



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

KARINA DE SÁ ADAMI GONÇALVES BRANDÃO

ADESÃO À DUPLA CONTRACEPÇÃO ENTRE MULHERES INFECTADAS PELO HIV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador-Bahia

2015

KARINA DE SÁ ADAMI GONÇALVES BRANDÃO

Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana

Orientador:
Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

Salvador-Bahia

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Cabula da EBMSP

B817 Brandão, Karina de Sá Adami Gonçalves

Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV. / Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão – Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2015

86f.

Dissertação (Mestrado) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Requisito para obtenção de título de Mestre em Medicina e Saúde Humana, 2015.

Orientação: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

1.HIV. 2.Contracepção.I. Lima, Bruno Gil de Carvalho II.Escola Bahiana de Medicina e Saúde. III Título.

CDU:616.98:578.828

Nome: Adami, Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão

Título: Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Aprovada em 16 de Abril de 2015

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Olívia Lúcia Nunes Costa

Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo, USP - 1981

Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, UFBA - 1986

Prof.^a Dr.^a. Milena Bastos Brito

Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2012

Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS - 2011

Prof. Dr. Edson Duarte Moreira Júnior

Doutor em Epidemiologia pela Columbia University, COLUMBIA, EUA – 1997

Pesquisador Titular do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - FIOCRUZ - 2005

“A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará a seu tamanho original.”

Albert Einstein

Dedico este trabalho às minhas pacientes do CEDAP, assistidas no ambulatório de Ginecologia da Virologia, que tanto me ensinaram sobre amor, saúde e existência. Seus depoimentos, confiança e reconhecimento me impulsionaram e ampliaram minha visão de mundo.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

CEDAP – Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia

FONTES DE FINANCIAMENTO DE PESQUISA

Não houve financiamento de fontes oficiais de pesquisa.

Pesquisa desenvolvida em instituição gerida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

EQUIPE

- Orientador: Prof. Dr Bruno Gil de Carvalho Lima – Prof. Adjunto da Pós-Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- Mestranda: Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão – Pós Graduanda da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana)
- Apoio gerencial: NEP (Núcleo de Ensino e Pesquisa do CEDAP)
- Coordenadora da pesquisa no NEP: Dra Ana Gabriela Travassos
- Revisão bibliográfica: Dra Karina Adami
- Criação do instrumento de coleta de dados: Grupo Rosa
- Validação de conteúdo (Congresso Bahiano 2013): Prof. Dr. Bruno Gil e Grupo Rosa
- Construção de banco de dados: Dra. Karina Adami, Dr. Carlos Lima e Aluna Fabielle de Oliveira
- Coleta de dados: Grupo ROSA (Rotinas de Saúde Ampliada)
- Catalogação: Dra. Karina Adami, Dra. Ana Gabriela Travassos, Farm. Tatiana Haguihara e Aluna Fabielle de Oliveira
- Digitação: Dra. Karina Adami, Alunas Fabielle de Oliveira e Eveline Xavier
- Revisão de pendências: Dra. Karina Adami, Alunas Fabielle de Oliveira, Eveline Xavier e Camila Duran
- Análise estatística: Dra. Karina Adami (apoio Dra Denise Matias- monitora de Métodos Quantitativos da Pós-Graduação da EBMSP)
- Formatação dos resultados: Dra. Karina Adami

AGRADECIMENTOS

É fundamental saber reconhecer que um trabalho como esse não é fruto apenas de uma idéia original de quem o concebe ou de uma necessidade institucional, mas sim de uma realidade que precisa de visibilidade, de pessoas que precisam de voz no cenário científico. Entender que seu desenvolvimento só se torna rico e prazeroso se contamos com o apoio de profissionais envolvidos, que nutrem o mesmo sentimento de identificação com o tema e com aqueles que se beneficiarão de seus resultados.

Agradeço a Ana Gabriela Travassos, colega e amiga que me conduziu para esta aventura de trabalhar com mulheres que vivem com HIV (já lhe disse em várias oportunidades, Gab, do presente que me deu quando me convidou para trabalhar no CEDAP). Muitas vezes, a vida nos conduz por caminhos desconhecidos e desafiadores e para seguir é preciso estar bem acompanhado. Por seu empenho e liderança, Ana Gabriela, hoje somos um grupo, o Grupo Rosa (Rotinas de Saúde Ampliada): você, eu, Patrícia Almeida, Eda Vinhaes, Isabella Nóbrega, Sheyla Fernandes, Karen Abbehusen e nossas alunas de iniciação científica Eveline Xavier, Júlia Neumayer, Camila Duran, Nathália Lisboa, Fabielle Oliveira, Maiara Timbó. Obrigada por nos unir.

Nessa caminhada, encontrei outras pessoas muito competentes e comprometidas que colaboraram de maneira inegável com a execução desta pesquisa: Tatiana Haguihara, Carlos Lima, Márcio Pires, Gleidson Mota e José Adriano Góes. Sem vocês teria sido difícil superar minhas limitações com a logística e recursos disponíveis no CEDAP. Obrigada às nossas auxiliares de enfermagem que muitas vezes extrapolaram seus horários para nos dar suporte estrutural para as pesquisas serem conduzidas no centro. Tatiana Souza e Rosângela Silva, secretárias do NEP, me muito obrigada pela paciência em administrar minha agenda de pesquisa. Aos colegas Marcos Barros e Márcio Oliveira que apoiaram o Projeto de Contracepção na unidade, oficializando-o junto ao NEP. Grata também a Adriano Oliveira, diretor do CEDAP, amigo de outras vivências frutíferas, e Aida Moreira, responsável pela Coordenação de Saúde da unidade, pelo apoio irrestrito ao projeto e pelo entendimento que esta é a primeira etapa para uma proposta maior de serviço.

Durante uma caminhada, é preciso dar o primeiro passo. Nessa trajetória de mestrado, quem me estimulou a fazê-lo foram vocês, Márcia Silveira, Adriana Bruno e Vera Nossa, parceiras de outras caminhadas na Climério de Oliveira, que se lançaram neste percurso, e me fizeram crer que conseguiria segui-las.

Ao amigo e doutor da vida, sábio, Themístocles Soares, que em conversa amistosa e serena, refrescada pela brisa do paraíso que compartilhamos na ilha, me fez crer na aprovação para a seleção do mestrado, minha gratidão e reverência por sua invejável polidez, sua perseverança e jovialidade.

Minha eterna gratidão a meus mestres Paulo Benigno Batista, Carlos Sampaio, Carlos Menezes, Rui Ferriani e Edson Moreira que plantaram em mim, cada um a seu tempo, as sementes da pesquisa e atualização científica. Carinhoso reconhecimento a Antônio Carlos Vieira Lopes, meu primeiro ginecologista, professor de disciplina na área abraçada, exemplo de elegância e engajamento. Incluo neste grupo Olívia Lúcia Costa com quem aprendi a maior lição da formação de médica: ser gente cuidando de gente.

Grata à Carolina Sales, Milena Brito e Emília Jalil pelo estímulo de sempre. Um dia, na hierarquia da residência médica, pude lhes ensinar... Hoje me inspiro em vocês na trajetória acadêmica. Sinto-me muito feliz em tê-las como amigas.

Agradeço a meu querido orientador, Bruno Gil (fica fácil ser orientando de quem admiramos). Sua capacidade de absorver tantas demandas e conhecimentos de várias searas me impressiona. Você, de fato, é um *outlier*! Muito obrigada por ter aceitado minha proposta naquela tarde de sábado do Nina. Deus sempre no comando, não é mesmo?

E como não citar nominalmente alguns professores fundamentais na construção destes degraus de evolução acadêmica? Querido Luis Cláudio Correia, você foi tão presente durante este percurso que dificilmente conseguiria quantificar (rsrsrs). Muito além das salas de aula, disponível, paciente, criticando elegantemente e fazendo com que tivesse vontade de superar minhas próprias limitações. Sou sua fã! Milena Pondé, ainda trabalharemos juntas naquele projeto qualitativo. Você ratificou minha visão de medicina, de ciência, demonstrando ser possível uma metodologia onde o sujeito participante se revele mais que o pesquisador. A Roseni Ferreira agradeço o apoio na análise crítica do TCLE. Grata a Katia Sá pelo material sobre validação de conteúdo. Obrigada a André Luiz Peixinho e Martha Menezes pela clarividência de que não existe assistência, ensino e pesquisa sem transformação pessoal e sem um olhar holístico.

Incluo nestes agradecimentos a participação efetiva de meus colegas de turma de mestrado (ingressos de 2013 na Pós Graduação da EBMS), tão acolhedores e parceiros na troca de informações, facilitadores constantes nos processos de ensino aprendizagem mútuos.

Gratidão aos colegas e coordenadores da Climério de Oliveira e do CENAFERT, em especial a Tânia Mascarenhas por tantos plantões cobertos e ao querido Joaquim Roberto Costa

Lopes, que dentro do possível facilitaram minha agenda e horários para que pudesse cumprir as obrigações do curso de pós-graduação.

E, quando no finalzinho, você começa a achar que vai perder o fôlego, vem aquela pessoa que lhe diz “você vai conseguir”. Meu mais sincero agradecimento a Denise Matias pelo apoio e a Cláudia Smith pela cumplicidade.

Por fim, dizer à minha família e amigos que não terá sido em vão o período de dedicação a esse trabalho, mesmo que para isso tenha precisado canalizar meu tempo, minha atenção, minha complacência, minhas noites, minhas horas vagas, já tão restritas, em detrimento de nosso convívio. Amo vocês!

