

Maternidade e HIV: desejo reprodutivo, sentimentos ambivalentes e cuidado (não) ofertado

Motherhood and HIV: reproductive desire, ambivalent feelings and a/an (not) offered care

Maternidad y VIH: deseo reproductivo, sentimientos ambivalentes y cuidado (no) ofrecido

Clarissa Bohrer da Silva¹

ORCID: 0000-0002-1254-019X

Maria da Graça Corso da Motta¹

ORCID: 0000-0002-4335-1084

Renata Bellenzani^{II}

ORCID: 0000-0002-7211-6518

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Paranaíba, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva CB, Motta MGC, Bellenzani R. Motherhood and HIV: reproductive desire, ambivalent feelings and a/an (not) offered care. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1378-88.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0063>

Autor Correspondente:

Clarissa Bohrer da Silva
E-mail: clabohrer@gmail.com



Submissão: 18-02-2018

Aprovação: 26-04-2018

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica os sentimentos de mulheres que vivem com HIV em relação à reprodução e à maternidade, bem como os cuidados disponibilizados pelos profissionais de saúde no que tange à saúde reprodutiva como direito. **Método:** Revisão integrativa realizada em 2017, nas bases de dados LILACS, PUBMED, BDNF e Biblioteca Virtual Scielo. Foram analisados 30 artigos. **Resultados:** Como sentimentos, evidenciaram-se a motivação para a reprodução e autocuidado, medos, incertezas e esperanças. Como cuidados, evidenciaram-se serviços que oferecem apoio às decisões reprodutivas, mas, predominantemente, o descaso quanto ao desejo e à incipiência assistencial para planejamento reprodutivo. **Conclusão:** Não há um trabalho integral e humanizado quanto às questões reprodutivas dessas mulheres, seja pela negligência ao desejo e à viabilização da gestação ou pela atenção incipiente às vivências emocionais ambivalentes. Há necessidade de qualificação do modelo assistencial de modo a configurá-lo, de fato, como cuidado, visando a garantia dos direitos reprodutivos.

Descritores: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Gravidez; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To identify in the scientific literature the feelings of women living with HIV in relation to reproduction and motherhood, as well as the care provided by health professionals regarding reproductive health as a right. **Method:** Integrative review carried out in 2017, in the databases LILACS, PUBMED, BDNF and Scielo Virtual Library. We analyzed 30 articles. **Results:** As feelings, the motivation for reproduction and self-care, fears, uncertainties and hopes were evidenced. As care, services that support reproductive decisions were evidenced, but, predominantly, the disregard for the desire and care incipience for reproductive planning. **Conclusion:** There is no comprehensive and humanized work on the reproductive issues of these women, either through the neglect of the desire and viability of gestation or by the incipient care to the ambivalent emotional experiences. There is a need to qualify the care model in order to configure it, in fact, as care, aiming at guaranteeing reproductive rights.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Pregnancy; Sexual and Reproductive Rights; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar en la literatura científica los sentimientos de mujeres que viven con VIH en relación a la reproducción y la maternidad, así como los cuidados ofrecidos por los profesionales de salud en lo que se refiere a la salud reproductiva como derecho. **Método:** Revisión integrativa realizada en 2017, en las bases de datos LILACS, PUBMED, BDNF y Biblioteca Virtual Scielo. Se analizaron 30 artículos. **Resultados:** Como sentimientos, se evidenció la motivación para la reproducción y autocuidado, miedos, incertidumbres y esperanzas. Como cuidados, se evidenciaron servicios que brindan apoyo a las decisiones reproductivas, pero, predominantemente, el descuido en cuanto al deseo ya la incipiente asistencial para planificación reproductiva. **Conclusión:** No hay un trabajo integral y humanizado en cuanto a las cuestiones reproductivas de esas mujeres, sea por la negligencia al deseo y la viabilidad de la gestación o por la atención incipiente a las vivencias emocionales ambivalentes. Hay necesidad de calificación del modelo asistencial para configurarlo, de hecho, como cuidado, buscando la garantía de los derechos reproductivos. **Descriptor:** VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Embarazo; Derechos Sexuales y Reprodutivos; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 1980 até junho de 2015, do total de 798.366 casos de aids notificados, 278.960 (35%) correspondem às mulheres diagnosticadas⁽¹⁾. A concentração de casos nas faixas etárias em idade fértil, principalmente de 15 a 39 anos, ocorre devido à via sexual representar a principal forma de transmissão do HIV⁽¹⁾. O preservativo masculino/feminino, independente da condição sorológica do parceiro, é um recurso que atende às diferentes funções de proteção: em relação a uma gravidez não planejada, às infecções sexualmente transmissíveis e também à reinfecção pelo HIV⁽²⁾.

No contexto do HIV, é admissível supor que os avanços tecnológicos e clínicos possibilitem melhor convivência com esta doença crônica e o menor risco de transmissão sexual, quando a supressão viral é atingida como desfecho clínico de uma boa adesão ao tratamento. Isto tende a incidir favoravelmente no exercício da sexualidade e da reprodução na ampliação da perspectiva de futuro e no investimento pessoal em projetos orientadores da vida cotidiana⁽³⁾. No princípio da epidemia, mulheres infectadas eram desencorajadas a engravidar e eram fortemente censuradas pela equipe de saúde, o que resultava em abortamentos ou abandono do tratamento⁽⁴⁾.

Os direitos à saúde da mulher com HIV e do nascituro implicam na obrigação do Estado, operacionalizada pelas políticas e serviços de saúde, de garantir que a maternidade não traga riscos à sua saúde e de outros envolvidos, tanto pela Transmissão Vertical (TV), quanto entre parceiros soronegativos ou soropositivos⁽⁵⁾. A possibilidade de prevenção da TV do HIV, com as estratégias de profilaxia recomendadas pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾ (Terapia Antirretroviral no pré-natal, no parto e para o recém-nascido exposto; indicação de parto cesáreo; e substituição do aleitamento materno por fórmulas lácteas), resultou em progressos referentes às decisões reprodutivas dessa população.

A gravidez, no contexto do HIV, consiste em um direito reprodutivo a ser respeitado e, portanto, em um desafio para o campo da Saúde, tanto no sentido de garantir as condições adequadas como para a realização de pesquisa teórico-prática sobre o tema. Entretanto, o impacto dos valores e atitudes dos profissionais de saúde em relação às normas sociais e aos estereótipos acerca da epidemia resulta em um ponto de tensão com implicações tanto para a prevenção da infecção, quanto para o livre exercício dos direitos reprodutivos. Os serviços especializados em HIV ainda falham na atenção psicossocial e na superação da violação de direitos⁽⁵⁾. Apesar de responderem com ênfase na prevenção da TV, não se orientam pelo princípio da integralidade, o que pressuporia a consideração da mulher enquanto um ser social e sujeito de direitos (para além de um corpo sob cuidados médicos). Corrobora-se, assim, com um modelo assistencial organicista e historicamente marcado pelo benefício à criança em detrimento da mulher, ilustrado pela permanência do foco das políticas públicas^(5,7).

Atualmente, há possibilidades técnicas disponíveis nos serviços de saúde para as mulheres soropositivas que desejam engravidar. Além da eficácia do uso da TARV para redução da carga viral, a oferta de reprodução assistida é uma opção para casais soropositivos ou sorodiferentes⁽⁴⁾, embora não plenamente disponível pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Compreender o fenômeno da maternidade em mulheres soropositivas, desde as experiências relacionadas ao desejo reprodutivo, à fase de preparação para a concepção e da constatação da gestação em curso e pós-parto, é fundamental para a análise mais clara de um quadro que, no plano das políticas públicas, ainda é abordado de modo organicista, simplista e homogeneizante⁽⁵⁾.

OBJETIVO

Identificar na literatura científica os sentimentos de mulheres que vivem com HIV relacionados à reprodução e à maternidade, bem como os cuidados disponibilizados pelos profissionais de saúde no que tange à saúde reprodutiva como direito.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa que reúne os resultados de pesquisas primárias sobre um mesmo assunto a fim de desenvolver uma explicação mais ampla de um fenômeno. A revisão integrativa é desenvolvida em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos resultados⁽⁸⁾.

A formulação do problema caracteriza-se pela questão de pesquisa: quais os sentimentos de mulheres que vivem com HIV em relação às possibilidades de reprodução e à maternidade, e quais os cuidados disponibilizados, ou não, pelos profissionais de saúde nesse processo?

