



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

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

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

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

### Como citar este artículo:

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

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

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

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

### ABSTRACT

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

### DESCRIPTORS

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

### Autor correspondiente:

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

Recibido: 04/10/2016  
Aprobado: 26/01/2017

## INTRODUCCIÓN

Hay 36,7 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo, y el número de mujeres infectadas es más de la mitad de esa población<sup>(1)</sup>. Hubo una expansión del acceso a la terapia anti-retroviral (TARV), proporcionando una mejor calidad de vida y aumentó la supervivencia de las personas con el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que presenta desafíos para asegurar la salud general de estos individuos<sup>(1-2)</sup>. En este sentido, se puede observar una disminución de la morbilidad y la mortalidad y aumento en el número de mujeres con VIH/SIDA en edad reproductiva, lo que lleva a ampliar la discusión sobre la planificación familiar<sup>(2-3)</sup>, con el fin de mantener la salud de la mujer, garantizar los derechos reproductivos, prevenir embarazos no deseados y la muerte materna, así como la prevención de la propagación del virus y la transmisión vertical<sup>(4)</sup>.

Brasil es reconocido por tener un programa nacional de VIH/SIDA que garantiza la libre y sostenible oferta de los medicamentos antirretrovirales para todas las personas con VIH/SIDA, incluyendo las mujeres embarazadas, además de ofrecer pruebas rápidas, y las pruebas serológicas para la detección del VIH para las mujeres embarazadas<sup>(5)</sup>. A pesar de estos avances, existen disparidades sociales entre las regiones del país en relación con la tasa de detección de virus en esta población. En el Nordeste, las tasas de detección del VIH son menores y las mujeres embarazadas tienen una educación inferior, de modo que son las más afectadas en el país<sup>(6)</sup>. Por lo tanto, existe un vacío de información sobre los factores que afectan el deseo de tener un niño entre estas mujeres y el uso de métodos anticonceptivos en esta región de Brasil.

La evidencia sugiere que a pesar de la posibilidad de que las mujeres con VIH/SIDA tengan una vida sexual y reproductiva saludable y satisfactoria, existen retos relacionados con el acceso a los servicios y derechos de salud sexual y reproductiva, incluida la oferta de métodos anticonceptivos<sup>(7)</sup>. Por otra parte, las barreras como la falta de poder de decisión de las mujeres, la falta de recursos materiales y humanos, y la baja calidad de los servicios de planificación familiar, aumentan la vulnerabilidad de las mujeres con respecto a los aspectos reproductivos.

La mayoría de los estudios sobre aspectos reproductivos de las mujeres con VIH/SIDA se ha desarrollado en los países africanos<sup>(8-10)</sup>, donde se concentra la mayor incidencia de casos. Es importante tener en cuenta que Brasil no es diferente, ya que tiene el mayor número de VIH/SIDA en América Latina<sup>(11)</sup>, lo que demuestra la necesidad de evaluar los aspectos reproductivos de estas mujeres. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar los aspectos reproductivos y el conocimiento acerca de planificación familiar de las mujeres con SIDA.

## MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, desarrollado en la clínica de enfermedades infecciosas de un hospital universitario en Fortaleza, Ceará, desde enero hasta diciembre 2015. Esa clínica atiende a pacientes adultos

con VIH/SIDA, proporciona TARV, exámenes de laboratorio y de imagen, y preservativos. Teniendo en cuenta la población de mujeres con SIDA, acompañadas por el servicio de salud durante el período de estudio fue utilizada la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra de población finita:

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

En esta fórmula, el  $z$  es igual al valor de la estadística  $z$  (1,96) adoptado para el grado de confianza (95%) y  $p$ ,  $N$  y  $\varepsilon$  corresponden la presunta prevalencia (0,50), la población de mujeres acompañadas en el servicio (135) y el error tolerable (0,05), respectivamente. Por lo tanto, se calculó una muestra de 102 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres con SIDA, edad mayor o igual a 18 años, independientemente de si tienen o no pareja sexual (fija o eventual). Mujeres embarazadas y con condiciones que interferían con la comprensión de la información investigada fueron excluidas. La técnica de muestreo por conveniencia se utilizó para la selección de los participantes, y se invitó a las mujeres a participar en el estudio, en la oportunidad de su atención para consultas. Para la recolección de datos se llevaron a cabo entrevistas en un ambiente privado, con una duración de 50 minutos, utilizando un formulario con las variables: datos sociodemográficos y clínicos, métodos anticonceptivos en uso, historia reproductiva y el conocimiento de la planificación familiar.

