uso para portadoras de HIV/AIDS.

Há casos de esterilização cirúrgica, majoritariamente feminina, entre essas mulheres, principalmente antes da informação de soropositividade. Considerando a tendência de uso desse método no país, conclui-se que, caso não houvesse informação sobre a infecção pelo HIV, muitas outras a teriam realizado, o que não ocorre devido a adoção contínua da camisinha. Mesmo assim, a falta de confiabilidade na camisinha leva algumas mulheres a se esterilizarem após saberem-se soropositivas em HIV.

Os impactos causados pela informação sobre a contaminação são intensos em sua vida e até anteriores a esse evento. Muitas tiveram parceiros contaminados, doentes ou até que já faleceram. Outras perderam filhos ou constataram a doença nesses. A maioria, no entanto, descobre a doença com sintomas em si mesma ou no exame pré-natal, o que traz uma reviravolta em suas perspectivas afetivas, de relacionamento, sexuais e reprodutivas.

Na prática, quando houve gestações, muitas utilizaram o AZT durante a gravidez e no parto, o que causou redução da contaminação via vertical para seus filhos e, conseqüentemente mortes desses.

As mudanças ocorridas com tal informação não ficam apenas no plano de uso de contracepção ou de cuidados com a doença, mas afetam os relacionamentos afetivo e sexuais. Muitas mulheres passaram a rejeitar seu parceiro e algumas foram rejeitadas sexualmente.

Para a maioria a infecção pelo HIV trouxe perda do desejo sexual e muitas, até hoje, não têm intenção de voltar a ter parceiros e/ou ter prática sexual.

Para as que voltaram a se relacionar sexualmente houve alterações no relacionamento, principalmente com a interrupção da prática de sexo oral em si e anal, além da considerável diminuição no número de relações sexuais.

Algumas mulheres passaram a ter problemas de relacionamento devido ao uso da camisinha, por rejeição de parceiros ou não confiabilidade em sua eficácia contraceptiva e, até mesmo, em raros casos, na sua proteção em não infectar esses parceiros.

A seleção de parceiros aumenta consideravelmente com a AIDS, principalmente por uma re-valorização dos relacionamentos e das concepções de família, estar junto e vida. Muitas referem o receio de iniciar relacionamentos temendo a desinformação e o

desentendimento dos parceiros sobre tais questões e sobre a problemática da AIDS, com manifestação de preconceito.

Aliás, os temores relatados durante as entrevistas e revelados nos questionários pela palavra **medo** são inúmeros: medo que a camisinha falhe, medo de pedirem exames de aids a filhos, medo do parceiro saber da doença, medo de ficar só, medo de parentes saberem sobre a soropositividade, medo de ser reconhecida nos serviços de saúde por vizinhos, medo do preconceito, medo de sair, medo de ir ao médico, medo de tomar remédios, medo que a doença se desenvolva, medo de morrer...

Existem casos de abandono ao uso da medicação e, até, de ida as consultas para não ser cobrada por essa postura de abandono. Foram registrados, também, falta de crença no resultado de exames e desconfiança da soropositividade e um caso de crença na própria cura, após a adoção de determinada religião.

Todas essas sensações, emoções e mudanças, salientam as alterações na estrutura sentimental, relacional e de auto-estima dessas mulheres, que não são meros detalhes, mas pilares de sua vivência atual.

Considera-se fundamental que recebam apoio psicológico dirigido às suas demandas relacionais na área sexual e afetiva, principalmente na fase de descoberta da soropositividade.

Considera-se, também, que métodos contraceptivos complementares à camisinha sejam orientados pelos programas de atendimento a essas mulheres com AIDS, que ao mesmo tempo não deixem de incentivar a permanência de uso dos preservativos (como por exemplo, a contracepção de emergência), de forma que possam exercer com mais tranquilidade o exercício de sua sexualidade e o planejamento de suas vidas.