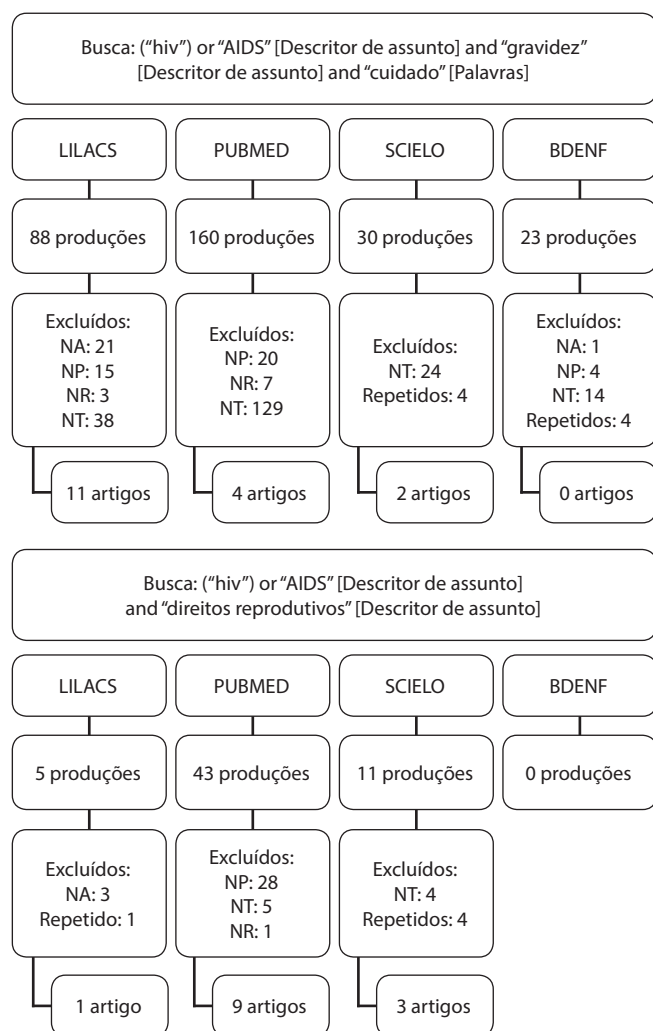
A busca para coleta de dados foi realizada em março de 2017, nas bases de dados LILACS, PUBMED e BDEF e a Biblioteca Virtual Scielo. Tais locais de busca foram selecionados por serem renomados e amplamente consultados devido à sua contribuição para a área da Saúde.

A busca foi realizada através do cruzamento dos termos da base de dados Descritores em Ciências da Saúde: "hiv" OR "AIDS" [Descritor de assunto] AND "gravidez" [Descritor de assunto] AND "cuidado" [Palavras]. Tendo em vista a ampliação do número de artigos que respondessem à questão de pesquisa, foi realizada outra busca em cada base de dados, utilizando os descritores: "hiv" OR "AIDS" [Descritor de assunto] and "direitos reprodutivos" [Descritor de assunto]. Na base de dados PUBMED, foram utilizados os respectivos termos no *Medical Subject Heading* (MeSH).

Os critérios de inclusão no estudo foram: artigos originais; nos idiomas português, inglês ou espanhol; disponíveis online de forma gratuita e integralmente. Foram excluídos os artigos sem resumo na base de dados e que não respondessem ao objetivo do estudo.

A avaliação dos dados ocorreu por meio da leitura dos títulos e resumos, os quais foram submetidos aos critérios referidos. A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos científicos.

Para análise e interpretação de seus conteúdos, foi realizada a leitura integral dos artigos selecionados e criada uma ficha de extração documental que contempla: identificação do artigo, procedência (local da coleta de dados), área do conhecimento, ano de publicação, objetivo e delimitação do estudo (adotando conceitos utilizados pelos próprios autores), nível de evidência, principais resultados, conclusões e recomendações dos autores. A avaliação por meio do nível de evidência foi realizada de acordo com os sete níveis descritos por Melnyk e Fineout-Overholt⁽⁹⁾.



Nota - NP - Não é Pesquisa; NT - Não é da Temática; NR - Não tem Resumo; NA - Não é Artigo.

Figura 1 – Processo de seleção dos artigos científicos nas bases LILACS, PUBMED, BDNF e Scielo, 2017

No presente estudo, utiliza-se a noção de Cuidado para referir-se a um modo de produzir saúde que se diferencia pela valorização da dimensão dialógica e relacional entre profissionais de saúde e usuários, que permita uma compreensão ampliada e negociação em torno das

construções de projetos de saúde articuladamente às necessidades sociais e aos projetos de felicidade das pessoas. Fortemente respaldada pela perspectiva da integralidade, busca a superação de um modelo de atenção calcado na racionalidade científico-tecnológica, perseguindo o “êxito técnico”, na forma de “produtos” do trabalho em saúde como bons desfechos clínicos dos tratamentos, na medida em que se expressem, simultaneamente, como “sucessos práticos”. Estes, por sua vez, expressam os sentidos e valores pessoais do usuário que fundamentam as suas demandas que concretamente produzem uma maior mobilização pessoal para o cuidado de si e justificam o encontro cuidador⁽¹⁰⁾. Como componente indissociável do Cuidado⁽¹⁰⁾, tem-se a noção de atenção psicossocial⁽¹¹⁻¹²⁾ que refere-se à dimensão intersubjetiva das experiências sociais de adoecimento e de produção de saúde, de modo a integrar as ações de natureza técnica, como as orientações clínicas, com a atenção e a valorização da realidade intersubjetiva em que as vidas (e, portanto, o adoecimento e a busca de saúde) se desenvolvem. O centro do diálogo é a vida cotidiana da pessoa, que engloba suas vivências de tratamento, mas não se restringe a essas. Expande-se o foco da atenção sobre o corpo, para a pessoa, imersa na cultura e integrada aos grupos de referência; daí o atributo ‘psicossocial’ da atenção⁽¹²⁾.

Além disso, destaca-se que o termo “sentimentos” está sendo utilizado, no presente estudo, no sentido mais usual e genérico, sem uma filiação teórica a alguma corrente específica da psicologia, mas buscando estudos que considerem a dimensão da subjetividade, que por ser um conceito de natureza mais ampla e polissêmica, abarca um conjunto de categoriais, dentre estas, os sentimentos. Optou-se pelo seu uso na tentativa de maior precisão e clareza, o que seria mais difícil com o uso de termos, como aspectos subjetivos, aspectos emocionais ou subjetividade. Vale destacar que os trabalhos analisados em geral não utilizam diretamente o conceito de sentimentos e aqueles que o utilizam não necessariamente o fazem de modo a explicitar sua filiação a alguma escola psicológica.

A análise foi realizada na forma descritiva e foi apresentada em um quadro sinóptico geral (Quadro 1). A apresentação dos resultados será através de figuras, tabelas e quadros que evidenciarão a síntese e comparação das ideias dos autores a respeito da temática proposta. Quanto aos aspectos éticos, respeitaram-se as ideias e definições dos autores, mantendo a sua autenticidade, assegurando autoria e citação de acordo com as normas de citações e a Lei nº 9.610 para direitos autorais.

Quadro 1 – Quadro sinóptico dos artigos analisados, LILACS, PUBMED, BDNF e Scielo, 2017

Artigo/Ano/ País	Objetivo	Delineamento/ População
Artigo 1 ⁽¹³⁾ 2015, Brasil	Identificar a percepção das gestantes que vivem com o HIV sobre a maternidade e conhecer as expectativas e os sentimentos vivenciados por essas mulheres	Estudo qualitativo. P= 10 gestantes com HIV
Artigo 2 ⁽¹⁴⁾ 2012, África do Sul	Explorar a tomada de decisões contraceptivas entre os participantes de clínicas pré-natais na África do Sul, a intenção de fertilidade após o diagnóstico de HIV e as experiências das mulheres nos serviços de saúde do governo	Estudo qualitativo. P= 18 mulheres, sendo 10 HIV negativo e 8 positivo
Artigo 3 ⁽¹⁵⁾ 2002, Brasil	Estudar questões relativas à sexualidade e à saúde reprodutiva de mulheres HIV positivas, acesso às práticas de prevenção, aderência a tratamentos e a possibilidade de fazerem opções conscientes quanto à gravidez.	Estudo quantitativo. P= 148 mulheres com HIV
Artigo 4 ⁽¹⁶⁾ 2009, Brasil	Investigar a percepção de mulheres vivendo com HIV/Aids quanto aos efeitos da soropositividade sobre suas escolhas reprodutivas.	Estudo qualitativo. P= 30 mulheres HIV
Artigo 5 ⁽¹⁷⁾ 2007, Brasil	Descrever as atitudes em relação à paternidade e identificar fatores associados ao desejo de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV	Estudo quantitativo, transversal. P= 533 mulheres e 206 homens