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Uso ideal e habitual de contraceptivos	21
Quadro 2. Interações farmacocinéticas entre contraceptivos orais combinados e antirretrovirais.....	23
Figura 1. Fluxograma da contracepção para mulheres infectadas pelo HIV	26
Figura 2. Dimensões da adesão ao tratamento	27
Figura 3. Variáveis envolvidas no uso de condom	28
Figura 4. Seleção da amostra.....	32
Figura 5. Fluxograma do Método Delphi	33
Figura 6. Fluxograma de atendimento	34
Tabela 1. Características clínicas e epidemiológicas da amostra	36
Tabela 2. Outras características clínicas e epidemiológicas da amostra	37
Tabela 3. Hábitos de vida e aspectos da sexualidade relacionados ao risco de infecções sexualmente transmissíveis.....	38
Tabela 4. Condições clínicas obstétricas de interesse e porcentagem de gestação não planejada na amostra.....	39
Tabela 5. Características de uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito	40
Tabela 6. Fontes de aquisição de condom e acetato de medroxiprogesterona	41
Tabela 7. Usos de condom na população estudada.	42
Tabela 8. Prevalência de uso de dupla contracepção.....	43
Tabela 9. Prevalência de adesão e não adesão à dupla contracepção.....	44
Tabela 10. Preditores independentes de adesão à dupla contracepção.....	45

LISTA DE ABREVIACOES

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
AZT	Zidovudina
CD4	Células de defesa do sistema imune
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEDAP	Centro Especializado em Diagnóstico Assistência e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CV	Carga viral
DATASUS	Departamento de Informtica do Sistema nico de Saúde
DIU	Dispositivo intrauterino
DST	Doena sexualmente transmissível
EFV	Efavirenz
FEBRASGO	Federao Brasileira das Associaes de Ginecologia e Obstetrícia
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa - Eficaz)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IM	Injetvel mensal
IP	Inibidor de protease
IST	Infees Sexualmente Transmissíveis
ITRN	Inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa
ITRNN	Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa
LARC	Long-Acting Reversible Contraceptives ou Contraception (contraceptivos reversíveis de longa durao)
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Nevirapina
OC	Oral combinado
OPAS	Organizao Panamericana de Saúde
OMS	Organizao Mundial da Saúde
PENFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
POP	Pílula apenas de progestagênio
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/Aids
ROSA	Rotinas de Saúde Ampliada
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informao de Agravos de Notificao
SIU-LNG	Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema nico de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral

RESUMO

Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV

Fundamento: O maior número de mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV tornam necessárias opções de contracepção segura. Recomenda-se uso combinado de condom e hormônios que ofereçam menor interação com os antirretrovirais e maior adesão. **Objetivo:** Verificar a adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV usando acetato de medroxiprogesterona (AMPD) e condom. **Métodos:** Corte transversal realizado em centro de referência de dezembro 2013 a setembro 2014. Entrevistadas 114 mulheres HIV (+), 15 a 49 anos, em uso de AMPD e condom para contracepção, aplicando questionário clínico epidemiológico, construído após Painel Delphi e validação de conteúdo. **Resultados:** As médias foram de 33,2±7,2 anos de idade, 8,1±5,2 anos de detecção do HIV, 6,8±5 anos de uso de TARV e 737,6±341 células CD4/mm³. Adquiriram HIV pelo sexo 98,2% (112/114). Identificadas 85,9% (98/114) usuárias de TARV e 77,7% (84/114) com CD4 > 500/mm³. Relato de parceria fixa em 78,9% (90/114), havendo sorodiscordância para HIV em 41,2% (47/114), status sorológico do parceiro desconhecido em 21,9% (25/114) e o parceiro desconhece que era infectada em 37,7% (43/114). Última gestação não planejada referida por 71,9% (82/114). Engravidaram no último ano 14,9% (17/114), sendo 70,5% (12/17) não planejadas. Relato de uso atual de AMPD em 64,9% (74/114) com sangramento genital em 48,2% (55/114) e ganho de peso em 67,5% (77/114). O uso de condom masculino foi referido por 62,2% (71/114). Três usuárias de condom feminino sempre e 10 eventualmente. Tinham sexo desprotegido vaginal 37,7% (43/114) e anal 32,4% (37/114). Relato de resistência do parceiro para usar preservativo em 30,7% (35/114). A dupla contracepção com AMPD e condom foi relatada por 42,9% (49/114). Resistência do parceiro para usar condom foi associada com má adesão (RP 0,3 IC95% 0,2-0,7 p<0,001). Parceiro desconheceu infecção da parceira pelo HIV favoreceu a adesão (RP 1,8 IC95% 1,2-2,7 p=0,01). **Conclusão:** Neste estudo, adesão à dupla contracepção com AMPD e condom foi 42,9%, mantendo gestações não planejadas e sexo desprotegido. Resistência do parceiro para usar condom aumenta três vezes a chance da mulher não aderir à dupla proteção e parceiro desconhecer a infecção da mulher quase duplica a chance dela aderir. Metas: ampliar oferta de novos contraceptivos e envolver parceiros na contracepção e testagem.

Palavras-chave: HIV, contracepção, condom, acetato de medroxiprogesterona.

ABSTRACT

Dualcontraception adherence among HIV- infected women

Background: The larger number of HIV-infected women at reproductive age make safe contraception necessary. Use of condom combined with hormones more compatible to antiretroviral therapy are recommended. **Purpose:** Describe adherence to dual contraception using depot-medroxyprogesterone acetate and condom among HIV-infected women. **Methods:** Cross-section study carried out from December, 2013 to September, 2014 at a local referral center, applying questionnaire, obtained after Delphi panel and validation with clinical and epidemiological, to 114 HIV(+) women from 15 to 49 years, using depot-medroxyprogesterone acetate plus condom for contraception. **Results:** The averages were 33,2±7.2 years old, 8,1±5.2 years of HIV detection, 6,8±5 years using antiretrovirals and 737,6±341 CD4 cells/mm³. Sexual HIV acquisition was referred in 98,2% (112/114), antiretroviral use in 95,9% (98/114) and 77,7% with CD4 > 500/mm³. Being with an unique sexual partner was referred by 78,9% (90/114), with HIV serodiscordance in 41,2% (47/114) of couples, 21,9% (25/114) didn't know the serological status of the partner and in 37,7% (43/114) the partner was unaware of the HIV(+) status of the woman. Last pregnancy was unplanned for 71,9% (82/114) and 14,9% (17/114) had gotten pregnant the year before, with 70,5% (12/17) unplanned. Actual use of depot-medroxyprogesterone acetate was reported in 64,9% (74/114), with genital bleeding in 48,2% (55/114) and weight gain in 67,5% (77/114). Use of male condom was referred in 62,2% (71/114). Three related always use female condom and ten eventually. Unprotection in vaginal sex was related by 37,7% (43/114) and 32,4% (37/114) in anal intercourse. Resistance of partner to use condom was 30,7% (35/114). Dual contraception using DMPA with condom reported by 42,9% (49/114). Partner who resists to wear condom was associated with poor adherence (PR 0,3 CI 95% 0,2-0,7 p<0.001). Partner who is unaware of women HIV infection favored the adherence (PR 1,8 CI 95% 1,2-2,7 p=0.013). **Conclusion:** Dual contraception using DMPA plus condom was 42,9%, maintaining unplanned pregnancies and unprotected sex. Resistance of partners to use condom increases chance of not adhering to dual contraception three times, and the partner not knowing women's HIV infection almost double chance to adhere safe contraception. Goals: offer new hormonal contraceptives and involve partners in contraception and serologic detection tests.

Keywords for this page: HIV, contraception, condom, medroxyprogesterone acetate.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	17
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1. Caracterização do Problema.....	17
3.2. Conceito de Dupla Contracepção e HIV.....	21
3.3. Acetato de Medroxiprogesterona de depósito e HIV	23
3.4. Adesão e sua aferição.....	26
4. MÉTODOS.....	28
4.1. Desenho do Estudo.....	28
4.2. Critérios de Inclusão e exclusão	29
4.3. Cálculo do Tamanho Amostral.....	30
4.4. Seleção da Amostra	29
4.5. Elaboração do instrumento de aferição.....	31
4.6. Aplicação do questionário.....	32
4.7. Análise de dados.....	33
4.8. Considerações Éticas.....	34
5. RESULTADOS.....	34
5.1. Características da Amostra.....	34
5.2. Prevalência e Variáveis Associadas com adesão à dupla contracepção.....	41
5.3. Preditores Independentes de adesão à dupla contracepção.....	43
6. DISCUSSÃO.....	43
7. CONCLUSÃO.....	50
8. PERSPECTIVAS.....	50
9. RELATO DA EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE PESQUISA.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXOS.....	62

1. INTRODUÇÃO

A morbimortalidade e o perfil epidemiológico das pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), vêm se modificando nas últimas décadas(1). Nesse período, houve aumento da sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/AIDS e no número de mulheres contaminadas pelo vírus. Aumentou o contingente de mulheres infectadas em idade reprodutiva em virtude do processo de feminilização da pandemia e houve o resgate de sua fertilidade devido ao controle da doença consumptiva. As linhas de cuidado precisaram incluir novas metas, integrando o planejamento familiar para essa população como um objetivo(2). A dupla contracepção tem sido recomendada na busca de reduzir riscos de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e garantir melhor eficácia contraceptiva. O uso de métodos hormonais que sejam compatíveis com uso das terapias antirretrovirais e que possam trazer melhorias clínicas é o desejável, associando ao uso regular de condom como método de barreira(3). A adesão à dupla contracepção permanece um desafio para a população geral, grupos vulneráveis e entre pessoas infectadas por alguma DST. As taxas de adesão à dupla contracepção referidas entre mulheres infectadas pelo HIV na literatura giram em torno de 27% (16)(54), com chance maior que três vezes de engravidar de modo não planejado entre as não usuárias de dupla proteção contraceptiva(4).

Desde 1997, os avanços no tratamento antirretroviral (TARV), com o uso da terapia antirretroviral altamente ativa ou eficaz, *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), colaboraram para que estas perspectivas se expandissem nos últimos 10 anos(5). Houve um aumento da expectativa de vida entre as pessoas infectadas pelo vírus, estabelecendo um comportamento de doença crônica quando em uso regular de terapia antirretroviral(6). Dessa forma, seguir vivendo com o vírus, apesar de seu caráter incurável, tornou-se possível para muitas pessoas infectadas. As projeções de futuro, vitais do ser humano, passaram a fazer parte da vida destes indivíduos(2). O controle entre bem estar e efeitos colaterais das drogas usadas no “coquetel” passou a ser o foco, juntamente com os desejos de investir em si mesmo e na família(7).

Atualmente, a inclusão de um programa efetivo de Planejamento Familiar para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) tornou-se uma necessidade. A quebra da cadeia de transmissão viral e melhorias na qualidade de vida destas pessoas tornaram-se exigências sociais em âmbito mundial(5). A adesão às propostas de dupla contracepção é o ponto fundamental: contempla as pretensões de procriação com segurança para a parceria e o futuro

concepto, minimizando riscos de transmissão do vírus; garante direitos sexuais e reprodutivos dentro dos preceitos fundamentais dos indivíduos; motiva o investimento na autoestima com perspectivas concretas de constituir família em momento propício(8). Conhecer o perfil da população e os métodos de maior aceitabilidade e acesso se faz necessário para melhorar a continuidade de uso.

