

Artigo Original/Original Article

Determinantes sócio-demográficos e clínicos na decisão reprodutiva em mulheres infectadas pelo VIH/SIDA

Socio-demographic and clinical determinants of the reproductive decision in HIV-infected women

Marco Pereira *, Maria Cristina Canavarro **

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP), Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra

ABSTRACT

Introduction: For a substantial number of women in Portugal, the news of a positive diagnosis of HIV infection occurs during routine prenatal care. These women are confronted with critical decisions in relation to pregnancy. The purpose of this study was to identify and describe medical, demographic and psychological characteristics of HIV-positive women who become pregnant, and also to discriminate the profiles of those who decide to continue pregnancy from those who decide to terminate it, after receiving news of their positive HIV status.

Methods: A sample of 36 HIV-infected pregnant women was assessed. Data was collected for the following variables: demographic characteristics (age; race/ethnicity; marital status; socio-economic status), obstetric history, pregnancy information; and HIV-associated information (mode of transmission; knowledge of serological status).

Results: Results showed that decision to continue pregnancy was significantly associated with marital status ($p < 0.01$), mode of transmission ($p < 0.05$), knowledge of HIV infection prior to pregnancy ($p < 0.05$) and acceptance of pregnancy ($p < 0.01$). Marital status, mode of transmission and acceptance of pregnancy were the best predictors, explaining a total variance of 61.9% ($F = 18.302$, $p < 0.001$).

Discussion: These findings emphasize the importance of HIV testing, not only as a routine procedure during prenatal care, but also in family planning. Childbearing plans should be routinely discussed with non-pregnant infected women, so that they can make their own informed decisions and consider the variety of options currently available.

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a decisão de ter um filho tem sido considerada totalmente privada e pessoal¹. Os sentidos, desejos e sentimentos sobre uma gravidez

reflectem diferentes circunstâncias pessoais, muitas vezes estão associados à vivência da própria conjugalidade² e, frequentemente, são permeados pelos ideais de maternidade e paternidade.

A decisão de ter um filho não é uma decisão linear e está associada a uma constelação de factores de diferentes naturezas. Tal decisão é potencialmente influenciada por crenças interpessoais complexas, por

* Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia
 ** Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

dinâmicas familiares e pressões sociais, muitas vezes ancoradas em aspectos culturais³. A complexidade da tomada de decisão reprodutiva foi sublinhada por Zajonc⁴, ao propor que as decisões reprodutivas são influenciadas por processos emocionais e cognitivos mutuamente interactivos, influenciando o processamento da informação e, por conseguinte, o processo de decisão. Esta situação complexifica-se na presença da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

O processo de decisão reprodutiva num contexto de infecção pelo VIH é altamente sensível e complexo [5]. Por outro lado, ainda permanecem relativamente incompreendidos os factores que influenciam as escolhas reprodutivas das mulheres seropositivas para o VIH. No entanto, tendo em conta que uma larga proporção de mulheres infectadas se encontram em idade reprodutiva, a compreensão desses factores revela-se absolutamente crucial⁶.

O processo de escolha reprodutiva é um assunto bastante complexo para muitas mulheres infectadas com o VIH^{7,8}, sendo atravessado por dimensões políticas, legais, médicas e morais. De acordo com Bedimo et al.⁶, os factores que influenciam as mulheres quando confrontadas com a necessidade de fazer uma escolha reprodutiva incluem: a sua situação cultural psicossocial e económica; a influência do parceiro, família e amigos; e as atitudes e práticas dos profissionais de saúde. Em grupos focais realizados com mulheres infectadas, Sowell e Misener⁹ registaram 6 temas-base relativos à decisão reprodutiva: crenças espirituais e religiosas; crenças sobre o VIH; experiências prévias de maternidade; atitudes dos familiares e dos parceiros; saúde própria; e motivação intrapessoal para ter um filho.