Continua

Continuação do Quadro 1

Artigo/Ano/ País	Objetivo	Delineamento/ População
Artigo 6 ⁽¹⁸⁾ 2007, Brasil	Investigar a não-adesão de gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS ao tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde no período pré-natal.	Estudo qualitativo. P= 7 mulheres não aderentes à profilaxia na gestação
Artigo 7 ⁽¹⁹⁾ 2015, Brasil	Descrever o desejo de ser mãe sendo portadora do HIV e identificar seus sentimentos e percepções quanto a essa questão	Estudo qualitativo. P= 1 paciente com HIV
Artigo 8 ⁽²⁰⁾ 2013, Brasil	Analisar a percepção das mulheres soropositivas ao HIV quanto à decisão de engravidar; Investigar o conhecimento ao HIV acerca dos cuidados na prevenção da Transmissão Vertical.	Estudo qualitativo. P= 8 mulheres HIV
Artigo 9 ⁽²¹⁾ 2006, Brasil	Compreender como o risco da Transmissão Vertical do HIV é apreendido e reconstruído pelas pessoas vivendo com HIV/Aids em suas decisões reprodutivas.	Estudo qualitativo. P= 8 mulheres e homens
Artigo 10 ⁽²²⁾ 2008, África do Sul	Investigar as percepções e experiências de mulheres e homens sobre os cuidados e tratamento de HIV/AIDS e cuidados de saúde sexual e reprodutiva.	Estudo qualitativo. P= 35 mulheres e 27 homens
Artigo 11 ⁽²³⁾ 2015, Brasil	Desvelar o significado da profilaxia da Transmissão Vertical do HIV para o casal.	Estudo qualitativo. P= 7 casais
Artigo 12 ⁽²⁴⁾ 2014, Tailândia	Explorar as experiências de gravidez e nascimento, maternidade e práticas de alimentação infantil entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS na Tailândia.	Estudo qualitativo. P= 26 pessoas com HIV
Artigo 13 ⁽²⁵⁾ 2014, México	Explorar as experiências de mulheres infectadas pelo HIV que procuraram cuidados de saúde para uma gravidez atual ou recente.	Estudo qualitativo. P= 31 mulheres com HIV
Artigo 14 ⁽²⁶⁾ 2015, Brasil	Conhecer como mulheres vivendo com HIV/Aids atribuem sentido às suas decisões reprodutivas, bem como caracterizar seu desejo inconsciente.	Estudo qualitativo. P= 15 mulheres com HIV
Artigo 15 ⁽²⁷⁾ 2006, Brasil	Analisar quando e como representações e ideologias de gênero perpassam e estruturam as relações profissional/paciente em torno do tratamento da AIDS.	Estudo qualitativo. P= 7 profissionais e 10 mulheres HIV+
Artigo 16 ⁽²⁸⁾ 2014, Brasil	Analisar a experiência de familiares no cuidado à criança filha de mãe com HIV para reduzir o risco de TV, com ênfase no início dessa trajetória.	Estudo qualitativo. P= 36 familiares de criança exposta ao HIV
Artigo 17 ⁽²⁹⁾ 2010, Brasil	Verificar a comunicação não-verbal mãe/filho na vigência do HIV materno.	Pesquisa experimental. P= 5 mães HIV+
Artigo 18 ⁽³⁰⁾ 2006, Brasil	Apreender os sentimentos vivenciados por gestantes portadoras do HIV.	Estudo qualitativo. P= 9 gestantes
Artigo 19 ⁽³¹⁾ 2011, Brasil	Compreender como adolescentes e jovens soropositivos lidam com suas experiências sexuais e projetos de namoro, desejo de constituir família e de ter filhos.	Estudo qualitativo. P= 21 adolescentes HIV e 13 cuidadores
Artigo 20 ⁽³²⁾ 2012, Malawi	Avaliar o uso de cuidados de saúde reprodutiva e incidência de infecção pediátrica durante a expansão Terapia Antirretroviral e serviços para a prevenção da Transmissão Vertical em zonas rurais do Malawi.	Estudo quantitativo descritivo por meio da revisão de registros e bancos de dados.
Artigo 21 ⁽³³⁾ 2012, Reino Unido e Irlanda	Explorar o padrão de repetição de gravidez entre mulheres infectadas pelo HIV, estimar a taxa destas gestações sequenciais e investigar a demográficas e clínicas das mulheres que as experimentam.	Estudo quantitativo. P= 14.096 gestações em 10.568 mulheres
Artigo 22 ⁽³⁴⁾ 2009, Argentina	Explorar as experiências e necessidades anticoncepcionais e reprodutivas das pessoas vivendo com HIV e sobre as respostas dos serviços de saúde pública para eles na Argentina.	Estudo qualitativo. P= 841 pessoas com HIV e 89 coordenadores e profissionais de programas de HIV
Artigo 23 ⁽³⁵⁾ 2014, Brasil	Identificar estratégias de enfrentamento de 77 gestantes HIV+ inseridas em um serviço de saúde pública.	Estudo quantitativo, transversal. P=77 gestantes HIV+
Artigo 24 ⁽³⁶⁾ 2015, Países latino-americanos	Analisar qualitativamente relatórios como e quando os prestadores de cuidados de saúde pressionaram mulheres para esterilizar.	Estudo qualitativo. P = 285 mulheres com HIV
Artigo 25 ⁽³⁷⁾ 2007, Brasil	Descrever os principais motivos pelos quais as mulheres HIV+ decidem ser esterilizadas e identifica os fatores associados a escolha da esterilização em mulheres HIV+ no Ceará, Nordeste do Brasil.	Estudo quantitativo, transversal. P= 357 mulheres com HIV
Artigo 26 ⁽³⁸⁾ 2013, Malawi	Analisar políticas e diretrizes sobre HIV e saúde sexual e reprodutiva no Malawi por conteúdo sobre casamento e parto para casais com HIV.	Estudo qualitativo. P= 20 casais com HIV
Artigo 27 ⁽³⁹⁾ 2011, Brasil	Avaliar a perspectiva de profissionais da tecnologia de reprodução universitária e de assistência pública (ART) e serviços de HIV/AIDS no Brasil, sobre a demanda de pessoas vivendo com HIV que desejam conceber.	Estudo de caso qualitativo, quantitativo transversal. P= Gestores e profissionais de serviços de HIV.
Artigo 28 ⁽⁴⁰⁾ 2006, Brasil	Identificar gestantes infectadas pelo HIV em centro de referência e investigar características referentes à infecção e paridade.	Estudo transversal. P= 85 mulheres com HIV
Artigo 29 ⁽⁴¹⁾ 2013, África do Sul	Comparar as características de mães adolescentes e adultas, incluindo a prevalência do HIV e as taxas de TV.	Estudo quantitativo. P= 19.093 mães com HIV
Artigo 30 ⁽⁴²⁾ 2002, Brasil	Caracterizar e levantar os diagnósticos de enfermagem de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço de especializado de pré-natal.	Estudo quantitativo. P= 25 gestantes com HIV

RESULTADOS

A caracterização dos 30 artigos analisados está apresentada na Tabela 1.

Os sentimentos de mulheres que vivem com HIV em relação à reprodução e à maternidade, bem como os cuidados disponibilizados e não disponibilizados pelos profissionais de saúde, estão apresentados no Quadro 2.

Tabela 1 – Caracterização dos artigos analisados, LILACS/ PubMed/ BENF/ Scielo, 2017

	n	%
Procedência		
Brasil	20	68
África do Sul	3	10
África Oriental (Malawi)	2	7
Reino Unido e Irlanda	1	3
Tailândia	1	3
México	1	3
Argentina	1	3
Países latino-americanos (El Salvador, Honduras, México e Nicarágua)	1	3
Área do conhecimento		
Enfermagem	9	30
Multiprofissional	15	50
Medicina	4	13
Psicologia	2	7
Ano de publicação		
2011-2016	17	57
2006-2010	11	37
2000-2005	2	7
Delineamento da pesquisa		
Estudo experimental	1	3
Quantitativo transversal	9	30
Qualitativo	19	64
Estudo qualitativo e quantitativo, transversal e estudo de caso	1	3
Nível de evidência		
4	1	3
6	29	97
Total	30	100

DISCUSSÃO

Sentimentos das mulheres que vivem com HIV em relação à possibilidade da maternidade e no curso de uma gestação

Do total dos 30 estudos analisados, 9 apontam que as mulheres que vivem com HIV expressam sentimentos envolvendo o desejo de serem mães que se relacionam a variados aspectos motivadores da reprodução^(13-22,31). Entretanto, alguns estudos apontam que o desejo acaba sendo postergado ou abolido após o diagnóstico de infecção pelo HIV^(13-14,16,19,21-22).