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Para las asociaciones estadísticas se consideraron como variables dependientes: el deseo de tener hijos, si tiene hijos, orientación sobre planificación familiar en la presencia del VIH, además de respuestas a las preguntas: *¿Quién tiene VIH puede tener hijos?* *¿Pareja con la misma serología puede tener hijos?* Las otras variables fueron catalogadas como independientes. La asociación entre variables categóricas se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado para las variables independientes, valor de *odds ratio* (OR) e intervalo de confianza (IC) de 95%. Fue considerado estadísticamente significativo el valor de  $p < 0,05$ . Los datos fueron tabulados en Excel y se analizaron a través *software* R, versión 3.2.2.

El estudio cumplió con los aspectos éticos y legales de la Resolución N° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, sobre investigaciones realizadas en seres humanos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Walter Cantídio, el 9 de marzo de 2015, en el dictamen n° 992.484.

## RESULTADOS

De las 102 mujeres estudiadas, más de la mitad tenían menos de 39 años (56,9%) (media  $\pm$  DE: 37,3  $\pm$  6,4), escolarización igual o superior de 10 años de estudio (59,8%) (media  $\pm$  DE: 9,7  $\pm$  3,6). La mayoría eran católica (66,7%), casadas (67,6%), ocupadas (52,0%), ingreso familiar igual o inferior a dos salarios mínimos (80,4%), el tiempo de diagnóstico igual o superior de 37 meses (82,4%) y el tiempo de TARV igual o menor de cinco años (57,1%) (Tabla 1).

**Tabla 1** – Caracterización sociodemográfica y clínica de las 102 mujeres que viven con el SIDA – Fortaleza, Ceará, Brasil, enero/diciembre 2015

| Variables sociodemográficas y clínicas                                     | N (%)     |
|--|-----------|
| <b>Edad (en años)</b>  |           |
| < 39   | 58 (56,9) |
| ≥ 40   | 44 (43,1) |
| <b>Escolarización (en años)</b>  |           |
| < 9  | 41 (40,2) |
| ≥ 10   | 52 (59,8) |
| <b>Estado civil</b>  |           |
| Casada   | 69 (67,6) |
| Soltera/divorciada/separada/viuda  | 33 (32,4) |
| <b>Religión</b>  |           |
| Católica   | 68 (66,7) |
| Otras (evangélica/espírita/sin religión)                                   | 34 (33,3) |
| <b>Situación ocupacional</b>   |           |
| Ocupada  | 53 (52,0) |
| Desocupada/jubilada  | 49 (48,0) |
| <b>Ingreso mensual familiar (en salarios mínimos)*</b>                     |           |
| ≤ 2  | 82 (80,4) |
| > 2  | 20 (19,6) |
| <b>Tiempo del diagnóstico de la serología anti-VIH positiva (en meses)</b> |           |
| < 36   | 18 (17,6) |
| ≥ 37   | 84 (82,4) |
| <b>Tiempo de uso de la terapia antirretroviral (en años)</b>               |           |
| < 5  | 64 (57,1) |
| ≥ 6  | 38 (42,9) |

La mayoría fue diagnosticada con el VIH en la atención prenatal (96,1%). Después del nacimiento del niño expuesto al VIH, más de la mitad (63,7%) no tenía la intención de tener más hijos. La mayoría tenía hijos en el momento de la entrevista (84,3%), con un predominio de uno o dos niños

(51,9%) y sólo una reveló que la serología anti-VIH fue positiva de la niño. Muchas tenían una pareja estable (75,0%) que conocía su estado de VIH (73,5%). Se destacó el uso del preservativo masculino (58,8%) y un menor uso de anticonceptivos orales (23,5%) (Tabla 2).