Feldman & Maposhere¹⁰ referem que as mulheres infectadas reconhecem com frequência os riscos envolvidos na decisão de prosseguimento da gravidez, sendo estes facilmente sobrelevados pelo desejo de ter um filho. No mesmo sentido, outros autores mencionam que apesar dos riscos associados com a gravidez, os dados empíricos sugerem que as mulheres infectadas não têm menor probabilidade de engravidar do que as não infectadas [11]. Bedimo et al.⁶, por sua vez, referem diversos estudos em que se

verifica o contrário, ou ausência de diferenças na taxa de gravidez.

Existe evidência empírica de que o estado de seropositividade não é um factor determinante na decisão de engravidar ou de interromper a gravidez^{3,9,12-16} embora outros estudos¹⁷ tenham encontrado esta associação. Segundo Kline et al.¹² factores como papéis de género, crenças religiosas, aconselhamento dos membros da família ou do marido/companheiro, atitudes em relação ao aborto ou história anterior de interrupções, desejo de filhos e os benefícios emocionais associados, parecem ser mais relevantes para o processo de tomada de decisão reprodutiva nesta população. Forsyth et al.¹⁸ salientam, por sua vez, que o diagnóstico de VIH pode influenciar o planeamento de reprodução para as mulheres, mas não para os homens, embora outros autores^{12,14} refiram que as atitudes dos parceiros e os desejos reprodutivos têm sido identificados como factores centrais no comportamento reprodutivo das mulheres. Também Bungener et al.¹⁹ referem que algumas gravidezes em mulheres infectadas pelo VIH resultam da pressão dos seus parceiros, mesmo quando estas estão informadas sobre a sua condição serológica de positividade.

Os factores de ordem psicossocial podem influenciar o planeamento reprodutivo e a fertilidade dos indivíduos infectados pelo VIH, numa tendência que se verifica nos países desenvolvidos, assim como nos países em vias de desenvolvimento¹⁸. Numa revisão de literatura, os mesmos autores verificaram que a ocorrência de uma gravidez, subsequente a um diagnóstico de VIH, tem sido associada à estabilidade da relação, à comorbilidade com abuso de substâncias e a níveis reduzidos de actividade sexual. Adicionalmente, a opção pelo prosseguimento da gravidez tem sido associada a primiparidade¹²; falta de informação acerca da transmissão vertical¹³; percepção da ausência de sintomas clínicos; e medo de estigmatização, abandono e outras repercussões, caso sejam incapazes de levar a termo a gravidez¹².

Também os factores de natureza médica têm sido associados ao processo de tomada de decisão reprodutiva. De acordo com de Ruiter e Brocklehurst²⁰, para algumas mulheres, o

conhecimento da sua situação clínica (carga viral e contagem dos linfócitos CD4+) é um importante coadjuvante na decisão relativa ao prosseguimento ou não da gravidez.

A ausência de sinais e sintomas de SIDA tem pouco impacto nas decisões sobre a possibilidade de ter filhos²¹. De acordo com os mesmos autores, a gravidez tem sido usada para demonstrar a *ausência* de infecção e a presença de um bom estado de saúde. Se uma mulher suspeita que pode estar infectada, a gravidez constitui-se como uma forma de afirmar a própria saúde, de mostrar que o corpo funciona normalmente, capaz de cumprir todas as funções que lhe estão reservadas e, em igual medida, uma forma de demonstrar a sua capacidade de gerar um filho saudável. Como refere Canavarro²² *a gravidez é, assim, um teste à funcionalidade do corpo feminino* (p. 31).

Em síntese, no contexto de infecção por VIH os factores que influenciam a decisão de continuidade ou término da gestação inscrevem-se num panorama complexo de variáveis religiosas, morais, médicas, sociais e psicológicas, ou seja, a forma como estes (múltiplos) factores influenciam o processo de tomada de decisão subjacente é complexa, e os riscos nem sempre são ponderados de uma forma racional⁷ criando, por vezes, uma tensão ética entre os interesses da mulher infectada e os da sociedade⁸. Torna-se assim importante que as políticas públicas desenvolvidas neste contexto procurem, por um lado, encorajar a tomada de decisão independente e informada e, por outro, ter em linha de conta a actualização dos conhecimentos médicos²³.