Estudo quantitativo com 148 mulheres, realizado em São Paulo, aponta que a maioria tem o diagnóstico de HIV quando estão grávidas ou quando seus filhos adoecem⁽¹⁵⁾. Saber acerca da soropositividade antes ou após ter engravidado não alterou a motivação de querer gerar uma criança⁽¹⁶⁾ pelo fato de que o HIV não afetou a vida de modo geral, o que é exemplificado pela formação de novas parcerias conjugais após o diagnóstico e pelo desejo de constituir família^(13,15).

Três estudos qualitativos brasileiros, que no total abordaram 46 mulheres, apontam como motivações para ter filhos as expectativas dos parceiros, especialmente como modo de “retribuir” suas ações, e a crença de que um filho seria um complemento ao relacionamento conjugal^(16,20-21). Assim como a cobrança da família ou da filha/o em ter um(a) irmã(o), reiterando seu próprio desejo de viver/reviver a experiência da maternidade e ampliar/constituir uma família^(20-21,31).

Entretanto, apesar de relatarem tal desejo, o medo do preconceito e do risco de infectar a criança foram os motivos explicitados para adiarem a realização dos planos de maternidade⁽¹⁶⁾, cogitando até adoção⁽³¹⁾. Estudos revelam que há também aquelas que nunca tiveram desejo de ser mãe, ou que perderam o interesse após descobrir o diagnóstico^(13-14,16). Estudo qualitativo que abordou os efeitos da soropositividade sobre escolhas reprodutivas com 30 mulheres em Brasília apontou que, entre os motivos da anulação do desejo, têm-se: receio quanto ao risco de TV; soropositividade significada como sinônimo de morte e possibilidade de orfandade da criança; medo de revelar a condição sorológica e/ou de expor o parceiro à infecção⁽¹⁶⁾.

Quadro 2 - Descrição dos sentimentos de mulheres que vivem com HIV em relação à reprodução e à maternidade, bem como os cuidados disponibilizados e não disponibilizados pelos profissionais de saúde evidenciados nos estudos analisados, 2017

Categoria	Aspectos	Artigos
Sentimentos de mulheres que vivem com HIV em relação à possibilidade de reprodução e/ou no curso da gestação	Motivação para a reprodução: o desejo de serem mães <i>versus</i> o desejo postergado ou abolido após o diagnóstico de infecção pelo HIV	(13-22,31)
	Medos e inseguranças em relação às incertezas quanto aos desfechos clínicos da gestação efetivada	(13-15,19-20,22-29)
	Gestação efetivada produz sentimentos de esperança, renovação e maior motivação para o autocuidado	(13,15,19-20,24-27,29-30)
Cuidados disponibilizados e não disponibilizados pelos profissionais de saúde às mulheres que vivem com HIV no que tange à saúde reprodutiva como direito	Apoio às decisões reprodutivas sobre meios seguros para efetivar o desejo à gestação de fato ou durante o pré-natal	(19,21,23,32-34)
	Descaso com as demandas reprodutivas das mulheres que vivem com HIV	(14-15,19-21,24-28,31,34-41)
	Ausência de planejamento reprodutivo no acompanhamento das mulheres que vivem com HIV	(13-14,20,25,42)
	Presença de planejamento reprodutivo no acompanhamento das mulheres que vivem com HIV	(15,19-20,22,25,34)

Evidencia-se, com base nos estudos analisados, que a anulação ou manutenção do desejo de ter filhos em relação ao diagnóstico de soropositividade é variável e depende do nível de informação e orientação profissional para o esclarecimento das possibilidades de uma gestação no contexto do HIV. Corroborando com isso, estudo quantitativo sobre os direitos reprodutivos de 533 mulheres e 206 homens vivendo com HIV em São Paulo, apontou que o desejo de ter filhos mostrou-se associado a pessoas mais jovens (17 a 34 anos) e com conhecimento intermediário sobre profilaxia para TV⁽¹⁷⁾.

Estudo qualitativo com 7 mulheres assinala que a convivência com sentimentos de ambiguidade entre querer ou não engravidar configurava um conflito de natureza psicológica, que as mobilizava, mas nenhuma ação em prol da prevenção era realizada. Essa ambivalência pode ser agravada com a falta de informações e a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, mas também por razões que estão ligadas à sexualidade e ao prazer⁽¹⁸⁾.

Pesquisa qualitativa com uma mulher HIV+, no Rio de Janeiro, aponta que a dor da frustração envolvendo a crença de não poder ser mãe parece ser tão grande quanto o impacto que a doença causou em sua vida⁽¹⁹⁾. Por outro lado, em outro estudo, o advento da Terapia Antirretroviral constituiu o principal argumento para justificar a viabilização da decisão de engravidar e a superação do medo da TV⁽²⁰⁾. Assim, a desconstrução da crença em não poder ser mãe, a consciência de que não há 'um não poder', de fato, possibilita que a maternidade emergja em sua concepção, e na dos profissionais de saúde como um direito da mulher que vive com HIV, como objetivamente deve ser.

Estudos qualitativos, em São Paulo e na África do Sul, com homens e mulheres, apontam que o desejo de ter filhos não se resume a uma decisão individual, mas é modelado por normas sociais mais amplas⁽²¹⁻²²⁾. A pressão de parceiros masculinos evidencia-se no relato de abandono do(a) parceiro(a) por, supostamente, em suas concepções, esta não "poder" ter filhos⁽²²⁾ – situação ilustrativa de estereótipos sociais que reforçam a desigualdade de gênero nas relações de poder em que a mulher deveria ceder a pressão e desejos do parceiro, desconsiderando suas vontades e situação de saúde.

Assim, as mulheres que vivem com HIV, sejam aquelas que realizaram o planejamento reprodutivo ou aquelas que nem pensavam em engravidar, expressam diversos sentimentos, como medos e inseguranças diante de incertezas, sejam ao tomar conhecimento quanto à gravidez e/ou durante a vivência do período da gestação, apontados nos estudos analisados. Quando a gravidez ocorre sem ter sido planejada e sem ter sido objeto de ação no curso do cuidado em saúde, torna-se mais complexo legitimá-la. Estudo qualitativo em São Paulo, a partir da análise da história oral de uma mulher, aponta que após o processo de conformação em relação à sua condição, teve de buscar forças para continuar a viver e lidar com a gravidez. Precisou enfrentar não só o medo relacionado à possibilidade da TV do HIV, mas quanto ao risco de deformação do bebê devido aos remédios⁽¹⁹⁾.

Ao mesmo tempo em que há o medo da deformação do bebê há também um incentivo para a utilização do medicamento, relacionado à questão da redução da possibilidade de TV⁽¹⁹⁾. Estudo qualitativo com 10 gestantes no Rio de Janeiro evidenciou que a maternidade implica em maior compromisso com o próprio cuidado se comparado ao de uma mulher não infectada. Medidas

de enfrentamento e superação em relação à possível TV do HIV encontravam seu alicerce de força e motivação na adoção de medidas de autocuidado^(13,20). A preocupação com relação à possibilidade de TV parece contribuir para uma implicação pessoal das mulheres a "fazerem tudo o que é correto" desde o pré-natal até após o nascimento⁽²³⁾. Entretanto, o exercício da proteção aos filhos também emergiu como um argumento para abster-se de uma gestação, por considerar a infecção pelo HIV algo maléfico ou que pudesse trazer risco de vida e sofrimento ao suposto bebê⁽²⁰⁾.

Além da TV^(13,15), as mulheres temem a aceleração da progressão da sua doença e a possibilidade de morrerem, deixando seus filhos sozinhos^(14-15,24-25). Soma-se a isso o medo em relação aos efeitos colaterais da medicação e dos filhos sofrerem preconceito e discriminação⁽¹⁵⁾, e preocupação relacionado ao fato de não poderem amamentar⁽¹³⁾. Ainda, temiam não receberem apoio das pessoas que as cercavam, incluindo seus médicos, ratificando que a desaprovação da comunidade também pode "moldar", o que poderia ser considerada como liberdade de escolha⁽²²⁾.