O presente trabalho tem o objetivo de verificar a adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV que frequentam um centro de referência, quando em uso de condom e acetato de medroxiprogesterona para fins contraceptivos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Verificar a adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV quando em uso de condom e acetato de medroxiprogesterona para fins contraceptivos

2.2 Objetivos secundários

Identificar possíveis fatores determinantes da adesão;

Quantificar o número de gestações não planejadas nessa amostra.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Caracterização do Problema

Cada vez mais mulheres se infectam com o HIV. Segundo dados da UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS) publicados em 2013, são 35 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, com prevalência global entre adultos estimada em 0,8% e 0,4% entre mulheres jovens de 15 a 24 anos. Cerca de 15,5 milhões de pessoas contaminadas com o HIV são mulheres, distribuídas em várias regiões do mundo em proporções como África 59%,

Caribe 50%, Leste Europeu 44%, Ásia 35%. Só na América Latina, são 550 mil mulheres infectadas pelo HIV(9).

Dados da Organização Mundial de Saúde publicados em 2006, revelam que a maioria das mulheres vivendo com HIV/AIDS está em idade reprodutiva com estimativa de 220.000 gestações não planejadas entre mulheres infectadas pelo HIV. A PEPFAR (*President's Emergency Plan For AIDS Relief*) publicou em 2008 que, só nos Estados Unidos (EUA), cerca de 500.000 recém nascidos por ano eram HIV positivos(10).

No Brasil, segundo dados do site do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, até 2007, foram notificados 188.396 casos de contaminação pelo HIV em mulheres. Aproximadamente, 35% do total de casos notificados foram em mulheres até aquele ano. A prevalência nacional de HIV na população geral feminina foi estimada em 0,4% por Szwarcwald (2008)(11). Atualmente, ainda há mais casos da doença entre homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de AIDS no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino. Em 2011, último dado disponível do mesmo site do governo brasileiro, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres(13).

Mesmo diante da subnotificação, segundo dados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), a região Nordeste contribuiu com 13,9 casos novos por cada 100 mil habitantes no cenário brasileiro da epidemia. Conforme boletim epidemiológico da SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia) entre 1984 e junho de 2011, foram notificados 18.302 casos novos (fontes SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação e SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais). Em Informe Epidemiológico publicado em 2013 pelo CEDAP (Centro Especializado em Assistência, Diagnóstico e Pesquisa – centro de referência da SESAB), foram registrados 1.331 casos novos de AIDS entre 2000-2013 em mulheres maiores de 13 anos atendidas na unidade(12). Dentre as mulheres grávidas atendidas na unidade em 2012, cerca de 40% já sabiam ser portadoras do HIV. Em dados de 2009 da mesma instituição, foram relatados 887 casos novos de gestantes infectadas pelo HIV(12).

A feminização da epidemia vem sendo notificada desde 1990 e o aumento da incidência da infecção pelo HIV entre casais heterossexuais, mulheres casadas e mulheres em idade reprodutiva pode agregar riscos maiores de contaminação para recém nascidos (transmissão vertical)(14). O planejamento familiar para pessoas vivendo com HIV e AIDS através da

contracepção e concepção seguras pode ser relevante como estratégia de redução das taxas de transmissão vertical (durante o ciclo grávido puerperal)(14).

Em casuística feita pelo Grupo ROSA no Ambulatório de Ginecologia da Virologia do CEDAP, apresentada no 4º Congresso Brasileiro sobre HIV-AIDS e vírus relacionados em agosto de 2014, das 336 mulheres entrevistadas aproximadamente 56% usavam métodos contraceptivos hormonais após o diagnóstico do HIV. Havia 5,4% relatando uso de anticoncepcional oral, 1,8% usando injeção mensal, 21% de usuárias de injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito– AMPD), nenhuma usuária de implantes ou adesivos ou DIU medicado. A contracepção definitiva foi relatada em 16% de mulheres submetidas à laqueadura tubária e 0,9% de parceiros fixos vasectomizados. Aproximadamente, 16% não usava métodos contraceptivos. Metade desta amostra, referia uso de condom(15).

A adesão às propostas de dupla proteção contraceptiva tem caráter multifatorial e representa um desafio na assistência dessa população. As recomendações contraceptivas entre 2011 e 2013, tendiam ao uso de condom associado a método hormonal não oral e sem estrógeno, no sentido de reduzir possibilidades de interações medicamentosas com a TARV(16)(38).

Definir o perfil de manutenção do uso destes métodos contraceptivos, em especial a dupla proteção, se impõe. Essas definições ajudarão a nortear fluxogramas assistenciais no cotidiano dos serviços que assistem pessoas vivendo com HIV/AIDS(8).

A dupla contracepção é também chamada de duplaproteção contraceptiva ou contracepção segura ou contracepção combinada. As medidas de contracepção segura são o uso regular de condom - método de barreira, objetivando bloqueio da transmissão sexual do vírus e outras germes sexualmente transmissíveis - somado à escolha de um outro método, muitas vezes hormonal anovulatório, para aumento da eficácia contraceptiva(19)(4).

A eficácia dos métodos contraceptivos era calculada pelo índice de Pearl, fórmula matemática que se baseava na multiplicação do número de casos de gravidez ao ano por 1200 meses e posterior divisão pelo número de meses de uso do contraceptivo (Raymond Pearl, 1933). Atualmente, atribuem-se taxas de eficácia em uso ideal (correto) e uso habitual (típico, na prática) para cada método ao longo do tempo, não mais utilizando o índice de Pearl, considerando sua ampla variação frente a diferentes contextos sócio-demográficos(19). A taxa de eficácia isolada de uso de condom masculino e feminino atribuída na população geral em uso típico é baixa, com percentual alto de falhas contraceptivas, estimado em cerca de 18 a 21% de mulheres com gestações não planejadas em um ano e descontinuação de seu uso da ordem de 57-59%-Quadro 1(20).

Quadro 1. Uso habitual e ideal dos métodos contraceptivos (percentual de mulheres que experimentaram uma gestação não planejada em 01 ano de uso habitual, uso ideal e a continuidade de uso do método) EUA 1995-2002.

Método	Uso habitual	Uso ideal	Continuidade em 01 ano
Sem método	85	85	-
Espermaticida	28	18	42
Coito interrompido	22	4	46
Condom masculino	18	2	43
Condom feminino	21	5	41
Diafragma	12	6	57
Pilula	9	0,3	67
Adesivo	9	0,3	67
Anel vaginal	9	0,3	67
AMPD	6	0,2	56
DIU CU	0,8	0,6	78
SIU LNG	0,2	0,2	80
Implante	0,05	0,05	84
Laqueadura tubaria	0,5	0,5	100
Vasectomia	0,15	0,10	100

Fonte: Adaptado de Trussell J. Contraceptive Failure in United States; Contraception 2011.

Tem sido comum o relato de descontinuidade e erros no uso de métodos contraceptivos na população geral(20)(22). Entre PVHA não tem sido diferente, trazendo riscos de transmissão do HIV entre parceiros sorodiscordantes e superinfecção entre casais sorocordantes(17)(23). Subtipos virais mais resistentes podem ser compartilhadas entre parceiros HIV positivo sem o uso regular de preservativos(23)(27). A terapia antirretroviral e a resposta imune são individuais. Sendo assim, as respostas frente as terapias virais são específicas em cada organismo. Entre casais soropositivos, a superinfecção pode aumentar as taxas de resistência à terapia antirretroviral(30).

Na experiência cotidiana, durante os atendimentos em consultório, há o relato de aceitação limitada do uso de condom entre os homens por queixas de desconforto e disfunções sexuais. Entre as mulheres, há uma dificuldade de negociar este uso com seus parceiros, faltando empoderamento de sua condição sexual, conhecimento e aceitação de métodos alternativos de barreira como o preservativo feminino(25).

O uso ou não de terapias antirretrovirais pode interferir na escolha do método contraceptivo hormonal devido às interações medicamentosas existentes(26)(32). O desejo de obter ou não amenorréia, corrigindo possíveis anemias relacionadas ao uso crônico da terapia viral, assim como outros benefícios não contraceptivos da hormonioterapia podem conduzir a uma escolha específica(27)(28)(29). Destarte, o uso do acetato de medroxiprogesterona tem sido escolha muito frequente nessa população. A existência de efeitos indesejados, pode delinear a descontinuidade do uso e motivar trocas ou falhas contraceptivas. Acredita-se que a adaptação

das pacientes aos efeitos colaterais, o acesso aos métodos e sua livre escolha são determinantes no início e na manutenção do uso dos métodos hormonais(29)(57)(58).

Recentemente, uma metanálise envolvendo estudos observacionais, com 39.560 mulheres na África subsaariana, apontou um aumento na aquisição e transmissão do HIV entre as usuárias de métodos contraceptivos hormonais, em especial o AMPD, que foi associado a 40% de aumento no risco(30)(48)(49). Entretanto, não houve evidência clara de causalidade havendo necessidade de ensaios clínicos randomizados que eliminem fatores de confusão e estabeleçam que os riscos são de fato maiores que os benefícios.

Há necessidade de conhecer o perfil da clientela assistida e traçar estratégias para melhorar a adesão às propostas de contracepção segura, elaborando um diagnóstico situacional, identificando abordagens inadequadas e traçando novas estratégias. Existe a expectativa de diminuir riscos e danos relacionados com a transmissão horizontal e vertical do HIV através da redução da taxa de gravidez não planejada e uso consistente de condom associado a métodos hormonais em PVHA(8).

3.2. Conceito de Dupla Contracepção e HIV

A definição de dupla proteção contraceptiva ou contracepção segura ou dupla contracepção ou contracepção combinada é estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e corroborada por órgãos de ampla atuação e controle nas áreas de contracepção e doenças sexualmente transmissíveis - OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) - como sendo o “uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional”(4). Habitualmente, recomenda-se a associação do método de barreira com um método hormonal, podendo este ser por via oral, intramuscular, transdérmica, implante (Etonogestrel - ENG), vaginal (anel ou pílula) ou ainda SIU-LNG (Sistema Intrauterino liberador de Levonorgestrel) mais conhecido como DIU (Dispositivo Intrauterino) medicado.