1. MÉTODOS

1.1. Objectivos do estudo

Neste estudo, e na totalidade da amostra que recorreu à Consulta de Obstetrícia-Infeciosas da Maternidade onde decorreu o presente estudo, entre Abril de 2003 e Fevereiro de 2006, procuramos analisar as variáveis de natureza sócio-demográfica e clínica com maior peso nas escolhas reprodutivas das mulheres infectadas pelo VIH, isto é, na decisão de prosseguir ou interromper a gravidez.

Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicado à grávida a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato das respostas; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração do Hospital.

Neste sentido, e relativamente à decisão reprodutiva, avaliámos a influência das variáveis de natureza sócio-demográfica, nomeadamente: idade; raça/etnia; estado civil; nível sócio-económico. De igual forma, procurou-se avaliar a influência das características sociais e clínicas associadas à infecção VIH: categoria de transmissão; momento do diagnóstico; carga viral e contagem de CD4+. Avaliámos ainda a influência dos dados de natureza reprodutiva, designadamente: planeamento/desejo da gravidez; aceitação da gravidez; e experiência prévia de gravidez.

No presente estudo sobre a tomada de decisão reprodutiva consideram-se apenas as variáveis de natureza sócio-demográfica e clínica. Embora consideremos importante a influência de outros factores neste processo de decisão, concretamente os factores de natureza psicológica, a dificuldade em recolher este tipo de dados junto das mulheres que optaram pela interrupção da gravidez (devido ao pouco tempo de permanência na Maternidade), invalidou a possibilidade de analisar com maior detalhe, quer o efeito directo destes factores, quer a sua interacção com variáveis de outra natureza.

1.2. Participantes

A amostra é constituída por 36 mulheres e inclui, como referimos anteriormente, todas as mulheres seguidas na Consulta de Obstetrícia-Infeciosas da Maternidade, entre Abril de 2003 e Fevereiro de 2006. Destas, 31 mulheres optaram pelo prosseguimento da gravidez (PG) e 5 optaram pela interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Na amostra global a média de idade é de 29,19 anos (idade mínima: 16; idade máxima: 39) e o desvio-padrão é de 6,15 anos. A grande maioria das mulheres é casada ou vive em união de facto. A maioria tem habilitações literárias entre o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário. 83,3% das mulheres

pertence ao nível sócio-económico Baixo (de acordo com a classificação de Simões,²⁴). Em termos de etnia, 55,6% das mulheres são de raça caucasiana.

1.3. Instrumentos

Neste estudo utilizámos, para além da grelha de dados sócio-demográficos, dois tipos de grelhas de informação médica e obstétrica. Uma primeira grelha é relativa à História Médica da Gravidez, nomeadamente no que se prende com os antecedentes obstétricos e com a actual gravidez. Esta grelha comporta ainda informações médicas sobre a infecção, nomeadamente, a ausência/existência de manifestações clínicas da doença e dados sobre o tratamento anti-retrovírico.

A segunda grelha de informação é relativa à História Médica da Infecção – Dados relativos ao VIH, compreendendo dados sobre a contaminação, nomeadamente: a duração da infecção; tempo de conhecimento da infecção; o contexto de realização do teste de VIH (iniciativa própria; rotina médica; rotina pré-natal; outra); a forma como julga ter adquirido a infecção (por contacto sexual; por comportamentos associados à toxicod dependência; outra); a condição serológica do companheiro; e, no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, questiona sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual (estado de infecção) do(s) filho(s), caso se aplique.

1.4. Tratamento estatístico dos dados

Numa primeira fase, para a caracterização sócio-demográfica das amostras e dos diferentes grupos que a compõem recorreremos, sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos, recorreremos à estatística inferencial, aceitando como variáveis estatisticamente significativas todas as diferenças às quais aparecesse um nível de significação inferior a 0.05. Neste sentido, e em função das variáveis consideradas, foram realizados: testes Qui-quadrado (para dados categoriais), testes exactos de Fisher, e análises de regressão múltipla hierárquica. Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizámos a versão 14.0 do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

2. RESULTADOS

2.1. Comparação da tomada de decisão reprodutiva considerando as variáveis sócio-demográficas

Em primeiro lugar, procedemos à análise do processo de tomada de decisão reprodutiva entre as mulheres infectadas, considerando as variáveis de natureza sócio-demográfica. Os resultados significativos encontram-se expressos no Quadro 1.