Estudo qualitativo em São Paulo, com 15 mulheres, aponta que algumas justificaram a ocorrência de uma gravidez como "um acidente ou descuido", "foi meu marido quem quis", "toda mulher quer um filho e eu não queria ser diferente". Esses posicionamentos, segundo os autores, caracterizam uma posição subjetiva de desresponsabilização perante o próprio desejo, pois tentam justificar seus atos na tentativa de serem aceitas pelo outro⁽²⁶⁾. Nesse sentido, outro estudo apontou que a infecção pelo HIV não modificou, substancialmente, o fato de querer ter filhos⁽¹⁵⁾.

Pesquisa qualitativa sobre a relação profissional/paciente no Rio de Janeiro apontou que por não terem um filho em razão do HIV, algumas mulheres vivenciam um sentimento de "incompletude" no que se refere à feminilidade, pois não poder garantir um filho "saudável" fere a identidade feminina⁽²⁷⁾. Para alguns profissionais, a responsabilidade no cuidado com os filhos era vista tanto como a principal motivação para o autocuidado, quanto a razão pela qual não se tratavam adequadamente, sendo que um caso e outro dependeria do suporte sociofamiliar disponibilizado⁽²⁷⁾.

Estudo qualitativo no nordeste do Brasil com 36 familiares de crianças expostas ao HIV apontou que imaginar-se com uma criança infectada faz emergir sentimentos, principalmente de culpa por se sentirem responsáveis ou incapazes de evitar esse desfecho. Isso porque a gravidez traz consigo a lembrança constante do diagnóstico⁽²⁸⁾. Algumas mulheres, em estudo na Tailândia, afirmaram que se a criança tivesse HIV seria muito difícil lidar com a vida, de modo geral⁽²⁴⁾. Essa culpa por ter gerado um filho em situação de risco também foi evidenciada em estudo no Ceará, que buscou avaliar a comunicação não verbal na interação entre mãe e filho. Estas mostravam-se intimamente apegadas a eles, provavelmente, em virtude do desejo de tê-los, desafiando assim a doença⁽²⁹⁾. Ter um filho transforma-se em uma "provação", cujo objetivo é gerar um rebento soronegativo para o HIV⁽²⁶⁾.

Juntamente aos trabalhos que evidenciam sentimentos relacionados a sofrimentos, preocupações e desprazeres, também houve aqueles que evidenciam que a notícia da maternidade pode trazer esperanças, renovação e motivação para o autocuidado das mulheres que vivem com HIV. A gravidez, mesmo não planejada, torna-se algo imprescindível em suas vidas, e constitui não apenas um alento para não desenvolverem fase

mais avançada da doença, mas um motivo para driblarem os infortúnios sociais advindos da infecção e permite-lhes ter uma vida significativa como sinal de esperança, em contraposição à ideia de morte associada à aids^(24,27,30).

Mesmo frente ao estigma ainda fortemente presente, dois estudos qualitativos, na Tailândia e no México, apontam que as mulheres não “abrem mão” do sonho de ser mãe. Os filhos adquirem um significado vital, muitas vezes, se tornando a principal, quando não, a única razão na luta contra o sentimento de desesperança tão frequente nesta população⁽²⁴⁻²⁵⁾. A possibilidade destes nascerem sem o vírus se constitui em fonte de motivação da própria vida^(15,30), faz sentirem-se renovadas⁽¹⁹⁾, traz satisfação e as remete a um momento de felicidade com expectativas de gerar um filho saudável^(13,20,30). O ato de gerar uma criança soronegativa lhes proporciona uma breve sensação de completude, pois assim cumprem sua “missão”. Entretanto, mesmo quando o filho é soronegativo, há o sentimento conflitante de que isto não anula a permanência do HIV em si mesmas⁽²⁶⁾, mas procuram acreditar na possibilidade de cura, fazendo disto motivação para continuar vivendo^(13,15,30).

Para as mães HIV+, em estudo sobre o exercício de cuidados com seus filhos nos 6 primeiros meses de vida, o filho representa a vida precocemente ameaçada por uma doença sem cura. Portanto, o cuidado materno, por meio da profilaxia, intensifica-se como uma forma de “barganhar” mais tempo de vida para si (devido ao diagnóstico recente), mas também em relação à negatificação da carga viral da criança. Uma vez que o HIV materno representaria uma primeira perda de sonhos e projetos; a infecção do filho seria uma segunda perda, possivelmente mais dolorosa⁽²⁹⁾.

Em estudo qualitativo que abordou as perspectivas futuras de 10 gestantes com HIV, essas verbalizaram que viver com HIV não modificava o conceito do que é ser mãe, pelo contrário, a maternidade seria uma boa experiência em suas vidas, deixando claro que o processo vivenciado por elas ao tornarem-se mãe se assemelha ao de qualquer mulher soronegativa para o HIV⁽¹³⁾.

Cuidados disponibilizados e não disponibilizados pelos profissionais de saúde às mulheres que vivem com HIV no que tange à saúde reprodutiva como direito

Dos estudos analisados, 6 abordam o apoio às decisões reprodutivas sobre meios seguros para efetivar o desejo pela concepção de um bebê ou, durante o pré-natal, para um desfecho que evite a TV^(19,21,23,32-34). Porém, apenas um se debruça sobre a mulher ter ou não acesso aos meios de engravidar com menor risco em parcerias sorodiferentes⁽¹⁹⁾, os demais, enfocam a prevenção da TV^(21,32-34). Como um exemplo de apoio à decisão reprodutiva, estudo qualitativo em São Paulo apontou que por interesse da mulher HIV+, sua médica a encaminhou para o Centro de Reprodução para realizar tratamento com o intuito de engravidar, garantindo sua saúde e a de seu filho⁽¹⁹⁾.

Estudo qualitativo em São Paulo aponta que, embora os profissionais de saúde orientassem as pacientes sobre os riscos envolvendo a gravidez no contexto do HIV, destacavam a importância das medidas profiláticas da TV, considerando a possibilidade de gravidez nesse contexto⁽²¹⁾. Após as informações, a decisão da mulher ocorre na tentativa de contrapor os possíveis prejuízos da soropositividade aos seus projetos mais amplos sobre o futuro.

Integrar o êxito técnico, por meio da profilaxia da TV, aos projetos de vida⁽¹⁰⁾ e reprodução, depende de interações dialógicas que propiciem um efetivo encontro entre profissionais e usuários, visando a solução mais adequada para cada situação de cuidado⁽²¹⁾.

Estudo que se propôs avaliar os cuidados de saúde reprodutiva e a integração entre os serviços para a prevenção da TV, em zonas rurais do Malawi, encontrou que houve um aumento na captação de mulheres com HIV com pelo menos uma consulta pré-natal e na realização de planejamento reprodutivo⁽³²⁾. Corroborando, estudo quantitativo com 10.568 mulheres HIV+ no Reino Unido e Irlanda aponta que as características demográficas e clínicas interferem na probabilidade de repetição de gravidez, e que estas precisam ser consideradas no planejamento reprodutivo⁽³³⁾.

Estudo na Argentina com 841 pessoas com HIV e 89 coordenadores de programas de HIV/aids apontou que as mulheres recebem pouca informação sobre métodos anticoncepcionais além de preservativos. Apenas 7,1% daquelas que queriam uma criança haviam discutido seus planos com um médico, apontando a necessidade de reflexão, uma vez que o planejamento pré-concepção é aconselhável no contexto do HIV⁽³⁴⁾. Por outro lado, estudo qualitativo com 7 casais sorodiferentes no Rio Grande do Sul aponta o interesse em participar de palestras, buscar informações com os profissionais e meios de comunicação relacionadas à viabilização da gravidez⁽²³⁾.

Porém, ainda é muito presente na prática assistencial o descaso com as demandas reprodutivas das mulheres que vivem com HIV. Diante da ocorrência de gestações, em sua maioria não planejadas, emerge a discussão sobre o desejo reprodutivo, se os direitos nesta esfera estão sendo garantidos ou não⁽²⁸⁾, por meio do acesso ao planejamento reprodutivo, para além do nível informativo e prescritivo, mas na ótica do Cuidado, a partir de encontros dialógicos, compreendendo anseios e planos, e produzindo os meios e as condições para a sua efetivação.