**Tabla 2** – Historia reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos de 102 mujeres que viven con el SIDA – Fortaleza, Ceará, Brasil, enero/diciembre 2015

| Historia reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos             | N (%)     |
|---|-----------|
| <b>Descubrimiento de la serología anti-VIH positiva prenatalmente</b> |           |
| Si  | 98 (96,1) |
| No  | 4 (3,9)   |
| <b>Mujer desea tener hijo</b>   |           |
| Si  | 37 (36,3) |
| No  | 65 (63,7) |
| <b>Tiene hijos</b>  |           |
| Si  | 86 (84,3) |
| No  | 16 (15,7) |
| <b>Número de hijos</b>  |           |
| 0   | 16 (15,7) |
| 1   | 35 (34,3) |
| 2   | 18 (17,6) |
| ≥ 3   | 33 (32,4) |

continúa...

...continuación

| Historia reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos | N (%)     |
|---|-----------|
| <b>Hijos con serología anti-HIV positiva</b>              |           |
| Si  | 1 (1,0)   |
| No  | 96 (99,0) |
| <b>Pareja sexual fija*</b>                                |           |
| Si  | 72 (75,0) |
| No  | 14 (25,0) |
| <b>Pareja sabe el estado serológico de la mujer</b>       |           |
| Si  | 75 (73,5) |
| No  | 24 (23,5) |
| <b>Uso de preservativo masculino</b>                      |           |
| Si  | 60 (58,8) |
| No  | 42 (41,2) |
| <b>Ligadura de trompas</b>                                |           |
| Si  | 20 (19,6) |
| No  | 82 (80,4) |
| <b>Anticonceptivo oral</b>                                |           |
| Si  | 24 (23,5) |
| No  | 78 (76,5) |

\*Definido como aquel relacionamiento con relación afectivo-sexual con duración mínima de tres meses.

Mientras que la mayoría cree que las mujeres con SIDA pueden tener hijos (78,4%), sólo un tercio (33,3%) dijeron que han recibido información sobre la planificación familiar, mientras que más de la mitad no sabía formas de prevención

de la transmisión vertical (55,9%). En cuanto a la influencia de la serología de la pareja en la concepción, la porción más grande creía que seroconcordantes podían tener hijos (53,9%), pero no serodiscordantes (52,0%) (Tabla 3).

**Tabla 3** – Conocimiento acerca de la planificación familiar de las 102 mujeres que viven con el SIDA – Fortaleza, Ceará, Brasil, enero/diciembre 2015

| Conocimiento acerca de la planificación familiar                                  | N (%)     |
|---|-----------|
| <b>¿Recibió orientación sobre planificación familiar en la presencia del VIH?</b> |           |
| Si  | 34 (33,3) |
| No  | 68 (66,7) |
| <b>¿Quién tiene el VIH puede tener hijos?</b>                                     |           |
| Si  | 80 (78,4) |
| No  | 22 (21,6) |
| <b>¿Sabe cómo prevenir la transmisión vertical del VIH?</b>                       |           |
| Si  | 45 (44,1) |
| No  | 57 (55,9) |
| <b>¿Mujer que tiene VIH y pareja serodiscordante* puede tener hijos?</b>          |           |
| Si  | 49 (48,0) |
| No  | 53 (52,0) |
| <b>¿Mujer que tiene VIH y pareja seroconcordante† puede tener hijos?</b>          |           |
| Si  | 55 (53,9) |
| No  | 48 (46,1) |

\*Serodiscordante: compañero con serología anti-VIH negativa; †Seroconcordante: compañero con serología anti-VIH positiva.

Las mujeres con una pareja fija eran más propensas a querer tener niños ( $p=0,04$ ;  $OR=1,34$ ,  $IC95\%= 0,4-4,9$ ), pero los que tienen uno o más hijos ( $p=0,01$ ;  $OR=1,50$ ;  $IC95\%=0,4-5,2$ ) o que hicieron una ligadura de trompas