Quadro I – Comparação da opção reprodutiva entre o grupo que prosseguiu a gravidez (PG) e o grupo que optou pela Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), em termos do estado civil/presença de companheiro

	PG (n=31)		IVG (n=5)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Estado civil/Presença de Companheiro						
Solteira	5	14,3	5	14,3	14.583	.001
Casada/União de facto	25	71,4	0	0,0		
Teste do Qui-quadrado						

A análise comparativa dos dois grupos não revelou diferenças estatisticamente significativas relativamente a um conjunto de variáveis sócio-demográficas: idade; habilitações literárias; nível sócio-económico e raça/etnia.

No que respeita ao estado civil/presença de companheiro, todas as mulheres que optaram pela interrupção voluntária da gravidez referem ausência de companheiro. A análise por estado civil, enquanto variável dicotomizada (e dada a natureza equivalente:

a presença ou ausência de companheiro), faz relevar diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2= 14,583$; g.l.=1; $p<.01$ (Teste de Fisher)] no que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva.

2.2. Características Reprodutivas

2.2.1. Planeamento/desejo e aceitação da gravidez

Devido à complexidade conceptual envolvida nas noções de gravidez “planeada” e “não planeada”, considerou-se como gravidez planeada, a gravidez intencional e pensada previamente. Devido ao facto de uma gravidez não planeada não ser necessariamente uma gravidez não desejada, a categoria da gravidez

desejada e não planeada incluiu todas as grávidas que não engravidando intencionalmente, em algum momento desejaram ter um filho ou aceitaram imediatamente a gravidez. Tendo em conta a especificidade do tema abordado, optámos ainda por analisar o planeamento da gravidez em relação ao conhecimento da existência de infecção.

Como podemos verificar no Quadro 2, a gravidez não foi planeada pela maioria das mulheres (e pela totalidade das mulheres que optaram pela interrupção). Em termos da aceitação da gravidez, a maioria das mulheres que optaram pelo prosseguimento, aceita a actual gravidez.

Quadro II – Comparação da opção reprodutiva entre o grupo que prosseguiu a gravidez (PG) e o grupo que optou pela Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), em termos de planeamento/desejo e aceitação da gravidez

	PG (n=31)		IVG (n=5)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Planeamento/desejo da gravidez						
Sim	13	36,1	0	0,0	3.282	n.s.
Não	18	50,0	5	13,9		
Aceitação da gravidez						
Sim	21	58,3	0	0,0	8.129	.008
Não	10	27,8	5	13,9		
Teste do Qui-quadrado						

Da análise do Quadro 2 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à aceitação da gravidez [$\chi^2= 8,129$; g.l.=1; $p<.01$ (Teste de Fisher)], notando-se no entanto que apesar da maioria das gravidezes não terem sido planeadas, uma boa parte delas foi bem aceite.

2.2.2. Experiência prévia de gravidez

No que se prende com a experiência prévia de gravidez, 38,9% das mulheres estão grávidas do primeiro filho. Entre os dois grupos não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

2.3. Características associadas à infecção pelo VIH

Entre as principais circunstâncias que conduziram à realização do teste do VIH encontramos a gravidez

[47,2% das mulheres teve conhecimento da sua infecção nesta gravidez; 11,1% das mulheres teve conhecimento do seu estado serológico numa gravidez anterior; 16,7% realizou o teste por iniciativa própria; 19,5% conheceu a sua seropositividade por rotina médica; e 5,6% refere outra causa]. O diagnóstico foi prévio à actual gravidez para 52,8% das mulheres que constituem a amostra.

As relações heterossexuais foram a principal causa de infecção para a maioria das mulheres (52,8%); 27,8% contraiu a infecção devido a comportamentos associados à toxicoddependência; 2,8% por transfusão e 13,9% das mulheres refere desconhecer a origem da infecção. Em termos gerais, 52,8% correspondem a casos de transmissão sexual e 47,2% a transmissão não sexual.