Estudo qualitativo, com uma paciente em São Paulo, aponta o descaso ou até mesmo o desconhecimento dos profissionais sobre a importância que deveria ser atribuída aos sentimentos e necessidades das mulheres. A carência desse apoio, do amparo de suas ansiedades, dores e aflições demonstram que o trabalho, especialmente da Enfermagem, não se dá de maneira a favorecer a qualidade do atendimento⁽¹⁹⁾. Evidencia-se que a assistência revela-se mecanizada e fragmentada, transmitindo informações técnicas, não abrangendo os aspectos que permeiam o Cuidado, ou seja, uma assistência que não estaria sustentada pelo componente da integralidade, abrangendo para além dos aspectos clínicos e biomédicos, a dimensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado, na qual inclui-se pensar o desejo reprodutivo e os anseios de constituição de configurações familiares⁽¹⁹⁾.

Estudo apontou que os profissionais de saúde vivenciam um dilema devido a uma compreensão geral de que a gestação em mulheres com HIV é “em si” uma “gestação de risco” tanto para a mãe e o bebê, quanto para o parceiro que, em tese, está exposto à infecção, uma vez que constatada a gravidez, fica explicitada a prática de relações sexuais desprotegidas⁽²⁷⁾. Estudo quantitativo em Porto Alegre com 77 gestantes HIV+ evidenciou que as estratégias brasileiras permanecem focadas na prevenção da TV do vírus^(21,35). O risco da TV é utilizado pelos profissionais de saúde tanto para desestimular uma intenção de engravidar quanto para

orientar sobre a profilaxia da TV⁽²¹⁾. Porém, esses discursos não contemplavam considerações sobre as vontades e motivações, indissociáveis da atenção à sua saúde, como de qualquer outra mulher em idade reprodutiva⁽²¹⁾.

Segundo dois estudos qualitativos com mulheres HIV+, na África do Sul e em São Paulo, as questões reprodutivas não são explicitadas no espaço dos serviços de saúde, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais^(14,21). Estudo aponta que 70% afirmaram que o tema da maternidade nunca foi abordado em seus acompanhamentos terapêuticos⁽²⁰⁾. O silêncio aparece como uma das práticas mais usuais para a interdição de demandas reprodutivas nos serviços de saúde, contribuindo para que não sejam explicitadas pelos usuários. Embora seja esperado que o serviço de saúde esteja atento à questão da prevenção, ele pode inibir iniciativas que contrariem tal prescrição ou levem a uma “transgressão clandestina” da orientação médica, contribuindo para que o assunto seja abordado apenas após a confirmação da gravidez. A compreensão é que os profissionais de saúde encaram a reprodução como fator potencial para a disseminação da infecção pelo HIV, sendo vista, portanto, como algo negativo e motivo de culpabilização, assim, mostram pouco interesse em fazer perguntas ou dar conselhos sobre práticas sexuais⁽³⁴⁾. Esses discursos epidemiológicos sobre o risco são apreendidos e re-construídos pelas mulheres com HIV, conforme cada contexto⁽²¹⁾.

Apesar de haver mulheres motivadas a usar método anticoncepcional, a falta da discussão de suas intenções se refletem na incapacidade de obter esterilizações ou outros serviços de saúde reprodutiva desejados⁽¹⁴⁾. Essa falha pode ser explicada pela fragilidade do vínculo terapêutico e práticas comunicacionais e, portanto, da necessidade de melhorar o modelo de atenção nestes aspectos, valorizando os sentimentos e a percepção dos indivíduos em relação a sua condição de saúde para basear suas decisões reprodutivas⁽²⁰⁾. Essa população, assim, depende da mídia para qualquer informação significativa relativa ao HIV e saúde sexual e reprodutiva⁽³⁸⁾.

Estudo qualitativo com 285 mulheres com HIV em países latino-americanos apontou que os profissionais de saúde, calcados no estigma e na discriminação, anulavam seus direitos reprodutivos, resultando em desinformação e negação de serviços para, assim, coagir as mulheres na aceitação da esterilização⁽³⁶⁻³⁷⁾ ou aconselhar em relação ao aborto⁽²⁵⁾. Estudo na Argentina afirma que a procura não atendida por contracepção é arriscada, uma vez que pode incorrer na interrupção da gravidez indesejada em condições inseguras, implicando um risco aumentado devido a sua vulnerabilidade imunológica⁽³⁴⁾. Estudo na Tailândia⁽²⁴⁾ aponta que muitas vezes há o julgamento por parte dos profissionais de saúde pelo não uso de nenhuma contracepção, sendo essas mulheres orientadas a “não terem mais filhos”⁽³⁴⁾ por meio do incentivo ao preservativo. E quando esse conselho não é seguido, estudo em Malawi aponta que os profissionais de saúde gritam e ainda as questionam quanto a real preocupação com a sua saúde, pressupondo que pessoas com HIV não deveriam engravidar⁽³⁸⁾.

A maioria dos profissionais e gestores entrevistados em pesquisa em serviços de assistência especializada em HIV, em 26 capitais de estado do Brasil⁽³⁹⁾, afirmou que o aconselhamento foi focado principalmente no uso de preservativos e Terapia Antirretroviral e orientação escassa em relação ao planejamento reprodutivo ou discussão sobre contracepção^(25,34,39). Em estudo na Argentina,

os médicos afirmam categoricamente que se outras opções de contracepção forem oferecidas, os pacientes deixarão de usar preservativos, propiciando novas infecções ou reinfecções⁽³⁴⁾. Essa abordagem paternalista subestima a capacidade das mulheres escolherem um método contraceptivo adequado.

Sobre o desejo reprodutivo, estudo no Brasil⁽³⁹⁾ aponta que há falta de informações atualizadas sobre o cuidado de casais soropositivos, descrença nos dados científicos quanto aos riscos da possibilidade de gravidez nesse contexto e falta de qualificação dos profissionais para abordar essas questões de modo atual, especialmente sobre interações entre medicamentos antirretrovirais e contracepção hormonal e/ou intra-uterina, denotando falta de comunicação entre especialistas⁽³⁴⁾.

A forma como as mulheres tratam a doença varia em função do que a equipe lhes apresenta como possibilidade, ocasionando uma gravidez com ou sem o planejamento adequado. A equipe de saúde deve estar ciente que, quando a mulher soropositiva engravida, ela tem expectativas em relação à gravidez e às suas relações com a própria equipe de saúde⁽²⁶⁾. Por outro lado, estudo aponta que, mesmo com toda a estrutura e recursos oferecidos, como atendimento multidisciplinar, medicamentos antirretrovirais e orientações sobre contracepção, elas tornaram a engravidar sem planejamento⁽⁴⁰⁾. Estudo quantitativo de Minas Gerais evidenciou a necessidade de pesquisas qualitativas para uma abordagem mais ampla das questões que envolvem a maternidade no contexto do HIV, visando contribuir para a compreensão e planejamento do processo de saúde⁽⁴⁰⁾ que garanta os direitos reprodutivos dessa população.

Apesar dos altos índices de atendimento pré-natal entre adolescentes grávidas na África do Sul, o risco de TV é maior entre as mães adolescentes infectadas pelo HIV em comparação com as adultas. Acesso ao planejamento reprodutivo deve ser priorizado para este grupo em situação de maior vulnerabilidade, a partir de estratégias mais acessíveis⁽⁴¹⁾. Da mesma forma, aponta-se a necessidade de espaços abertos aos jovens soropositivos para reflexão sobre suas demandas e troca de experiências, denotando a importância de um processo continuado de educação sexual⁽³¹⁾.

Estudo com 148 mulheres em São Paulo apontou que a maioria gostaria de discutir questões sobre sexualidade com os profissionais com quem tinham mais contato e criaram vínculos. Mesmo nos serviços que são considerados referência para o atendimento de pessoas com HIV, quase todas nunca conversaram sobre a adesão ao uso de preservativos/contraceptivos ou a qualquer outro aspecto da saúde reprodutiva, pelo menos não com a mesma ênfase que sobre adesão aos antirretrovirais. O estudo aponta, ainda, a carência de orientações sobre planejamento reprodutivo, probabilidade de TV do HIV e até mesmo inseminação artificial. Os profissionais de saúde parecem ter medo de que, abrindo a discussão, as pessoas se sintam respaldadas para tomar posturas com relação ao planejamento reprodutivo das quais esses profissionais geralmente discordam, calcados em suas concepções técnicas, algumas vezes equivocadas, e em seus próprios princípios morais e éticos⁽¹⁵⁾.