( $p=0,01$ ,  $OR=0,16$ ,  $IC95\%= 0,0-0,6$ ) no querían más hijos. La ligadura de trompas fue mayor en las mujeres que no han recibido orientación sobre planificación familiar en la presencia del VIH ( $p=0,03$ ;  $OR=5,35$ ,  $IC95\%= 1,4-38,4$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4** – Historia reproductiva y métodos anticonceptivos asociados con el deseo de tener hijos de 102 mujeres con SIDA – Fortaleza, Ceará, Brasil, enero/diciembre 2015

| Variables                  | Deseo de tener hijos |       | p     | OR†, IC‡         | Orientaciones sobre planificación familiar durante la vigencia de VIH |        | p     | OR†, IC‡       |
|----------------------------|----------------------|-------|-------|------------------|---|--------|-------|----------------|
|                            | Sí(n)                | No(n) |       |                  | Sim(n)  | Não(n) |       |                |
| <b>Número de hijos</b>     |                      |       |       |                  |   |        |       |                |
| 0                          | 9                    | 7     | 0,01* | 1,0              | 7   | 9      | 0,08  | —              |
| 1                          | 16                   | 19    |       | 1,50(0,4-5,2)    | 16  | 19     |       | —              |
| 2                          | 7                    | 11    |       | 1,97(0,5 – 8,3)  | 3   | 15     |       | —              |
| ≥ 3                        | 5                    | 28    |       | 6,75(1,7 – 29,6) | 8   | 25     |       | —              |
| <b>Pareja sexual fija</b>  |                      |       |       |                  |   |        |       |                |
| Si                         | 31                   | 41    | 0,04* | 1,0              | 25  | 47     | 0,89  | —              |
| No                         | 6                    | 24    |       | 2,94(1,1 – 8,9)  | 4   | 10     |       | —              |
| <b>Ligadura de trompas</b> |                      |       |       |                  |   |        |       |                |
| Si                         | 2                    | 18    | 0,01* | 1,0              | 32  | 50     | 0,03* | 1,0            |
| No                         | 35                   | 47    |       | 0,16(0,0-0,6)    | 2   | 18     |       | 5,35(1,4-38,4) |

\*p<0,05; †odds ratio; ‡Intervalo de confianza.

Mujeres con edades ≤ 39 años y más educación tenían más probabilidades de tener la información correcta sobre la posibilidad de tener hijos en presencia del VIH (p=0,01, OR=0,22, IC95%=0,1-0,6). Estas mismas mujeres contestaron que las parejas seroconcordantes podían tener hijos (p=0,00; OR=0,27; IC95%= 0,1-0,6). La variable “tienen hijos” mostró

una asociación estadísticamente significativa con la edad (p=0,05, OR=3,44, IC95%=1,1-12,0), la educación (p=0,04; OR=5,61; IC95%=1,4-41,0) y el tiempo de TARV (p=0,01; OR=0,11; IC95%=0,0-0,6), es decir, mujeres con edades ≤ 39 años, educación superior y tiempo de uso de TARV inferior o igual a cinco años eran más propensas a tener hijos (Tabla 5).

**Tabla 5** – Aspectos sociodemográfico y clínicos asociados con la historia reproductiva, el uso de anticonceptivos y el conocimiento de la planificación familiar de las 102 mujeres con SIDA – Fortaleza, Ceará, Brasil, enero/diciembre 2015