No Quadro 3 apresentam-se os resultados descritivos e os resultados dos testes estatísticos para as duas variáveis.

Quadro III – Comparação da opção reprodutiva entre o grupo que prosseguiu a gravidez (PG) e o grupo que optou pela Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), em termos das características associadas à infecção pelo VIH

	PG (n=31)		IVG (n=5)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Momento do diagnóstico						
Gravidez actual	17	47,2	0	0,0	5.195	.047
Rotina médica	6	16,7	1	2,8		
Iniciativa própria	2	5,6	4	11,1		
1ª gravidez	4	11,1	0	0,0		
Outra	2	5,6	0	0,0		
Categoria de Transmissão						
Sexual	19	52,8	1	2,8	5.775	.033
Toxicod dependência	6	16,7	4	11,1		
Transfusão	1	2,8	0	0,0		
Não sabe	5	13,9	0	0,0		
Teste do Qui-quadrado						

Em relação a estas duas variáveis registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. A análise por momento do diagnóstico relevou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5.195$; g.l.=1; $p<.05$), revelando que as mulheres que interromperam a gravidez sabiam previamente do seu estado serológico de seropositividade para o VIH. Da análise por categoria de transmissão encontraram-se, de igual forma, diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5.775$; g.l.=1; $p<.05$), verificando-se que as mulheres que interromperam a gravidez contraíram a infecção maioritariamente por via não sexual.

2.4. Dados clínicos

Em relação aos dados de natureza clínica, concretamente a contagem dos linfócitos CD4+, verificámos que a maior parte das mulheres que compõe a amostra apresenta uma contagem entre os 200 e os 500 CD4+/mm³. Por definição, 6 mulheres (20,6%) encontram-se em fase de SIDA, na medida em que apresentam uma contagem inferior a 200 CD4+/mm³ (de acordo com a Classificação dos *Centers for Disease Control and Prevention* de 1993).

Em termos médios, a contagem de CD4+ no grupo das mulheres que optaram pela continuidade da gravidez foi de 370,79 (DP=179,501; mínimo=121 e máximo=806). Nas mulheres que optaram pela interrupção voluntária da gravidez, a média dos CD4+ era de 435,80 (DP=329,484; mínimo=63 e

máximo=858). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

2.5. Estudo do modelo preditor do processo de tomada de decisão reprodutiva

Em síntese, e face ao exposto anteriormente, pudemos verificar que o processo de tomada de decisão reprodutiva no contexto da infecção pelo VIH se encontrava significativamente associado ao estado civil/presença ou ausência de companheiro; à aceitação da gravidez por parte da mulher; ao momento do diagnóstico (na actual ou previamente à actual gravidez); e à categoria de transmissão (sexual ou não sexual).

Neste sentido, numa tentativa de testar quais as variáveis que poderiam prever a tomada de decisão reprodutiva, realizámos uma regressão múltipla hierárquica em relação à variável opção reprodutiva (variável dependente). Considerámos como variáveis independentes apenas as variáveis onde encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas análises anteriores. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 4.

Quando realizada a regressão múltipla hierárquica das quatro variáveis em relação à *opção reprodutiva*, verificou-se que três dessas variáveis surgem como preditores desta decisão explicando 61,9% da variância (valor do r^2 ajustado).

Verificou-se ainda que o melhor preditor desta decisão era a presença de companheiro explicando, por si só, cerca de 41,1% da variância. A aceitação da gravidez

Quadro IV – Regressão Linear Múltipla entre as diferentes variáveis independentes em relação à decisão reprodutiva

Variável	β	P
Presença/Ausência de Companheiro	.511	.000
Aceitação da gravidez	.352	.004
Momento do diagnóstico	.157	.220
Categoria de Transmissão	.340	.004
Percentagem de variância explicada: 61,9% [F(3, 29)=18.302, p <.001]		

e a categoria de transmissão mostraram-se igualmente bons preditores da decisão reprodutiva explicando, respectivamente, 11,8% e 10,9% da variância.