Pesquisa apontou que entre os motivos para não oferecer aconselhamento sobre reprodução no serviço de assistência especializada ao HIV, estão a falta de decisão política e recursos humanos e financeiros, sendo que a possibilidade de subsidiar antirretrovirais para casais sorodiferentes estava em discussão. Em geral, profissionais

reconheciam a dificuldade em lidar com o desejo de conceber e que o assunto só surgia durante consultas devido às iniciativas da paciente⁽³⁹⁾. Por outro lado, estudo no México aponta que profissionais de saúde que orientam como reduzir o risco de TV, seguindo os protocolos de profilaxia, examinando regularmente durante a gravidez, geralmente são elogiados pela população atendida, sendo considerados de excelente qualidade e “muito humanos”⁽²⁵⁾.

A ausência de planejamento reprodutivo no acompanhamento das mulheres que vivem com HIV, ou seja, antes da gestação ocorrer de fato, trata-se de um aspecto programático, resultante, muitas vezes, da procura tardia pelos serviços de saúde (visto não saber que estão grávidas), apenas quando alguns sinais já estão evidentes, como o atraso menstrual por vários meses. Isso sugere uma possível falta de conhecimento por essas mulheres sobre o seu corpo e sexualidade, e a sua corresponsabilidade em relação à decisão de gerar um novo ser⁽²⁰⁾. Estudo no México aponta que as mulheres relatam não receber aconselhamento profissional sobre planejamento reprodutivo⁽²⁵⁾.

A gravidez não planejada entre mulheres soropositivas ocorreu em 88% dos casos em estudo quantitativo com 25 gestantes infectadas pelo HIV em São Paulo; dentre essas, 16% que relataram não desejar a gravidez conheciam sua soropositividade ao HIV anterior à gestação atual e expressaram a intenção de abortar ou encaminhar o filho para adoção⁽⁴²⁾. Em outro estudo na África do Sul, também foi apontada a consideração pelo aborto por não desejar a gravidez ou por medo de que o filho nascesse incapacitado⁽¹⁴⁾. A decisão por um aborto ou não pode ser influenciada por fatores psicossociais, culturais, econômicos, religiosos e éticos independente da condição de ter HIV⁽⁴²⁾.

Frente à ausência de planejamento reprodutivo, estudo com 10 gestantes HIV+ no Rio de Janeiro, apontou que elas, por vezes, atribuem a “culpa” pela ocorrência da gravidez a si mesmas, pelo próprio “descuido” ao não adotarem métodos contraceptivos ou a problemas com o preservativo⁽¹³⁾. Evidenciou-se, através de um estudo com 18 mulheres na África do Sul, que algumas se sentem ambivalentes quanto a discutirem as intenções reprodutivas com seus parceiros, porque isso exigiria discussões sobre a sua condição sorológica ao HIV e o uso de contraceptivos, e essas revelações podem resultar em consequências negativas, como o abandono do parceiro⁽¹⁴⁾.

Quando ocorre o planejamento reprodutivo no acompanhamento das mulheres que vivem com HIV, seja como reflexão pessoal prévia à gestação, ou como ação programática ofertada no serviço de saúde, aumentam as chances de decisões mais fundamentadas e seguras quanto ao desejo de ser mãe. A soropositividade ao HIV em si não é, ou pelo menos não deve ser, fator limitante para a decisão de engravidar. Segundo estudo qualitativo com 8 mulheres HIV+ no Rio de Janeiro, ainda que o medo de TV esteja presente, este tende a ser superado por meio da oferta de informações qualificadas e oportunas em relação ao desejo e à expectativa de poder gerar um filho saudável⁽²⁰⁾. Há também o planejamento reprodutivo por meio de tratamentos específicos, como aponta o caso de uma mulher que mediante a dificuldade e o medo de ser mãe vivendo com o HIV, procurou um Centro de Reprodução com o intuito de engravidar⁽¹⁹⁾. Estudo na Argentina aponta que metade daqueles que queriam ter um filho era interessada em ter acesso às técnicas de fertilização assistida⁽³⁴⁾.

O aconselhamento que é diretivo e desencoraja as mulheres HIV+ de fazerem escolhas genuínas violam seus direitos à autonomia reprodutiva e controle sobre seus próprios corpos, e prejudica a confiança no profissional de saúde⁽²²⁾. Elas precisam ter seus direitos reprodutivos e sexuais discutidos e respeitados em todos os serviços de atenção à saúde, de modo a promover um ambiente de apoio, propiciando condições de conhecer e realizar opções conscientes⁽¹⁵⁾ alinhadas com seus desejos⁽²⁵⁾ e requisitos sexuais e anticoncepcionais de uma forma mais eficiente e humana⁽³⁴⁾.

Limitações do estudo

Há a limitação do recorte estabelecido pela própria estratégia de busca utilizada, porém encontraram-se resultados consistentes nos quais oferecem subsídios para a composição de um breve panorama da vivência da maternidade no contexto do HIV. Apesar de o estudo concluir pontos que envolvem a Enfermagem, não se pretendeu avaliar exclusivamente os cuidados realizados por este profissional.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Espera-se que esta revisão possa suscitar a reflexão e o debate entre enfermeiros e demais profissionais de saúde em relação à maternidade no contexto do HIV, no intuito de garantir os direitos reprodutivos e de implementar práticas que incorporem ao Cuidado uma maior valorização da dimensão psicossocial da vida, pois são nos cenários desta que se produzem os processos de saúde, adoecimento e autocuidado. Outra contribuição trata-se acerca da invisibilidade das adolescentes na pesquisa sobre o tema, verificada pela prevalência de estudos com a população adulta. Constata-se, ainda, que há uma lacuna em particular com relação ao conhecimento das especificidades daquelas que nasceram infectadas pelo vírus, o que se faz relevante, uma vez que vivenciam a experiência social desde seu nascimento, podendo haver sobreposição de vulnerabilidades.

CONCLUSÃO

Este estudo revisou a literatura científica acerca dos sentimentos de mulheres que vivem com HIV com relação à maternidade e as práticas e concepções dos profissionais quanto à reprodução dessas mulheres, buscando apreender em que medida se configuram cenários mais, ou menos, promissores acerca dos cuidados disponibilizados no que tange à saúde e aos direitos reprodutivos.

Dentre os sentimentos evidenciados, destacam-se aqueles expressivos da motivação para a maternidade como experiência desejada, em que esta adquire o significado de esperança e de anseio por um ciclo de renovação, ou reafirmação, da vida. Ao mesmo tempo, as mulheres vivenciam medos e incertezas, principalmente envolvendo o risco de infecção dos parceiros, da TV, e de possível orfandade da criança. Como cuidados disponibilizados ou não disponibilizados, os estudos, em menor magnitude, apontam que há profissionais e serviços mobilizados oferecendo apoio às decisões reprodutivas. Contudo, há o predomínio de

trabalhos que destacam o descaso e a ausência de oferta de planejamento reprodutivo no acompanhamento de mulheres com HIV somados a uma atenção incipiente às vivências emocionais ambivalentes daquelas que engravidam (esperança, insegurança, medo), majoritariamente abordadas com a finalidade do controle da TV, configurando violações, ou no mínimo negligências, aos seus direitos reprodutivos, e de seus parceiros.

Conclui-se que ainda há muito o que avançar no processo de estruturação de um Cuidado integral e humanizado com relação ao acolhimento do desejo reprodutivo e a oferta de alternativas para sua viabilização - pela ampliação do diálogo, acesso às tecnologias reprodutivas e contundente atenção psicossocial, visando a garantia dos direitos reprodutivos. A Enfermagem, integrante essencial da equipe de saúde, necessita se apropriar