| Variables   | Tiene hijos |       | p     | OR†,IC‡            | Deseo de tener hijos |       | p     | OR†, IC‡ | ¿Quién tiene VIH puede tener hijos? |       | p     | OR†/IC‡           | ¿Pareja seroconcordante puede tener hijos? |       | p      | OR†,IC‡           |
|---|-------------|-------|-------|--------------------|----------------------|-------|-------|----------|-------------------------------------|-------|-------|-------------------|--|-------|--------|-------------------|
|   | Sí(n)       | No(n) |       |                    | Sí(n)                | No(n) |       |          | Sí(n)                               | No(n) |       |                   | Sí(n)                                      | No(n) |        |                   |
| <b>Edad</b>   |             |       |       |                    |                      |       |       |          |                                     |       |       |                   |  |       |        |                   |
| ≤ 39  | 53          | 5     | 0,05* | 1,0                | 24                   | 34    | 0,30  | —        | 47                                  | 11    | 0,62  | —                 | 30   | 28    | 0,76   | —                 |
| ≥ 40  | 33          | 11    |       | 3,44<br>(1,1-12,0) | 13                   | 31    |       | —        | 33                                  | 11    |       | —                 | 25   | 19    |        | —                 |
| <b>Escolarización (años)</b>                          |             |       |       |                    |                      |       |       |          |                                     |       |       |                   |  |       |        |                   |
| ≤ 9   | 39          | 2     | 0,03* | 1,0                | 11                   | 30    | 0,16  | —        | 26                                  | 15    | 0,01* | 1,0               | 14   | 27    | 0,002* | 1,0               |
| ≥ 10  | 47          | 14    |       | 5,40<br>(1,4-39,2) | 26                   | 35    |       | —        | 48                                  | 6     |       | 0,22<br>(0,1-0,6) | 41   | 20    |        | 0,26<br>(0,1-0,6) |
| <b>Ingreso mensual familiar (en salarios mínimos)</b> |             |       |       |                    |                      |       |       |          |                                     |       |       |                   |  |       |        |                   |
| ≤ 2   | 69          | 13    | >0,99 | —                  | 30                   | 52    | >0,99 | —        | 62                                  | 20    | 0,27  | 0,32<br>(0,0-2,3) | 43   | 39    | 0,72   | —                 |
| > 2   | 17          | 3     |       | —                  | 7                    | 13    |       | —        | 18                                  | 2     |       | —                 | 12   | 8     |        | —                 |
| <b>Tiempo de uso de TARV (años)</b>                   |             |       |       |                    |                      |       |       |          |                                     |       |       |                   |  |       |        |                   |
| ≤ 5   | 3           | 4     | 0,01* | 1,0                | 1                    | 6     | 0,40  | —        | 6                                   | 1     | 0,99  | —                 | 6  | 1     | 0,17   | —                 |
| ≥ 6   | 83          | 12    |       | 0,11<br>(0,0-0,6)  | 36                   | 59    |       | —        | 74                                  | 21    |       | —                 | 49   | 46    |        | —                 |

\*p<0,05; †odds ratio; ‡Intervalo de confianza.

## DISCUSIÓN

El predominio de la edad menor de 39 años, de unión estable y de ingreso familiar bajo entre las participantes en el estudio muestra la exposición de las mujeres socioeconómicamente vulnerables en edad reproductiva al virus de

transmisión sexual, lo que está de acuerdo con otros estudios<sup>(4,12-13)</sup>. Como se indica en este estudio, después del diagnóstico, las mujeres con VIH/SIDA siguen siendo laboralmente activas para garantizar el mantenimiento de los niños y parejas<sup>(14)</sup>.

En este estudio, la mayoría de las mujeres reportaron tener más de 10 años de estudio, lo que puede explicar el hecho de que algunos de los encuestados eran conscientes de la información general sobre la planificación familiar en la presencia del VIH, lo que indica una mayor posibilidad de comprensión y adhesión a las recomendaciones para la anticoncepción. Este alto nivel de educación difiere de estudios en África<sup>(8-9)</sup>, donde el acceso a la educación es limitado.

La mayoría de las mujeres investigadas en este estudio vivían con el VIH durante más de tres años y estaba en tratamiento antirretroviral desde el diagnóstico. Por otra parte, había descubierto la serología durante la atención prenatal. Esto confirma la garantía de acceso al diagnóstico y el tratamiento con fármacos antirretrovirales en mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional<sup>(5)</sup>, un indicador importante para la prevención de la transmisión vertical del virus. Es de destacar que estas mismas características clínicas también se encontraron entre las mujeres africanas<sup>(14-15)</sup>.

A medida que se produjo el descubrimiento de la infección entre los participantes de este estudio durante el período prenatal, más de la mitad de las mujeres con VIH/SIDA ha tenido uno o dos niños en el momento de la entrevista, número similar a la encontrada en otros estudios<sup>(10,13-14)</sup>. La evidencia muestra que la maternidad es una motivación importante para las mujeres con VIH/SIDA dar continuidad a los planes de vida y adherencia al tratamiento<sup>(15)</sup>.

Aunque la mayoría de las mujeres con SIDA están en edad reproductiva y tienen vida sexual activa, muchos no desean tener hijos en el futuro, un hallazgo similar a otros estudios<sup>(9-10,12)</sup>. En este estudio, este aspecto puede estar asociado con el hecho de que las mujeres tienen un bajo ingreso familiar, ya tienen hijos o la falta de oportunidades para discutir los aspectos relacionados con la reproducción con profesionales de la salud. En corroboración, la evidencia muestra que la decisión de no tener hijos pueden relacionarse con dificultades financieras, ya cuenta con un número de niños que considera apropiado, con la estigmatización por parte de los profesionales de salud y la familia, además de la preocupación por la orfandad, la transmisión vertical y la serodiscordancia en la pareja<sup>(15-16)</sup>.