Podemos verificar que apesar do *momento do diagnóstico* ter relevado significação estatística nas análises anteriormente apresentadas, não revelou capacidade preditiva relativamente à tomada de decisão reprodutiva. Pensamos que este facto poderá estar associado a factores como o *timing* de início da vigilância pré-natal ou à dificuldade que muitas mulheres sentem, relativamente à tomada de uma decisão sobre uma temática em que assenta frequentemente o *projecto de vida* de uma mulher/casal.

DISCUSSÃO

O processo de decisão reprodutiva encerra uma complexa interacção de factores de ordem médica, psicológica, social, cultural, moral e legal. Embora tradicionalmente encarado como um processo de decisão individual, no contexto da infecção pelo VIH/SIDA pesam as decisões de carácter institucional, principalmente as que se prendem com o tipo de tratamento, parto e alimentação do bebé. A investigação empírica tem sublinhado que a existência de infecção VIH não é um factor determinante na opção de engravidar¹¹⁻¹⁶ ou mesmo na opção pela sua continuidade. Ainda assim, é um processo que se reveste de contornos muito específicos.

A análise da tomada de decisão reprodutiva revelou uma associação entre este processo de decisão e quatro variáveis. Assim, verificamos que o *estado civil* (ou melhor, a presença/ausência de companheiro) parece contribuir de forma significativa para a decisão de opção pelo prosseguimento/interrupção da gravidez.

Embora a *gravidez não planeada* ocorra num número significativo de mulheres, a maioria opta pelo prosseguimento. A *aceitação da gravidez* relevou igualmente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, estando associada à opção pelo prosseguimento da gravidez.

Em relação às variáveis relacionadas com a infecção VIH, observámos uma associação significativa entre o processo de decisão e o *momento do diagnóstico* de seropositividade para o VIH e a *categoria de transmissão*, concretamente, a opção pela interrupção da gravidez foi mais frequente entre as mulheres com diagnóstico prévio à gravidez e pertencentes à categoria de transmissão não sexual.

Na análise dos preditores da decisão reprodutiva, verificámos que as variáveis com maior capacidade de prever esta decisão foram: a presença de companheiro; a aceitação da gravidez e a categoria de transmissão.

De acordo com o anteriormente mencionado, parece-nos essencial sublinhar que a compreensão das escolhas reprodutivas num contexto tão complexo como é a infecção pelo VIH não pode ser dissociado das circunstâncias envolventes em que as mulheres vivem e que, como referido em ponto anterior, influenciam fortemente o processo de decisão.

A opção pelo prosseguimento da gravidez parece traduzir, por um lado, experiências prévias positivas de gravidez (tem-se efectivamente verificado um aumento do planeamento da gravidez entre as mulheres com conhecimento do seu estado serológico) e, por outro, um maior nível de informação referente aos aspectos específicos da interacção gravidez e infecção pelo VIH (e.g., taxa de transmissão vertical; terapêutica anti-retrovírica).

Não temos conhecimento pessoal de muitos estudos que tenham analisado a ligação entre características clínicas, demográficas e sociais e tomada de decisão reprodutiva. Os resultados deste estudo estão parcialmente de acordo com os do estudo de Kline et al.¹², que mostraram que a continuidade reprodutiva se encontrava relacionada com o desejo de gravidez. Outros autores mencionam que quando uma gravidez é desejada e existe um projecto de maternidade, a probabilidade de uma decisão no sentido da interrupção é claramente inferior²⁵.

No entanto, estes resultados diferem dos resultados encontrados noutro estudo em que os autores verificaram uma associação significativa entre a opção pela interrupção da gravidez e a etnia (ser caucasiana) e o estado civil (ser não-solteira)⁶. Sublinhamos, no entanto, a heterogeneidade da amostra deste estudo (constituída por apenas 29% de mulheres não solteiras) que poderá estar na origem das diferenças encontradas. Ao invés, a heterogeneidade observada, na mesma categoria, na nossa amostra poderá também espelhar as diferenças por nós encontradas.