No que tange à população de mulheres vivendo com HIV/AIDS, existem peculiaridades nesta escolha. As recomendações contraceptivas para mulheres infectadas pelo HIV descritas nos “Critérios de elegibilidade” (MEC – *Medical Eligibility Criteria*) para uso de métodos contraceptivos, publicação da OMS, contemplam todos os métodos disponíveis, salvaguardadas condições de imunidade comprometida, comorbidades e doença avançada. Os *Medical Eligibility Criteria* variam de 1 a 4, sendo 1 recomendado e 4 contraindicado(39).

Numa publicação nacional de 2006, Amaral e colaboradores comentam num artigo de revisão as potenciais interações medicamentosas entre TARV e contraceptivos hormonais, alertando para o fato de ocorrer interferência na sua eficácia contraceptiva, em especial aqueles compostos com esteróides– Quadro 2(28).

Quadro 2. Interações farmacocinéticas entre contraceptivos orais combinados e anti-retrovirais

Antiretrovirais (ARV)	Níveis de esteróides contraceptivos	Níveis de ARVs
Inibidores de protease		
Lopinavir/ritonavir	↓	Sem dados
Atazanavir	↑	Sem dados
Nelfinavir	↓	Sem dados
Ritonavir	↓	Sem dados
Amprenavir	↑	↓
Indinavir	↑	Sem dados
Saquinavir	Sem dados	Sem alterações
Inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídicos		
Efavirenz	↑	Sem alterações
Nevirapina	↓	Sem alterações
Delavirdina	? ↑	Sem dados

Fonte: Amaral E. Contraceção Hormonal e anti-retrovirais em mulheres infectadas pelo HIV; Rev Bras Ginecol e Obs 2006

A farmacocinética do acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) parece não ser afetada pelo uso dos principais esquemas antirretrovirais disponíveis, sendo uma opção contraceptiva frequentemente utilizada nessa população(32)(32). Outro método de escolha para essa clientela é o implante de progestágeno isolado (etonogestrel). Mais recentemente, um trabalho foi publicado por pesquisadores brasileiros de centros de referência universitários, demonstrando que há interferência na biodisponibilidade do etonogestrel, quando associado a determinados antirretrovirais. Há redução de sua biodisponibilidade quando em uso de efavirenz no esquema e aumento se em uso de lopinavir/ritonavir, este último possibilitando seu uso concomitante sem perda de eficácia(33).

Em protocolo adequado à nossa realidade, criado por médicos assistentes e professores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), com apoio da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, sugere-se uma tendência a optar pelo uso de contraceptivos hormonais não orais e não combinados, compostos por progestágenos isolados, devido às possíveis interações medicamentosas com a terapia antirretroviral (TARV) e diante do *status* imunológico- Figura 1(34). Além disso, estudos apontam a possibilidade concreta de usar métodos de longa duração como opção (*Long-Acting Reversible Contraceptives* - LARC), o que contemplaria melhor cobertura contraceptiva e continuidade de uso, quando comparados a outros métodos como pílulas, adesivos e anéis na população geral. O AMPD não apresentou

diferença nestes aspectos na população estudada(21). O estudo ECHO (*Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes*) tem a proposta de esclarecer se há diferenças nos riscos de adquirir e transmitir HIV comparando usuárias de AMPD com outros LARC como implantes e SIU-LNG(35).

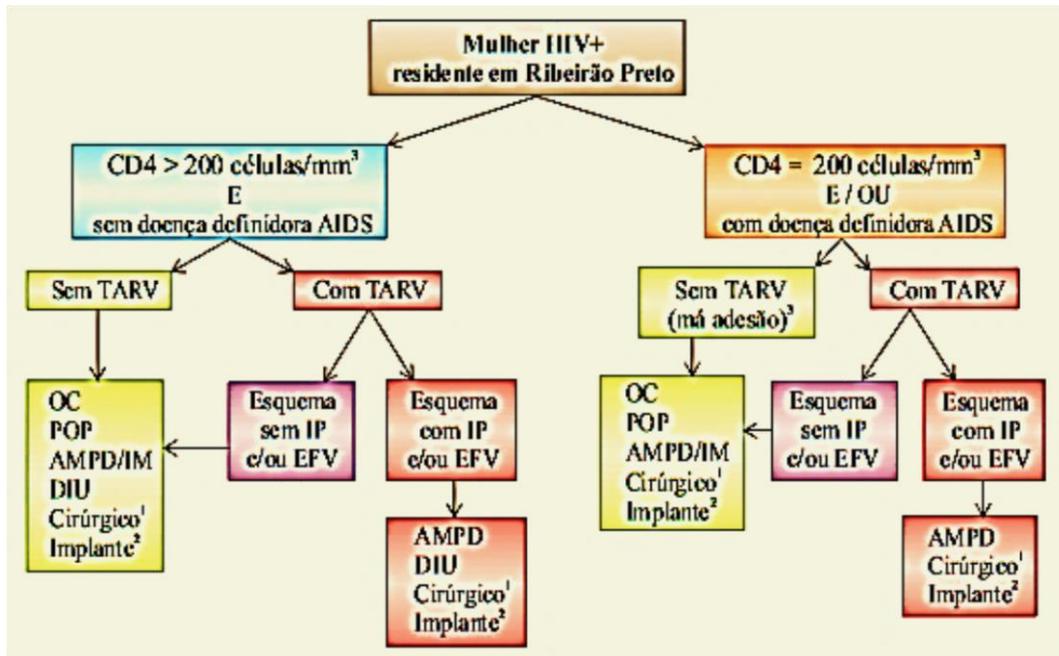
3.3. Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito e HIV

O Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) é utilizado como método contraceptivo hormonal, apresentação injetável, por via intramuscular, com periodicidade trimestral, sendo popularizada como “injeção de três meses” entre o público leigo. Segundo a recomendação técnica para uso de contraceptivos em populações vivendo com HIV, apresenta MEC 1 (recomendado), independente de questões imunológicas ou esquema terapêutico antirretroviral(38). Parece não apresentar interações medicamentosas potenciais com a TARV, nem sofrer impacto farmacodinâmico em sua biodisponibilidade, mantendo sua boa eficácia (16)(32). Trata-se de uma método de boa acessibilidade, sendo facilmente obtido gratuitamente no SUS ou ainda na farmácia popular a custos baixos. Possui a desvantagem da aplicação injetável, o que poderia trazer riscos de contaminantes mal acondicionados, quando da dispensação das agulhas utilizadas, sendo ideal o uso em locais com fluxo de descarte apropriado de material infectado como farmácias, postos de saúde, centros de saúde e hospitais(37).

O uso de AMPD está relacionado à redução de anemias associadas ao uso de terapias antirretrovirais, em especial nas combinações com AZT (azidotimidina ou zidovudina)(16)(38)(39). Alguns trabalhos apontam um potencial desgaste de massa óssea após uso por mais de dois anos sendo reversível rapidamente e limitado quando suplementado com cálcio oral(40)(41)(42)(43). Outras alterações metabólicas como ganho de peso e dislipidemias devem ser contornados com dieta e exercícios físicos regulares, podendo ser atribuídas à droga e melhorados por mudança comportamental das usuárias e de seu estilo de vida(44)(45)(46).

Trabalhos mais recentes alertam para possível aumento da transmissão do HIV em usuárias do injetável trimestral quando comparado com outros métodos contraceptivos, porém sem atribuir um fator causal definitivo(30)(47)(48). Diante desses fatos, a OMS elaborou uma declaração técnica acerca do assunto em fevereiro de 2012, assegurando que não haveria evidências suficientes para contraindicar seu uso nessa clientela, pois com a retirada do AMPD estima-se um aumento das gestações não planejadas, mas reforça a importância da dupla proteção como estratégia de conter um aumento na transmissão horizontal do vírus(36).

Figura 1. Fluxograma da contracepção para mulheres infectadas pelo HIV



OC = Contraceptivo Oral **POP** = progesterona oral isolada **AMPD** = acetato de medroxiprogesterona de depósito **IM** = injetável mensal **DIU** = Dispositivo Intrauterino **IP** = inibidor de protease **EFV** = efavirenz **IPs**: saquinavir (SQV), ritonavir (RTV), indinavir (IDV), lopinavir (LPV/r), nelfinavir, amprenavir, atazanavir (ATV), fosamprenavir (FPV), tipranavir e darunavir.

Fonte: Coordenação do Programa Municipal de DST / Aids e Hepatites Virais. Protocolo municipal de saúde reprodutiva para pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS. Ribeirão Preto São Paulo 2013

3.4. Adesão e sua aferição

O conceito de adesão a um tratamento ou conduta proposta “é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde” (OMS 2006)(49). A adesão envolve simultaneamente diversas searas na vida dos indivíduos – Figura 2.

Figura 2. Dimensões da adesão ao tratamento

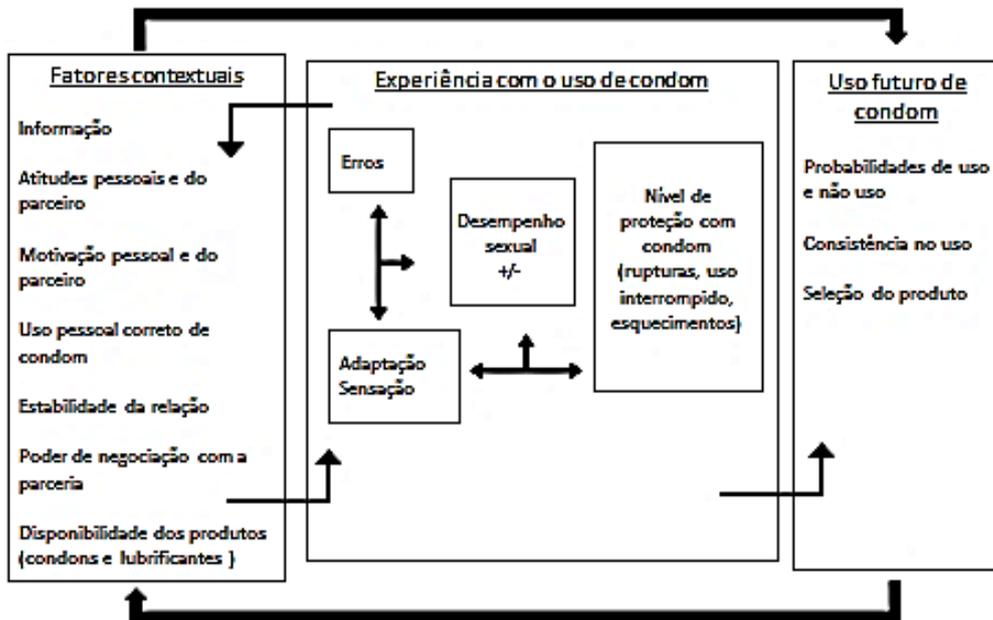


Fonte: GusmãoJ.L: Adesão ao tratamento- conceitos.; RevBrasHipertens 2006

Existe a necessidade de elaborar um instrumento plural, com critérios para verificação de adesão aos métodos contraceptivos propostos na contracepção segura (condom e hormônios) (18)(23)(50).