En cuanto a la planificación familiar, la mayoría de las entrevistadas no estaban usando anticonceptivos en la forma recomendada para las personas con VIH/SIDA, que es el uso del preservativo en todas las relaciones, lo cual aumenta el riesgo de embarazo no deseado y la reinfección por VIH. Se destacó el uso aislado del preservativo masculino, sin embargo, este porcentaje se considera bajo, dado que la adhesión prevista debe ser de 100% de estos individuos. Esta baja adherencia al preservativo está de acuerdo con los resultados de otros estudios<sup>(7,14,16-17)</sup>. Se hace hincapié en la necesidad de profesionales de la salud para investigar las barreras para el uso correcto y consistente de preservativos, como medida de auto-cuidado para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>(18)</sup>.

Algunos de los encuestados estaban usando anticonceptivos orales, lo que puede indicar bajo acceso de este método para las mujeres asistidas en forma ambulatoria<sup>(17)</sup> o dudas

acerca de la posibilidad de interacciones con otros medicamentos con TARV<sup>(19)</sup>. Por otra parte, el anticonceptivo oral es otra tableta adicional que se toma a diario, con la posibilidad de desencadenar reacciones adversas tales como náuseas y sangrado vaginal irregular, lo que contribuye a la suspensión de su uso<sup>(20)</sup>. En la medida que la anticoncepción hormonal en mujeres con VIH es una medida segura y sin restricciones, profesionales de la salud deben recomendar la combinación con los preservativos para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual<sup>(21)</sup>. Acerca de la ligadura de trompas, su bajo porcentaje de utilización converge con la literatura<sup>(14)</sup>. Sin embargo, es necesario fomentar la adhesión de las mujeres brasileñas con VIH/SIDA a los métodos no definitivos. Por otra parte, la posibilidad de reducir la adherencia al preservativo después de la ligadura de trompas indica la importancia de la orientación en la continuación de su uso para prevenir la re-infección por el VIH y la adquisición de otras infecciones<sup>(22)</sup>.

Mientras que en Brasil existe una política de prevención de la transmisión vertical del VIH<sup>(22)</sup>, existe una brecha en relación a recibir orientación sobre cómo prevenir la transmisión y reproducción en la presencia del VIH, una situación similar a la encontrada en estudios realizados en países africanos<sup>(16,23)</sup>. Este estudio pone de manifiesto la renuencia de las mujeres con VIH/SIDA para hablar de la sexualidad y su deseo reproductivo por temor a la reacción adversa al embarazo de parte de los profesionales de la salud, que a menudo consideran el deseo de tener hijos como irresponsable y existe mala información sobre el riesgo de transmisión vertical del VIH<sup>(24)</sup>. Esto es preocupante, debido al limitado conocimiento puede anular la voluntad y los derechos de las mujeres con VIH/SIDA de tener hijos, lo que aumenta el riesgo de embarazo no deseado y la exposición de los lactantes al virus<sup>(9)</sup>.

Este estudio reveló que las mujeres que no recibieron información sobre la planificación familiar son más propensas a realizar la ligadura de trompas, que puede estar asociado con el conocimiento limitado y mitos sobre otros métodos anticonceptivos, lo que demuestra la necesidad de profesionales de la salud para ofrecer asesoramiento a las mujeres con SIDA acerca de las opciones, beneficios y riesgos de cada método para promover su autonomía en la toma de decisiones<sup>(2,15)</sup>.

Una pareja fija se destacó como un factor clave en el deseo de tener hijos, de forma similar a otros estudios<sup>(9,25)</sup>. En general, las mujeres con VIH/SIDA que tienen parejas estables a menudo comparten las decisiones reproductivas con sus parejas, configurándose como una forma importante de apoyo social<sup>(2)</sup>. La relación de confianza entre las pacientes investigadas y sus compañeros fue confirmada por el alto porcentaje de mujeres que reveló su *status* serológico para su pareja, en línea con otros estudios<sup>(14-15,17)</sup>. Se observó una asociación entre el hecho de tener hijos, edad y educación, que converge con una revisión sistemática de la fertilidad en personas con VIH<sup>(2)</sup>, lo que indicaba que las mujeres jóvenes son biológicamente más propensas a tener niños, y aquellos con educación superior tienen más acceso a la información sobre los derechos reproductivos y la prevención de la transmisión vertical<sup>(23)</sup>.