de fundamentos conceituais, para ampliar seu potencial de implementação de práticas inovadoras que não abdicuem dos êxitos técnicos e dos bons desfechos clínicos, mas os recolorem em sinergia com os anseios, desejos e experiências das pessoas. Isso seria a “verdadeira medida” do sucesso prático dos tratamentos e alcançá-lo depende da aliança entre autocuidado, trabalho árduo e implicado dos profissionais e políticas de saúde e sociais contundentes na efetivação dos direitos humanos.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Brasil - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Ano IV. Brasília (DF): [Internet] 2015. 95p. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_.pdf_19105.pdf
2. Cunha GH, Galvão MTG. Contraceptive and prevention methods of transmission/reinfection of the virus among patients with HIV/aids. Rev Rene [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 12];12(4):699-708. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a06v12n4.html
3. Engender Health/UNFPA. Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas/organização. Nova York: EngenderHealth e Brasília (DF): Unfpa, 2008. [Internet] Available from: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude.pdf>
4. Vargas EP, Maksud I, Moás LC, Britto R. HIV/AIDS, reproductive rights and reproductive technologies: mapping different perspectives. RECIIS [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 12];4(5):3-13. Available from: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/482/pdf_225
5. Moreira-Silva R. Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV. [Dissertação]. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA. 2012.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso. Brasília (DF). 2010. 172 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/recomendacoes-para-profilaxia-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-terapia-antirretroviral-em>
7. Furtado Jorge HM, Hipólito MCV, Masson VA, da Silva RM. Prenatal care and public policies for women's health: integrative review. RBPS [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 18];28(1):140-8. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf_1
8. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. Review of Educational Research.1982;52(2):291-302.
9. Galvão CM. Evidence Hierarchies. Acta Paul Enferm[Internet]. 2006[cited 2017 Dec 18];19(2):V. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/en_a01v19n2.pdf
10. Ayres JR, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (Orgs). Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Livro I. (pp. 9-22). Curitiba, PR: Juruá Editora. 2012.
11. Paiva, V. Dimensão Psicossocial do Cuidado. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (Orgs). Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e Promoção da Saúde: da doença à cidadania. Livro II (pp. 41-72). Curitiba, PR: Juruá Editora. 2012.
12. Bellenzani R, Nemes MIB. Evaluation of a psychosocial intervention in caring for adherence to treatment for HIV/AIDS: a case study. Temas Psicol [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 12];21(3):765-89. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/en_v21n3a08.pdf
13. Spindola T, Dantas KTB, Cadavez NFV, Fonte VRF, Oliveira DC. Maternity perception by pregnant women living with HIV. Invest Educ Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 12];33(3): 440-8. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a07.pdf>
14. Marlow HM, Maman S, Groves AK, Moodley D. Fertility intent and contraceptive decision-making among HIV positive and negative antenatal clinic attendees in Durban, South Africa. Health Care Women Int [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 12];33(4):342-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083738/pdf/nihms593819.pdf>
15. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Reproduction and sexuality in HIV-positive women, Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 [cited 2017 Dec 12];36(4 Suppl):12-23. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11159.pdf>
16. Sant'Anna ACC, Seidl EMF. [Effects of seropositivity in reproductive choices of women living with HIV/Aids]. Psicol Reflex Crit [Internet]. 2009 [cited 2017 Dec 12]; 22(2): 244-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n2/a11v22n2.pdf> Portuguese

17. Paiva V, Santos N, França-Junior I, Filipe E, Ayres JR, Segurado A. Desire to Have Children: gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2007 [cited 2017 Dec 12];21(4):268-77. Available from: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Nepaids/desire_to_have.pdf
18. Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. [HIV positive pregnant women who do not follow the prenatal prophylaxis]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2017 Dec 10];60(5):519-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a07.pdf> portuguese
19. Camillo SO, Silva LO, Cortes JM, Maiorino FT. [The desire to be a mother facing HIV/AIDS infection]. *Rev Enferm Cent O Min*[Internet]. 2015[cited 2017 Dec 12];5(1):1439-56. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/552/834> Portuguese
20. Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS, Moura MAV. Women living with HIV: the decision to become pregnant. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2013[cited 2017 Dec 8];5(1):3159-67. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1869/pdf_672
21. Silva NEK, Alvarenga AT, Ayres JRCM. AIDS and pregnancy: meanings of risk and challenges for care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 12];40(3):474-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/en_16.pdf
22. London L, Orner PJ, Myer L. 'even if you're positive, you still have rights because you are a person': human rights and the reproductive choice of HIV-positive persons. *Dev World Bioeth*. 2008 Apr;8(1):11-22.
23. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Terra MG, Silva CB. Quotidian of being-a-couple: meanings of HIV vertical transmission prophylaxis and assessment possibilities. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015[cited 2017 Dec 12];19(2):259-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0259.pdf
24. Liamputtong P, Haritavorn N. My life as Mae Tid Chua mothers who contracted HIV disease: Motherhood and women living with HIV/AIDS in central Thailand. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 12];30(12):1166-72. Available from: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00100-4/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00100-4/pdf)
25. Van Dijk MG, Wilson KS, Silva M, Contreras X, Fukuda HD, García SG. Health Care Experiences of HIV-Infected Women With Fertility Desires in Mexico: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(3):224-32. doi: 10.1016/j.jana.2013.04.006
26. Zihlmann KF, Alvarenga AT. What is this desire? Reproductive decisions among women living with HIV/Aids from a psychoanalysis perspective. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 8];24(2):633-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/en_0104-1290-sausoc-24-02-00633.pdf
27. Aguiar JM, Simões-Barbosa RH. Relationship between health care professionals and HIV positive women: a gender approach. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 12];22(10):2115-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/10.pdf>
28. Alvarenga WA, Silva MR, Nascimento LC, Wernet M, Oliveira FFD, Dupas G. Experience of family members providing care for HIV-exposed children: beginning of the trajectory. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2014[cited 2017 Dec 12];35(3):68-74. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43938/31511>
29. Paiva SS, Galvão MTG, Pagliuca LMF, Almeida PC. Non-Verbal Mother-Child Communication in conditions of Maternal HIV in an Experimental Environment. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 12];18(1):[08 telas]. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4117/4994>
30. Vasconcelos SG, Galvão MTG, Aguiar MIF, Braga VAB. The perception of pregnant women dealing with HIV infection - an exploratory study *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 12];5(1):[6 páginas]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/61/19>
31. Paiva V, Ayres JRCM, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH, et al. The sexuality of HIV-positive Adolescents: rights and challenges for healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 12];16(10):4199-210. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a25v16n10.pdf>
32. van den Akker TVA, Bemelmans M, Ford N, Jemu M, Diggle E, Scheffer S, Zulu I, Akesson A, Shea J. HIV care need not hamper maternity care: a descriptive analysis of integration of services in rural Malawi. *BJOG* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 12];119:431-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03229.x/epdf>
33. French CE, Cortina-Borja M, Thorne C, Tookey PA. Incidence, patterns, and predictors of repeat pregnancies among HIV-infected women in the United Kingdom and Ireland, 1990-2009. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 18]; 59(3): 287-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3378493/pdf/ukmss-38020.pdf>
34. Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucía I, Manzelli H, López SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: Health service users' and providers' perspectives. *Soc Sci Med*. 2009 Sep;69(6):813-20.
35. Faria ER, Gonçalves TR, Carvalho FT, Lopes RCS, Piccinini CA. Coping Strategies Among Brazilian Pregnant Women Living With HIV. *Paidéia* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 12];24(57):67-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v24n57/0103-863X-paideia-24-57-0067.pdf>
36. Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 8]; 18(1): 19462. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374084/pdf/JIAS-18-19462.pdf>
37. Oliveira F, et al. HIV-positive women in northeast Brazil: Tubal sterilization, medical recommendation and reproductive rights. *AIDS Care*[Internet]. 2007[cited 2017 Dec 8];19(10):1258-65. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5776367_HIV-positive_women_in_northeast_Brazil_Tubal_sterilization_medical_recommendation_and_reproductive_rights
38. Gombachika BC, Chirwa E, Malata A, Sundby J, Fjeld H. Reproductive decisions of couples living with HIV in Malawi: What can we learn for future policy and research studies? *Malawi Med J* [Internet]. 2013[cited 2017 Dec 12];25(3):65-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3859991/pdf/MMJ2503-0065.pdf>

39. Rossi A, Amaral E, Makuch MY. Access of people living with HIV to infertility services: perspective of Brazilian healthcare professionals. *AIDS Care*. 2011;23(10):1329-35. doi: 10.1080/09540121.2011.564113
 40. Romanelli RMC, et al. Profile of HIV-infected pregnant women at a reference prenatal care service in Belo Horizonte(MG). *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 12];6(3): 329-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31904.pdf>
 41. Horwood C, Butler LM, Haskins L, Phakathi S, Rollins N. HIV-infected adolescent mothers and their infants: low coverage of HIV services and high risk of HIV transmission in KwaZulu-Natal, South Africa. *PLoS ONE*[Internet]. 2013[cited 2017 Dec 12];8(9):e74568. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074568>
 42. Vaz MJR, Barros SMO. Gestantes infectadas pelo HIV: caracterização e diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2002[cited 2017 Dec 8];15(2):7-17. Available from: https://www.researchgate.net/publication/277298197_Gestantes_infectadas_pelo_HIV_-_caracterizacao_dos_diagnosticos_de_enfermagem
-