Avaliação da eficácia de uso de um método contraceptivo é aferida pela taxa de gestações não planejadas num dado período de observação (20)(51)(52). Entretanto, esses dados não revelam o que está por trás desse processo de manutenção. Que pessoas e quais as características sócio-demográficas determinantes do uso regular de um contraceptivo? E de dois contraceptivos combinados? São tantas as variáveis envolvidas no processo que dificilmente se conseguem identificar fatores determinantes isolados. Como por exemplo, os aspectos relacionados ao uso de condom – Figura 3(53)(26)(7).

Figura 3. Variáveis envolvidas no uso de condom



Fonte: Adaptada de Sanders S. Condom use erros and problems: a global view; Sexual Health 2012.

Algumas associações com má adesão contraceptiva em geral são citadas na literatura para grupos de pessoas com baixa escolaridade e renda, adolescentes, usuárias de drogas, avaliando a taxa de descontinuação do uso de métodos num dado período. Mais uma vez, sem um instrumento claro, definidor de desfecho(20)(21).

Em revisão da literatura, o uso de dupla proteção referido por mulheres infectadas pelo HIV variou de 3% a 26% numa publicação internacional e foi de 27,6% numa referência nacional (17)(54).

Em 1986, Levinson criou o questionário CSE (*Contraceptive Self-Efficacy Scale*) no intuito de estabelecer uma auto avaliação do uso de contraceptivos sob a ótica da própria usuária(55). Em 1995, foi publicado o “questionárioACTG”-AIDS Clinical Trial Group por Testa e Lenderking para avaliação da adesão a TARV, sem envolver aspectos específicos de planejamento familiar nesta população(56).

Em 2006, foi criada uma ferramenta por Colwell e colaboradores, o ORTHO (*Birth Control Satisfaction Assessment Tool*)estabelecendo preditores de satisfação no uso da

contracepção pelas usuárias, voltado mais amplamente para os contraceptivos hormonais(57)(58).

A adesão à dupla proteção contraceptiva é um desfecho multifatorial que não possui consenso para defini-la na prática e nem instrumento de aferição em revisão da literatura, carecendo de critérios para sua determinação. Assim, a aferição da adesão contraceptiva em dias atuais se faz através da determinação de continuidade de uso dos métodos.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo para identificar a manutenção do uso de dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV, realizado no centro de referência em DST/HIV/AIDS do estado, o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), no período de dezembro 2013 a setembro 2014. Mulheres assistidas rotineiramente no Ambulatório de Ginecologia da Virologia do CEDAP foram convidadas a participar do estudo caso, apresentassem critérios para inclusão.

O CEDAP atende pessoas infectadas pelo HIV na rede pública, sendo referência no estado da Bahia em seguimento ambulatorial especializado, com atendimento multiprofissional. Acolhe diversas demandas que envolvem o acompanhamento do portador de HIV, com profissionais capacitados e estrutura que abarca atendimento médico em diversas especialidades afins, enfermagem treinada, assistentes sociais, psicólogas, odontólogos, farmacêuticos, entre outros. Oferece as testagens sorológicas e genitais para as principais DST, seguimento de carga viral e status imunológico do HIV, genotipagens, dispensação de TARV e demais insumos relacionados ao controle do vírus, tratamento de infecções oportunistas e efeitos colaterais do coquetel antirretroviral. Tem ampliado sua atuação em pesquisas clínicas com a criação de um núcleo de apoio ao ensino e pesquisa, fazendo associações com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)-Bahia e se integrando a outros locais de assistência ao HIV como Hospital Universitário professor Edgard Santos (HUPES), o Serviço Municipal de Assistência Especializada SEMAE-Liberdade e Centro Histórico, Hospital Couto Maia (HCM) e cerca de vinte e seis municípios que integram o Programa Estadual de DST-AIDS da Bahia. Recebe pacientes de todas essas procedências e acolhe a demanda espontânea para rastreio no centro de testagem e aconselhamento. A equipe de Ginecologia do Ambulatório de Virologia da unidade hoje é composta por seis ginecologistas, sendo duas dedicadas ao pré-natal e quatro ao

atendimento ginecológico, com foco principal ainda voltado ao rastreio das patologias do trato genital inferior. A capacidade assistencial disponibilizada é em média de 10 consultas por turno - conforme tempo de 30min por consulta preconizado pela Avaliação QualiAIDS do Ministério da Saúde do Brasil para atendimento em HIV(59) - 100 consultas semanais, 400 ao mês e 4.800 ao ano. Em última estatística da coordenação em saúde da unidade, em 2014 foram realizadas 2.630 consultas, destas 1.203 consultas pré-natal e 1.427 consultas ginecológicas. O percentual de absenteísmo da clientela agendada variou entre 28% e 58% a depender do profissional. A atenção a saúde da mulher infectada pelo HIV tem sido ampliada após a criação de um grupo, o Rotinas em Saúde Ampliada (ROSA), que nos últimos 02 anos vem solidificando estratégias assistenciais voltadas a redução de riscos e danos, dentre elas um apoio mais efetivo às demandas contraceptivas, vide referência já comentada(15).

4.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os critérios de inclusão foram: 1) mulheres infectadas pelo HIV; 2) em idade reprodutiva de 15 a 49 anos (OMS); 3) expostas ao uso de acetato de medroxiprogesterona e condom para fins contraceptivos entre 2011 e 2013. Os critérios de exclusão foram: 1) gestantes; 2) histerectomizadas; 3) laqueaduras tubárias; 4) parceiro fixo único vasectomizado.

Foram identificadas 250 pacientes elegíveis ao estudo, após cruzamento das listas de dispensação de AMPD na farmácia CEDAP entre 2011-2013 e atendimentos ginecológicos do período, permanecendo 244 pacientes no universo de estudo, após ratificar o uso do produto como contraceptivo. As demais seis pacientes o utilizavam para fins não contraceptivos ou estavam no climatério tendo sido excluídas da análise - Figura 4. Realizada busca ativa mediante convite nos diversos setores da unidade para atualização de consulta ginecológica e rastreio de consultas agendadas com oferta de inclusão no projeto. Utilizadas ainda ferramentas internas do sistema de prontuário eletrônico (SMARTHEALTH- www.medicware.com.br), com lembretes dirigidos aos profissionais para convidar as pacientes elegíveis, folhetos para candidatas ao projeto dispensados nas recepções do serviço e cartas abertas aos profissionais da assistência, sensibilizando-os para o projeto.

4.3. Cálculo do Tamanho Amostral

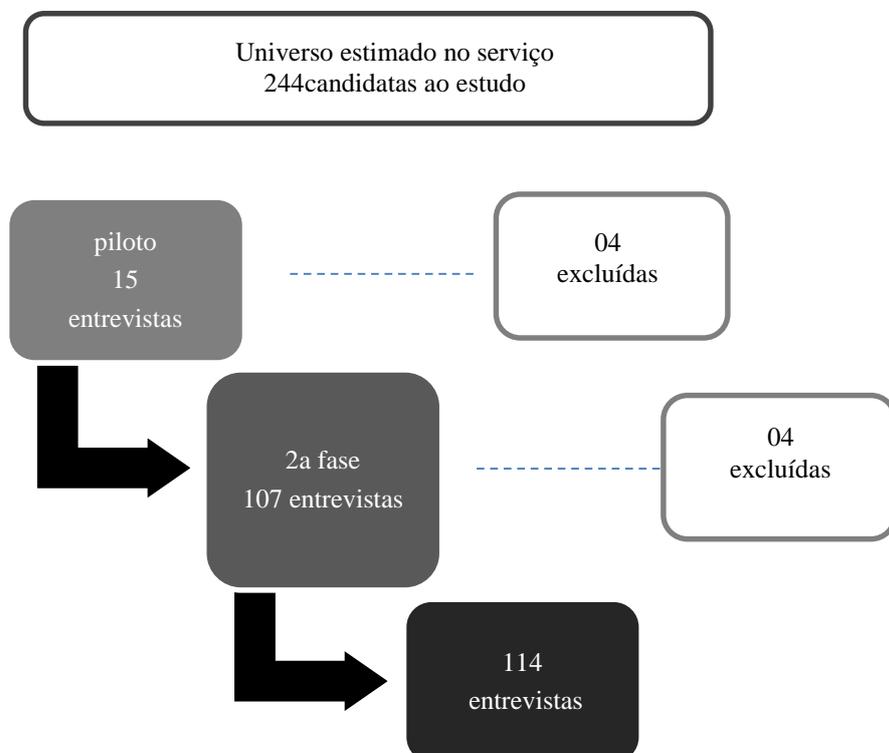
O universo da população acessível foi de 244 pacientes elegíveis ao estudo. Considerando estimativas de prevalência de adesão à dupla contracepção em mulheres infectadas pelo HIV de outras casuísticas da literatura já citadas(17)(55), utilizamos o

parâmetro de 27%, para obter uma precisão de $\pm 6\%$, com intervalo de confiança de 95%, sendo necessários 114 sujeitos na amostra segundo o WINPEPI versão 11.29.

4.4. Seleção da Amostra

Foram entrevistadas 122 mulheres no período de dezembro de 2013 até setembro de 2014. Dessas, quinze foram incluídas entre dezembro 2013 e janeiro de 2014 em aplicação de questionário piloto. Ao serem convocadas para aplicação de adendo ao questionário, aprovado pelo CEP, após modificações sugeridas pela experiência com o piloto, três pacientes não compareceram e para uma houve preenchimento incompleto do questionário, sendo excluídas suas entrevistas da fase de análise. Entre as demais 107 entrevistadas, durante análise dos questionários, houve exclusão de quatro por preenchimento dos critérios de exclusão não percebidos na inclusão (duas já submetidas à laqueadura tubária na época da entrevista, uma sem vida sexual ativa - logo sem fins contraceptivos e uma que usava injetável mensal e não trimestral). Permaneceram para análise 114 entrevistas – Figura 4.