La serodiscordancia entre la pareja fue identificado como un desincentivo para tener hijos, de acuerdo con la evidencia que demuestra el dilema que experimentan las mujeres frente a la posibilidad de contaminación del producto de la concepción y de su compañero<sup>(26)</sup>. Por lo tanto, se recomienda el asesoramiento reproductivo de la pareja, con el fin de elegir el momento adecuado para la concepción, así como la discusión de otras opciones específicas para la prevención de la transmisión del VIH, tales como el lavado de esperma y la reproducción asistida.

El tiempo de uso de la terapia TARV fue también un predictor de las mujeres que tienen hijos nacidos en la presencia del VIH, posiblemente porque los antirretrovirales promueven el mejoramiento de los factores de salud y la supervivencia que pueden favorecer la maternidad y reducir el riesgo de transmisión vertical<sup>(25)</sup>. Sin embargo, se encontró que no había relación entre el deseo de tener hijos y el tiempo de uso del TARV, en contraposición a la suposición que indica el creciente deseo de tener hijos a medida que la terapia antirretroviral progresa<sup>(25)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Predominó el conocimiento de serología positiva del VIH durante el prenatal y la negación del deseo de tener más hijos. Tener menos de 39 años, educación superior y TARV más corto aumentó las posibilidades de que las mujeres con SIDA tengan hijos. Además, las mujeres menores de 39 años y más educación tenían más probabilidades de tener la información correcta acerca de tener hijos en presencia

del VIH. Tener pareja estable aumentó la posibilidad de desear tener hijos, mientras que la ligadura de trompas fue mayor en las mujeres que no han recibido orientación sobre la planificación familiar.

Mientras que en Brasil existe una política de prevención de la transmisión vertical del VIH, los esfuerzos para proporcionar la oportunidad para el diálogo sobre la planificación familiar en la atención ambulatoria de las mujeres brasileñas con el SIDA son imprescindibles para reducir al mínimo los mitos y proporcionar decisiones conscientes e informadas sobre las opciones reproductivas. También es necesario para garantizar el acceso a la anticoncepción a todos los que deseen utilizarlos. Las iniciativas en este sentido, tienen repercusiones en la mejora de los conocimientos, las actitudes y comportamientos sobre la anticoncepción en esta audiencia.

La limitación de este estudio fue representado por la recogida de datos en un solo momento, el hecho de no ser posible identificar posibles cambios de comportamiento durante el seguimiento, y la falta de detalles sobre las razones de la no utilización de la anticoncepción. A pesar de esta limitación, hacemos hincapié en la importancia de esta investigación, ya que a menudo los aspectos reproductivos y la anticoncepción de las mujeres con VIH/SIDA no son una prioridad en el tratamiento ambulatorio debido al estigma que resulta de la enfermedad. De este modo, se pone de relieve la importancia de nuevos estudios con la perspectiva de seguimiento de mujeres con SIDA e intervenciones dirigidas a este contexto.