A questão mais complexa prende-se com a opção pela *interrupção voluntária da gravidez* e, conseqüentemente, com os dilemas éticos inerentes. Embora sejam relativamente consensuais as limitações éticas associadas à gravidez e infecção pelo VIH²⁶⁻²⁸, as questões em torno da interrupção da gravidez envolvem uma grande ambiguidade que reflecte, em parte, posições diferenciais dos vários sistemas envolvidos (individual; institucional; legal). Em termos gerais, reiteramos o que mencionámos anteriormente. O princípio ético do respeito pela autonomia e pelas decisões individuais, molda o processo de aconselhamento sobre a interrupção da gravidez, contracepção e directrizes futuras. A intervenção psicológica deve assumir, por conseguinte, uma abordagem não-directiva, respeitando naturalmente as diferenças individuais e estando atenta à diversidade cultural.

Para além do tamanho da amostra, uma limitação importante do nosso estudo diz respeito ao uso exclusivo de variáveis clínicas e sociais, mas que justificámos anteriormente. Para abordar o processo de tomada de decisão reprodutiva, partimos da interacção entre os factores médicos, reprodutivos e sociais, assumindo, contudo, a relevância que os factores psicológicos podem ter neste processo.

Este estudo sobre o processo de decisão reprodutiva carece, neste sentido, de um modelo integrador que considere os diferentes contextos, interactivos entre si, e que estão na base da multidimensionalidade e complexidade deste processo de decisão^{3,6-8, 29}.

Efectivamente, existe alguma evidência empírica de que uma abordagem essencialmente biomédica é inadequada para compreender o processo de tomada

de decisão reprodutiva no contexto da infecção pelo VIH¹². No mesmo sentido, uma abordagem essencialmente psicossocial incorre em desvantagem semelhante. Embora as considerações biomédicas desempenhem um papel central nas dinâmicas da reprodução, outros factores sócio-culturais não devem ser ignorados. Reconhecemos a limitação deste estudo, mas reiteramos a necessidade de, através do recurso a diferentes metodologias e a amostras de maior dimensão, estudar este processo contemplando um maior espectro de variáveis médicas, psicológicas e sociais.

O presente trabalho poderá, ainda assim, contribuir com algumas pistas para a compreensão das escolhas reprodutivas no contexto de infecção pelo VIH mas, igualmente, criar inquietações e, extensivamente, propostas de remodelação, nas políticas públicas de intervenção em saúde reprodutiva e planeamento familiar, apostando concretamente na sensibilização para a realização do teste VIH, ou seja, sensibilizando à *oferta* do teste por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários, e sensibilizando à *procura* do teste por parte das mulheres/casais antes do planeamento da gravidez. Contudo, este aconselhamento, e como alertam Kline et al.¹², deve ser usado no sentido de promover “decisões informadas” sobre a gravidez, mas não deve ignorar a variedade das influências psicológicas e culturais especialmente relevantes neste processo de tomada de decisão.

AGRADECIMENTOS: O presente estudo insere-se no projecto de investigação *Gravidez e Maternidade: Um Estudo Longitudinal sobre Mulheres Infectadas pelo VIH*, financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Proc. 11-7.3/2004

BIBLIOGRAFIA

1. Lysterly AD, Anderson J. Human immunodeficiency virus and assisted reproduction: reconsidering evidence, reframing ethics. *Fertil Steril* 2001; 75 (5):843-58.
2. Oliveira LA, França Júnior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: Limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19:315-23.
3. Sowell RL, Phillips KD, Misener, TR. HIV-infected women and motivation to add children to their families. *J Fam Nurs* 1999; 5 (3):316-31.
4. Zajonc RB. Feeling and thinking: preferences need no inferences. *Am Psychol* 1980; 35 (2):151-75.