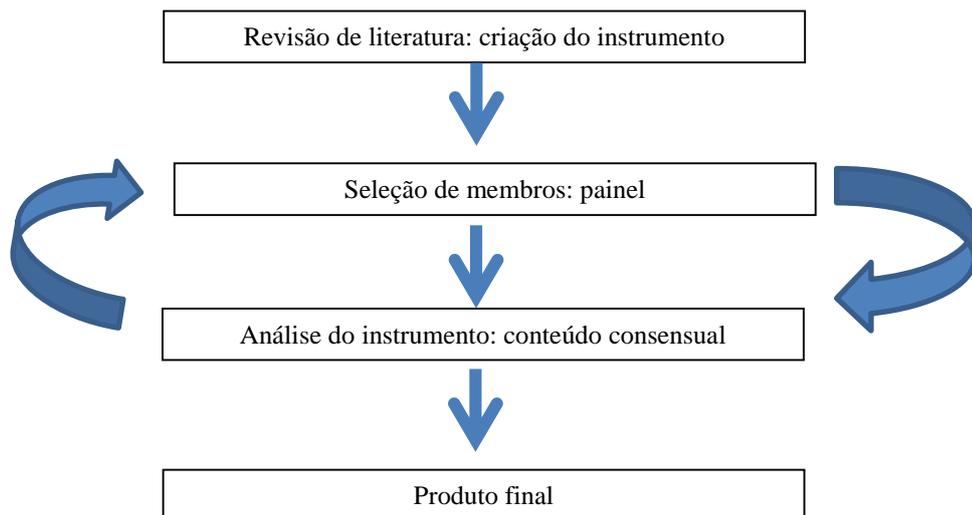
Figura 4. Seleção da amostra



5. Elaboração do instrumento de aferição

Na busca de um instrumento fiel às necessidades deste estudo, utilizaram-se três etapas na construção de um questionário dirigido: painel Delphi, validação de conteúdo, aperfeiçoamento do questionário após aplicação de piloto. Inicialmente, foi implementado um Painel Delphi, método criado pela RAND Corporation por Dalkey e Helmer em 1963, com uso preconizado por Quade em 1971. A técnica Delphi é um conjunto de procedimentos iterativos aplicados a um grupo não presencial com o objetivo de obter a opinião consensual sobre um assunto para o qual se dispõe de dados insuficientes ou contraditórios. Optou-se pelo uso do método Delphi(60) – Figura 5.

Figura 5. Fluxograma do Método Delphi



Fonte: (Adaptado de) Green R. The Delphi technique in educational research. Sage Open. 2014

Foram convidados para compor o painel cinco médicos com mais de cinco anos e menos de 20 anos de formados (agregando atualização e experiência), que possuíam Título de Especialista ou Residência Médica com inscrição ativa no conselho de especialidade (atribuindo qualificação) e experiência prévia em serviço de Ginecologia atuando com mulheres infectadas pelo HIV ou na área de Contracepção - critérios baseados na pesquisa demográfica médica no Brasil do Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2013(61).

Após a obtenção de dados do painel e sua compilação, perguntas-chave foram validadas. Foi feita técnica de validação de conteúdo realizada numa enquete no XXº Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia em novembro de 2013, junto a profissionais envolvidos nas áreas de DST e contracepção(62). Na enquete, foram envolvidos 110 médicos entrevistados, 41,8% com Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, 47,8% portadores de título de especialista, 3% de mestres, 6% de doutores e 1,5% de pós-doutores ou livre-docentes.

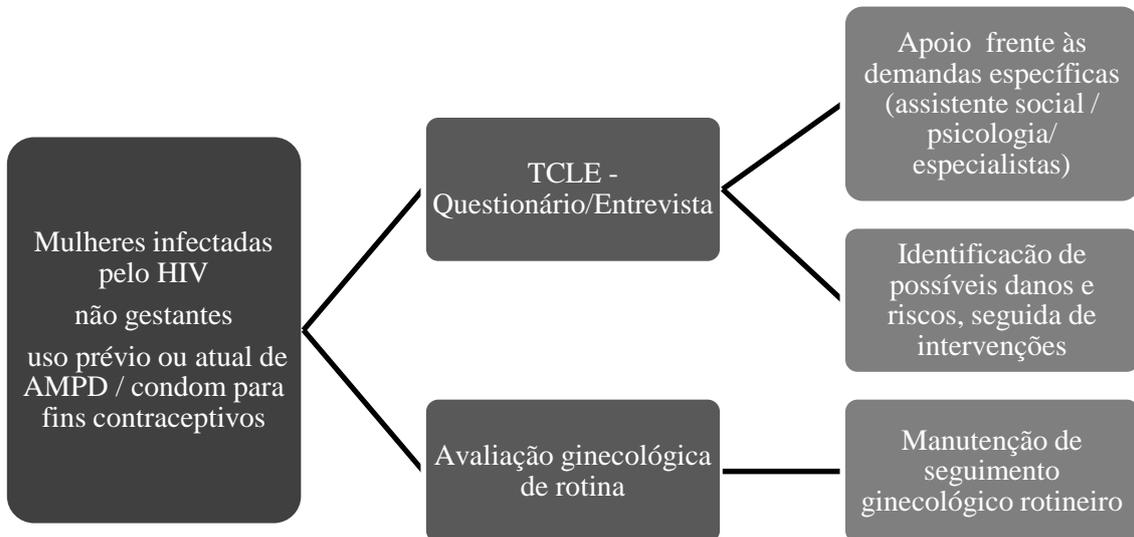
A versão final do questionário ainda foi refinada após sua aplicação em 10 participantes num estudo-piloto em dezembro 2013 – Anexo 2.

4.6. Aplicação do questionário

As pacientes compareceram espontaneamente mediante agendamento rotineiro na unidade ou após convocação por busca ativa para atualizar consulta ginecológica. Foram convidadas a participar do projeto e, logo após terem lido, esclarecido suas dúvidas e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)– Anexo 1, foram entrevistadas.

O questionário foi aplicado em ambiente reservado, por equipe treinada, sendo identificado por iniciais e número de prontuário da paciente. Caso a paciente sentisse algum constrangimento ou desconforto devido às perguntas íntimas que estavam sendo feitas, era oferecida a opção de parar ou ter apoio junto à equipe especializada do serviço com acolhimento às suas necessidades, podendo interromper a entrevista no momento em que desejasse – Figura

Figura 6. Fluxograma de atendimento



Após a entrevista sem intercorrências, a paciente era convidada a retomar seu seguimento ginecológico rotineiro, assegurando agendamento para retorno na unidade.

4.7. Análise de dados

O banco de dados foi construído com o programa EpiData versão 3.1 e analisado com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

O uso de condom, AMPD e condom combinado a AMPD (dupla contracepção) foram descritos por proporção e sua precisão estimada pelo intervalo de confiança no nível 95% utilizando o programa WINPEPI (versão 11.29 abril 2013).

Em análise univariada, as variáveis foram comparadas entre pacientes com e sem adesão à dupla contracepção. As variáveis preditoras categóricas foram analisadas aplicando-se o teste do qui-quadrado. As variáveis preditoras numéricas foram testadas para normalidade e descritas conforme sua distribuição (média e desvio-padrão quando normais e mediana e intervalo interquartil quando anormais). Suas análises comparativas foram feitas respectivamente, pelo teste t de Student ou de Mann-Whitney.

Para identificação de preditores independentes de adesão à dupla contracepção, variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada ou clinicamente relevantes foram inseridas em modelo multivariado de regressão logística, utilizando a técnica *backwards*. Essas associações foram também descritas por *odds ratio* e intervalo de confiança de 95%. Variáveis que ficaram no modelo final com $p < 0,05$ foram definidas como preditores independentes. A calibração deste modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

Para ajustes da *odds ratio* e obtenção da razão de prevalência foi utilizado o método delta.

4.8. Considerações Éticas

Foram respeitados os princípios bioéticos da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial e da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro. O projeto foi inserido na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CEP/SESAB) com parecer número 496373 CAAE 19664213.10000.0052.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de todas as participantes – Anexo 1. A pesquisa não teve como fonte de financiamento fomentos externos, fazendo uso de recursos próprios.

5. RESULTADOS

5.1. Características da Amostra

Das 114 mulheres entrevistadas, a média de idade foi de 33,2 anos (DP=7,2), sendo 3,5% (4/114) adolescentes, com média de 8,1 anos (DP= 5,2) de detecção do HIV, 4,4% (5/114) com menos de um ano de diagnóstico, em 98,2% (112/114) dos casos o HIV foi adquirido por transmissão sexual, 85,9% (98/114) das mulheres usando TARV em média há 6,8 anos (DP=5,1), 77,7% com CD4 acima de 500/mm³ (média 737,6/mm³ DP=341,1) e carga viral indetectável em 66,7% dos casos (76/114), em último *status* imunológico testado – Tabela 1. Dentre as drogas utilizadas no coquetel antirretroviral, efavirenz fazia parte do esquema

terapêutico de 39,7% (38/98) das usuárias, e os inibidores da protease em 63,2% (62/98) dos casos.