## RESUMEN

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

## DESCRIPTORES

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

## RESUMO

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

## DESCRITORES

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

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Number of women living with HIV [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2015 Sept 10]. Available from: [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/cases\\_adults\\_women\\_children/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_adults_women_children/en/)
2. BerhanY, Berhan A. Meta-analyses of fertility desires of people living with HIV. *BMC Public Health*.2013;13:409.
3. Phillips S, Steyn P, TemmermanM. Contraceptive options for women living with HIV. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(6):881-90.
4. Yotebieng M, Norris A, Chalachala JL, MatumonaY, Ramadhani HO, Behets F. Fertility desires, unmet need for family planning, and unwanted pregnancies among HIV-infected women in care in Kinshasa, DR Congo. *Pan Afr Med J*. 2015; 20:235.
5. Jerome JS, Galvão MTG, Lindau ST. Brazilian mothers with HIV: experiences with diagnosis and treatment in a human rights based health care system. *AIDS Care*. 2012; 24(4):491-5.
6. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2015;4(1).
7. Loutf M., Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20760.
8. Onono M, Blat C, Miles S, Steinfeld R, Wekesa P, Bukusi EA, et al. Impact of family planning health talks by lay health workers on contraceptive knowledge and attitudes among HIV-infected patients in rural Kenya. *Patient Educ Couns*. 2014;94(3):438-41.
9. Mmbaga EJ, Leyna GH, Ezekiel MJ, Kakoko DC. Fertility desire and intention of people living with HIV/AIDS in Tanzania: a call for restructuring care and treatment services. *BMC Public Health*. 2013;13:86.
10. Ngugi EW, Kim AA, Nyoka R, Ng'ang'a L, Mukui I, Ng'eno B, et al. Contraceptive practices and fertility desires among HIV-infected and uninfected women in Kenya: results from a nationally representative study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;66 Suppl 1:S75-81.
11. Joint United Nations (UNAIDS). Programme on HIV/AIDS. The Gap Report [Internet]. Geneva; 2014 [cited 2016 Feb 16]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>
12. Patel R, Baum S, Grossman D, Steinfeld R, Onono M, Cohen C, et al. HIV-positive men's experiences with integrated family planning and HIV services in western Kenya: integration fosters male involvement. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(8):418-24.
13. Newmann SJ, Grossman D, Blat C, Onono M, Steinfeld R, Bukusi EA, et al. Does integrating family planning into HIV care and treatment impact intention to use contraception? Patient perspectives from HIV-infected individuals in Nyanza Province, Kenya. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123(Suppl 1):e16-23.
14. Melaku YA, Zeleke EG. Contraceptive utilization and associated factors among HIV positive women on chronic follow up care in Tigray Region, Northern Ethiopia: a cross sectional study. *PLoS One*. 2014;9(4):e94682.
15. Matthews LT, Crankshaw T, Giddy J, Kaida A, Smit JA, Ware NC, et al. Reproductive decision-making and periconception practices among HIV-positive men and women attending HIV services in Durban, South Africa. *AIDS Behav*. 2013;17(2):461-70.
16. Schaan MM, Taylor M, Marlink, R. Reproductive behaviour among women on antiretroviral therapy in Botswana: mismatched pregnancy plans and contraceptive use. *Afr J Res AIDS*. 2014;13(3):305-11.
17. Yotebieng M, Norris A, Chalachala JL, MatumonaY, Ramadhani HO, Behets F. Fertility desires, unmet need for family planning, and unwanted pregnancies among HIV-infected women in care in Kinshasa, DR Congo. *Pan Afr Med J*. 2015;20:235.
18. Alene KA. Consistent condom use among sexually active HIV positive women in Amhara region, Ethiopia. *Open Access J Contracept*. 2014;5:85-90.
19. Phillips S, Steyn P, Temmerman M. Contraceptive options for women living with HIV. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(6):881-90.
20. Nanda K, Morrison CS, Kwok C, Byamugisha J, Jones L, Sriplienchan S, et al. Discontinuation of oral contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate among women with and without HIV in Uganda, Zimbabwe and Thailand. *Contraception*. 2011;83(6):542-8.
21. World Health Organization. Hormonal contraception and HIV: technical statement [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2016 Apr 08]. Available from: <http://www.natap.org/2012/HIV/WHOHormonalcontraceptionHIV.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2016 abr. 08]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso\\_gestantes\\_2010\\_vf.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf)
23. Birhane T, Tessema GA, Alene KA, Dadi AF. Knowledge of pregnant women on mother-to-child transmission of HIV in Meket District, Northeast Ethiopia. *J Pregnancy*. 2015;2015:960830. DOI: 10.1155/2015/960830.
24. Caldas MAG, Porangaba SCF, Melo ES, Gir E, Reis RK. Perception of the nursing team on pregnancy concerning infection caused by HIV. *Rev RENE*. 2015;16(1):28-37.
25. Fatimetu Mohammed F, Assefa N. Determinants of desire for children among HIV-positive women in the Afar Region, Ethiopia: case control study. *PLoS One*. 2016; 11(3):e0150566.
26. Hailemariam TG, Kassie GM, Sisay MM. Sexual life and fertility desire in long-term HIV serodiscordant couples in Addis Ababa, Ethiopia: a grounded theory study. *BMC Public Health*. 2012;12:900.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.