5. Baylies C. Safe Motherhood in the time of AIDS: The illusion of reproductive "choice". *Gender Develop* 2001; 9:40-50.
6. Bedimo AL, Bessinger R, Kissinger P. Reproductive Choices among HIV-Positive Women. *Soc Sci Med*. 1998; 46 (2):171-9.
7. Campbell C. *Women, Families, & AIDS: A Sociological Perspective on the Epidemic in America*. Cambridge University Press 1999.
8. McCreary LL, Ferrer LM, Ilagan PR, Ungerleider LS. Context-based advocacy for HIV-positive women making reproductive decisions. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2003; 14 (1):41-51.
9. Sowell RL, Misener TR. Decision to have a baby by HIV-infected women. *West J Nurs Res* 1997; 19 (1):56-70.
10. Feldman R, Maposhere C. Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe. *Reprod Health Matters* 2003; 11 (22):162-73.
11. Siegel K, Scrimshaw EW. Reasons and Justifications for Considering Pregnancy Among Women Living With HIV/AIDS. *Psychol Women Quart* 2001; 25 (2):112-23.
12. Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Soc Sci Med* 1995; 40 (11):1539-47.
13. Murphy DA, Mann T, O'Keefe Z, Rotheram-Borus MJ. Number of Pregnancies, Outcome Expectancies, and Social Norms among HIV-Infected Young Women. *Health Psychol* 1998; 17 (5): 470-75.
14. Rossi A, Fonsechi-Carvasan GA, Makuch MY, Amaral E, Bahamondes L. Factors associated with reproductive options in HIV-infected women. *Contraception* 2005; 71:45-50.
15. Sowell RL, Murdaugh CL, Addy CL, Moneyham L, Tavakoli A. Factors influencing intent to get pregnant in HIV-infected women living in Southern USA. *AIDS Care* 2002; 14 (2):181-91.
16. Wesley Y, Smeltzer SC, Redeker NS, Walker S, Palumbo P, Whipple B. Reproductive Decision Making in Mothers with HIV-1. *Health Care Women Int* 2000; 21:291-304.
17. Sherr L, Barnes J, Johnson MA. HIV Interventions in Pregnancy: The Views of HIV Positive Women. *Clin Psychol Psychoth* 2000 ; 7:385-93.
18. Forsyth AD, Coates TJ, Grinstead OA, Sangiwa G. et al. HIV infection and pregnancy status among adults attending voluntary counseling and testing in 2 developing countries. *Am J Public Health* 2002; 92 (11):1795-800.
19. Bungener C, Marchand-Gonod N, Jouvent R. African and European HIV-positive women: psychological and psychosocial differences. *AIDS Care*, 2000; 12 (5):541-8.
20. de Ruiter A, Brocklehurst P. HIV infection and pregnancy. *Int J STD AIDS* 1998; 9 (11):647-55.
21. Rutenberg, N et al. (2002). *Pregnant or Positive: Adolescent Childbearing and HIV Risk in South Africa*. New York: The Population Council.
22. Canavarro MC. Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. MC Canavarro (Coord.). Quarteto Editora 2001:17-49.
23. Banks TL. Legal Challenges: State Intervention, Reproduction, and HIV-Infected Women. In: *HIV, AIDS & Childbearing: Public Policy, Private Lives*. RR Faden, NE Kass (Eds.). New York: Oxford University Press; 1996:143-77.
24. Simões MR. *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra 1994.
25. Bastos AI, Carvalho Teixeira J, Paixão T. *As Mulheres e a SIDA*. *Análise Psicológica* 1995; 1-2 (XIII):79-94.
26. Chervenak FA, McCullough LB, Ledger, WJ. Ethical Dimensions of Human Immunodeficiency Virus during Pregnancy. *Infect Dis Obst Gynecol* 1997; 5:192-8.
27. Gouveia-Andrade L. *A Gravidez, a Criança, os Estudos Clínicos e a Infecção pelo VIH: Limitações Éticas e Implicações Terapêuticas*. *Acta Médica Portuguesa* 2003; 16:437-46.
28. Sherr, L. Pregnancy and childbirth. *AIDS Care* 1997, 9 (1):69-77.
29. Aranda-Naranjo B, Davis R. Psychosocial and Cultural Considerations. In: *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. JR Anderson (Ed.). Health Resources and Services Administrators. HIV/AIDS Bureau; 2001:275-87.