Tabela 1. Características clínicas e epidemiológicas da amostra

Características (N=114)	n	%	Média	Mediana	DP IQ*
Idade (anos)			33,2		7,2
15-19 anos	5	4,4			
19- 49 anos	109	95,6			
Aquisição sexual HIV	112	98,2			
Tempo de diagnóstico do HIV (anos)			8,1		5,2
Até 01 ano	12	10,5			
Mais que 01 ano	102	89,5			
Usuárias de TARV	98	85,9			
Uso de TARV (anos)			6,8		5
CV (cópias/ml)				4710	1-198
CV indetectável (< 40 cópias/ml)	76	66,7			
Acima de 40 cópias/ml	38	33,3			
CD4 (cél/mm ³)			737,6		341,1
Maior que 500 células/mm ³	84	77,7			
Abaixo de 500 células/mm ³	30	26,3			
Parcerias ao longo da vida				5	3-10
Idade da primeira relação (anos)			16,1		2,8
Idade da primeira gestação (anos)			20,2		5,7
Número de gestações			2,3		1,7
Parceiro único	90	78,9			
Tempo de relação estável			6,4		5,0

*DP= desvio padrão IC= intervalo interquartil

A população entrevistada foi na maioria de cor negra, autodeclarada em 50% (57/114). Referiram ensino médio completo em 44,7% das entrevistas (51/114), tendo escolaridade menor ou igual a oito anos em 52,6% (60/114) dos casos. A renda familiar mensal referida foi menor ou igual a três salários mínimos para 89,4% (102/114) das pessoas. Cerca de 84,2% (96/114) declararam ter alguma religião definida, com maioria de católicas e evangélicas 42,9% (49/114) e 30,7% (35/114), respectivamente. O uso social de álcool foi declarado em 51,7% (59/112) das entrevistas, uso de cigarro em 22,8% (26/112) e uso de outras drogas em 8,8% (10/114) – Tabela 2.

Tabela 2. Outras características clínicas e epidemiológicas da amostra

Características (N=114)	n (%)
Negras	57 (50)
Parda	53 (46,5)
Indígena	1(0,9)
Branca	3 (2,6)
Sem religião definida	18 (15,8)
Com religião definida	96 (84,2)
Católicas	49 (42,9)
Evangélicas	35 (30,7)
Protestantes	1 (0,9)
Espíritas	4 (3,5)
Testemunhas de Jeová	6 (5,3)
Afrobrasileira	1 (0,9)
Casada /convive (relação estável)	67 (58,8)
Solteira / viúva / divorciada	47 (41,2)
Escolaridade (≤ 8 anos)	111 (97,3)
Analfabeta	2 (1,8)
Primário incompleto	4 (3,5)
Fundamental incompleto	25 (21,9)
Médio incompleto	29 (25,4)
Superior incompleto	51 (44,7)
Superior completo	3 (2,6)
Renda familiar (≤ 3 SM*)	102 (89,5)
≤ 1 SM	27 (23,7)
2-3 SM	75 (65,8)
3-4 SM	10 (8,8)
≥ 5 SM	2 (1,8)

*SM = salário mínimo

Das mulheres entrevistadas, 8,8% (10/114) relataram fazer sexo por dinheiro. Referiram relacionamento estável 58,8%(67/114) das entrevistadas, tendo iniciado a vida sexual em média com 16,1 anos(DP=2,8) e mediana de cinco parceiros ao longo da vida (IQ 3-10). À época da entrevista, 78,9%(90/114) declararam ter parceiro único, sendo que 3,5%(4/114) afirmavam ter

tido apenas este parceiro em toda a vida. O tempo de relacionamento estável atual gira em torno de 6,4 anos (DP=5) – Tabelas 1 e 2.

Houve relato de sorodiscordância para o HIV em 41,2%(47/114) dos casais. Em 21,9%(25/114) dos casos as mulheres desconhecem o status sorológico dos parceiros e em 37,7%(43/114) a parceria não sabe de sua condição de infectada pelo HIV – Tabela 3.

Tabela 3. Hábitos de vida e aspectos da sexualidade relacionados ao risco de infecções sexualmente transmissíveis (N=114)

Condição	n (%)
Profissional do Sexo	10 (8,8)
Tabagismo	26 (22,8)
Uso social álcool	59 (51,7)
Drogas ilícitas	10 (8,8)
DST prévia	64 (56,1)
Sorodiscordância HIV	47 (41,2)
Parceiro único atualmente	90 (78,9)
Desconhece o status sorológico do parceiro	25 (21,9)
Parceiro desconhece sua condição de infectada pelo HIV	43 (37,7)
Esquece o uso de condom	38 (33,3)
Parceiro tem resistência a usar condom	48 (42,2)
Parceiro se recusa a usar condom	35 (30,7)
Episódios de ruptura do condom	48 (42,2)
Sabe que deve usar condom	106 (92,9)
Se preocupa em transmitir o HIV	102 (89,4)
Medo de adquirir novos vírus mais resistentes	99 (86,8)

A maioria já tem filhos, com média de 2,3 gestações (DP=1,7) e 16,6% (19/114) declarando-se nulíparas. Dentre as que deram à luz, 35,9% (41/114) tiveram algum parto por cesariana. Cerca de 42,9% (49/114) das mulheres relatam ter abortado em algum momento da vida. Última gestação não planejadas foi referida por 71,9% (82/114) das mulheres. No último ano, 14,9% (17/114) engravidaram, sendo 70,5% (12/17) delas não planejadas. Em 35,9% (41/114) das entrevistas, os parceiros ainda queriam filhos e 21,9% (25/114) das usuárias desejavam filhos. Na Tabela 4, destacados aspectos de interesse dentre as condições obstétricas.

Tabela 4. Condições clínicas e obstétricas de interesse e a porcentagem de gestação não planejada na amostra (N=114)

Condição	n (%)
Nulíparas	19 (16,6)
Gestação não planejada*	82 (71,9)
Gestação no último ano**	17 (14,9)
Partos por cesárias	41 (35,9)
Relato de aborto	49 (42,9)
Desejam filhos	25 (21,9)

*Ocorrência de gestação não planejada na última gestação

**70,5% (12/17) não planejadas

Referiam uso atual de injetável trimestral 64,9% (74/114) das mulheres, fazendo uso em média há 3,7 anos (DP= 4,3), com 90%(103/114) informando uso correto. A motivação para uso da injeção trimestral ocorreu por indicação médica em 56,1% (64/114) dos casos e 42,1%(48/114) por desejo pessoal. Dentre as entrevistadas, 56,1% (64/114) desejavam continuar o uso, 8,7% (10/114) desejavam suspender o uso e 35% (37/114) já haviam parado de usar. Cerca de 48,2% (55/114) relataram efeitos colaterais com uso do injetável trimestral. Dentre os efeitos colaterais pesquisados estão dor mamária 25,2%(29/114), mau humor e irritabilidade 31,5% (36/114), acne 21,9% (25/114), cólicas 34,2% (39/114) e cefaléia 33,3%(38/114). Sangramento genital está relatado em 48,2% (55/114), sendo considerado incômodo para 32,4% (37/114) das mulheres. O ganho de peso foi queixa mais frequente para 67,5% (77/114) das pessoas, incomodando em 44,7% (51/114) dos relatos – Tabela 5. O acesso ao método ocorreram 88,5%(101/114) dos relatos no centro de referência, 16,6%(19/114) em postos de saúde da rede básica, 2,6%(3/114) compra em farmácia popular, 11,4%(13/114) em farmácia comum, 0,9% (1/114) doação e 2,6% (3/114) nem sempre conseguem – Tabela 6.

Tabela 5. Características de uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito na amostra estudada (N=114).

Característica	n (%)
Uso atual de AMPD *	74 (64,9)
Indicações de uso de AMPD**	
Prescrição médica	64 (56,1)
Iniciativa própria	48 (42,1)
Desejam continuar o uso	64 (56,1)
Pensam em suspender	10 (8,7)
Já pararam de usar	40 (35)
Efeitos colaterais**	55 (48,2)
Dor mamária	29 (25,2)
Mau humor /irritabilidade	36 (31,5)
Acne	25 (21,9)
Cólicas	39 (34,2)
Cefaléia	38 (33,3)
Sangramento genital	55 (48,2)
Ganho de peso	77 (67,5)

*Acetato de medroxiprogesterona de depósito. Uso em média há 3,7 anos (DP=4,3)

** Podem referir mais de uma opção

Tabela 6. Fontes de aquisição de condom e acetato de medroxiprogesterona de depósito (N=114)

Fonte	Condom	AMPD*
Centro de referência	81,6%	88,5%
UBS	20,1%	16,6%
Farmácia popular	2,6%	2,6%
Farmácia comum	14,9%	11,4%
Doações	5,3%	0,9%
Nem sempre consegue	2,6%	2,6%

* Acetato de medroxiprogesterona de depósito

**As usuárias podiam referir mais de uma fonte por produto

O uso de condom masculino foi relatado por 62,2% (71/114) do grupo. Três usuárias citaram o uso de condom feminino, fazendo uso regular deste método, sempre em todas as relações sexuais, e 10 pessoas informando seu uso eventual, sendo que nenhuma delas usa atualmente a injeção trimestral. O preservativo é conseguido no centro de referência em 81,6% (93/114) dos relatos, 20,1% (23/114) em posto de saúde, 2,6% (3/114) em farmácia popular, 14,9% (17/114) em farmácias comuns, 5,3% (6/114) por doações e 2,6% (3/114) nem sempre conseguem – Tabela 6. Dentre as usuárias de condom masculino, 66% (74/112) afirmaram fazer uso regular sempre, com relato de sexo vaginal protegido sempre em 62% (71/114) das entrevistas. Chama a atenção o uso irregular de condom na prática sexual vaginal, com 14,9%

(17/114) usando às vezes e 22,8% (26/114) que nunca usam. A prática do sexo anal foi relatada por 56,1% (64/114) das entrevistadas, com 23,6% (27/114) fazendo sexo anal protegido sempre, 28,9% (33/114) às vezes e 3,5% (4/114) nunca, com 32,4% (37/114) das pessoas se expondo ao sexo anal desprotegido. Quanto ao sexo oral, 13,1% (15/114) usavam condom sempre, 1,7% (2/114) às vezes e 61,4% (70/114) nunca – Tabela 7.

Tabela 7. Usos de condom na população estudada (N=114).

Aspecto	n (%)
Condom masculino	71 (62,2)
Condom feminino	3 (2,6)
Condom sempre (masc ou fem)	74 (64,9)
Sexo vaginal desprotegido	43 (37,7)
Sexo anal	64 (56,1)
Sexo anal desprotegido	37 (32,4)
Sexo oral	87(76,3)
Sexo oral desprotegido	72(63,1)
Dificuldades na colocação	10 (8,8)
Redução do prazer	30 (26,3)
Episódios de alergia	10 (8,8)

As percepções de risco questionadas revelaram que 33,3% (38/114) já se esqueceram de usar condom, 42,1% (48/114) já tiveram ruptura do preservativo, 30,7% (35/114) informaram recusa do parceiro em usar condom, 42,1% (48/114) referiram parceiros que têm resistência ao uso de condom. Dentre as entrevistadas, 89,4% (102/114) temem passar o vírus para seus parceiros, 86,8% (99/114) têm medo de adquirir um subtipo do HIV mais resistente, 56,1% (64/114) já tiveram alguma DST e 87% (99/114) receiam adquirir outra DST. Quando questionadas, 92,9% (106/114) afirmam que deveriam usar o preservativo todas as vezes que fazem sexo. Referem ter deixado de usar condom por efeitos indesejados 14,9% (17/114) das mulheres, com 26,1% (30/114) apresentando alguma redução do prazer, 8,8% (10/114) com dificuldades na colocação e 8,8% (10/114) episódios de alergia – Tabela 7.

A prevalência de adesão à dupla proteção contraceptiva foi estimada cruzando usuárias de “condom sempre hoje” com usuárias atuais de AMPD. A adesão à dupla contracepção, nesse

estudo entendida como uso atual de AMPD combinado com condom sempre, é relatada por 42,9% (49/114) das mulheres nessa amostra – Tabela 8.

Tabela 8. Prevalência de uso de condom, acetato de medroxiprogesterona e de ambos (dupla contracepção) (n=114)

	n (%)	IC *
AMPD***	74 (64,9)	55%-73%
Condom sempre**	71(62,2)	52%-71%
AMPD + Condom sempre	49 (42,9)	34%-52%

*IC intervalo de confiança calculado pelo teste exato de Fisher

** Condom masculino sempre (nenhuma usuária de condom feminino da amostra se manteve usando AMPD)

*** Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD)

5.2. Prevalência e Variáveis Associadas com adesão à dupla contracepção

Na análise univariada, comparando as usuárias que aderem à dupla proteção contraceptiva com estes métodos com as que não aderem, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando comparadas para os dados sócio-demográficos descritos nesse estudo. No que tange a alguns aspectos clínicos relevantes, a resistência por parte dos parceiros no uso de condom apresentou significância estatística na associação com a dupla contracepção – Tabela 9.

Tabela 9. Prevalência de adesão e não adesão à dupla contracepção e sua associação com aspectos clínicos de relevância - análise univariada (N=114)

Características	Adesão (n = 49)	Não Adesão (n = 65)	p
	Média (DP) Mediana [IQ] n(%)		
Idade (anos)	34 (7,2)	32 (7,2)	0,17**
Adolescentes (≤ 19 anos)	2 (4)	3 (4,6)	0,89
Tempo de diagnóstico do HIV (anos)	8,1 (5,3)	8 (5,2)	0,95
Uso de TARV (anos)	5,9 (4,3)	7,6 (5,6)	0,12**a
CV (cópias/ml)	7.577 (1.082)	31.066 (3853)	0,26
CD4 (cél/s/mm ³)	725 (365)	745 (317)	0,76
Parcerias ao longo da vida	15 [4,3-30]	34 [17-137]	0,90
Idade da primeira relação (anos)	16 (2,7)	16 (2,7)	0,46
Idade da primeira gestação (anos)	20 (4,4)	20 (5,7)	0,68
Número de Gestações	2,3 (1,9)	2,3 (1,6)	0,86
Negras	20 (41)	37 (57)	0,09
Católicas	22 (45)	27 (41)	0,72
Evangélicas	14 (28)	21 (32)	0,67
Relação estável	29 (59)	38 (58)	0,94
Escolaridade (≤ 8 anos)	48 (98)	63(97)	0,73
Renda familiar (≤ 3 salários)	47 (96)	55 (85)	0,05**
Profissional do Sexo	5 (10)	5 (7,7)	0,61
Tabagismo	9 (18)	4 (6,1)	0,12**
Drogas ilícitas	4 (8,2)	6 (9,2)	0,86
Uso social álcool	27 (55)	32 (49)	0,51
Usuárias de TARV	45 (92)	53 (81)	0,06**
CV indetectável (< 40 cópias/ml)	33 (67)	43 (66)	0,89
Aquisição sexual HIV	49 (100)	63 (97)	0,21
DST prévia	30 (61)	34 (52)	0,32
Sorodiscordância HIV	32 (65)	40 (61)	0,35
Parceiro único atualmente	37 (75)	53 (81)	0,43
Parceiro desconhece sua condição de infectada pelo HIV	22 (45)	21 (32)	0,06**

Tabela 9. Prevalência de adesão e não adesão à dupla contracepção e sua associação com aspectos clínicos de relevância - análise univariada (N=114) (continuação)

Esquece o uso de condom	11 (22)	27 (41)	0,06**b
Parceiro resiste a usar condom	7 (14)	28 (43)	0,002*
Deseja filhos	8 (16)	17 (26)	0,21

*p significativo < 0,05 na análise de qui-quadrado de Pearson

** Incluídas na análise multivariada por $p < 0,20$

(a) Eliminada da análise multivariada por interação com a variável “tempo de uso de TARV”

(b) Eliminada da análise multivariada por interação com a variável “parceiro se recusa a usar”

5.3. Preditores Independentes de Adesão à dupla contracepção

As variáveis relacionadas na Tabela 9 que apresentaram potencial associação com a adesão à dupla contracepção foram incluídas na análise multivariada. As variáveis que entraram no modelo, mas perderam a significância foram idade, tempo de uso de TARV, uso de cigarro e renda menor ou igual a três salários mínimos. Permaneceram significantes como preditores dois aspectos relacionados aos parceiros. O relato de recusa do parceiro em usar condom apresentou-se como fator associado a não adesão à essa dupla contracepção, com chance três vezes maior de não aderir (OR 0,14 IC95% 0,04-0,42/ RP 0,31 IC95% 0,15 – 0,65). E, quando o parceiro desconhece que a mulher é infectada pelo HIV, existe uma chance de quase duas vezes mais da mulher aderir à dupla contracepção referida (OR 3,22 IC 95% 1,22-8,11/ RP 1,75 IC95% 1,15-2,68) – Tabela 10.

Tabela 10. Análise multivariada e preditores de adesão à dupla contracepção

Preditores	OR (IC95%)	RP (IC95%)	p*
Parceiro desconhece sua condição de infectada pelo HIV	3,22 (1,27-8,11)	1,75 (1,15-2,68)	0,013
Parceiro resiste a usar condom	0,14 (0,04-0,42)	0,31 (0,15-0,65)	<0,001

OR *Odds Ratio* IC Intervalo de Confiança RP Razão de Prevalência

*p significativo < 0,05

Calibração (teste de Hosmer-Lemeshow) $p = 0,92$

6.DISCUSSÃO

O achado mais importante do presente estudo foi um percentual de adesão à dupla contracepção de 42,9% quando na literatura varia de 3 a 27% (16)(54), após 01 ano ou mais de exposição aos métodos. Por se tratar de método contraceptivo de caráter eminentemente comportamental, pressupõe-se que haja influência de vários atributos sócio-demográficos e de acessibilidade na escolha e manutenção desta opção contraceptiva(63).

Adesão à dupla contracepção no planejamento familiar de mulheres infectadas pelo HIV se apresenta como estratégia no controle da transmissão horizontal e vertical do vírus e na redução da taxa de gestações não planejadas. A taxa de gestação não planejada nessa amostra foi de 71,9% globalmente, com 70,5% só no último ano. Na literatura, em populações semelhantes, a proporção estimada de gestações não planejadas foi de 62% numa coorte africana e 83,1% entre puérperas infectadas pelo HIV em corte transversal também na África(52)(65). Nesse trabalho com puérperas, 13% entre 77 mulheres já conheciam sua condição de soropositiva para o HIV. Em dados do boletim epidemiológico do CEDAP de 2013, entre as gestantes seguidas no centro de referência em 2012, 40% já sabiam ser infectadas pelo vírus(12). Isso alerta para o fato de que, mesmo nessa amostra de conveniência, com acesso a informações, aos insumos sugeridos e equipe multidisciplinar, ainda existe uma parcela de pessoas que não aderem às práticas de contracepção e sexo seguros, apresentando alta taxa de gestação não planejada. Considerando que a amostra estudada representa uma parcela das usuárias em idade reprodutiva, não gestantes, que frequentam o ambulatório do centro de referência e que acessam os insumos no próprio centro na maioria das vezes, abre-se a discussão para garantir sua continuidade de fornecimento, ampliar a oferta de insumos com novas opções contraceptivas e questionar a capacidade do serviço de absorver as demandas contraceptivas de grupos mais vulneráveis. Dessa forma, através de um programa de contracepção segura, há possibilidade de resgatar essa clientela que se encontra afastada do centro e promover não só planejamento familiar, mas o acolhimento e inserção efetiva no serviço visando um cuidado ampliado da mulher mais fragilizada que é infectada pelo HIV(8)(67).

O sexo desprotegido chama a atenção nesse estudo apresentando um percentual elevado de pessoas expostas ao risco, em especial quando se nota a parcela de casais sorodiscordantes. As mulheres entrevistadas revelaram consciência da importância do uso do preservativo, mas na prática, não aderem ao uso de forma consistente. Clinicamente, existe a preocupação com a superinfecção, que corrobora com maior resistência viral a TARV, e ainda a aquisição de outras DSTs, prejudicando ou interferindo na evolução natural das doenças HIV relacionadas entre

casais que se sabem infectados pelo HIV(67)(68)(69)(27)(70). O percentual de sexo anal desprotegido revela dado preocupante, vez que a transmissão viral por essa via é tida como muito rápida e eficiente, com detecção viral na corrente sanguínea após a exposição de risco no sexo inseguro em intervalo de tempo curto(71). Segundo CDC 2012, de cada 10 mil relações sexuais, ocorrem 138 infecções no sexo anal receptivo para onze no sexo anal insertivo, oito no sexo vaginal receptivo e quatro no sexo vaginal insertivo. Em uma metanálise de 2010, Baggaley estimou que o risco de adquirir o HIV através do sexo anal é 18 vezes maior que no vaginal(71). Na abordagem do risco, após sexo desprotegido, deve-se atentar para a necessidade do casal e parcerias realizarem testagens sorológicas para IST e realizar a profilaxia pós exposição sexual quando houver sorodiscordância para o HIV(72)(73)(74). Nesse estudo, a sorodiscordância está presente em cerca de um terço dos relatos, somado a um quarto de desconhecimento do *status* sorológico dos parceiros. Apesar do fluxo de convocação de parceiros para testagem periódica na unidade, existe absenteísmo neste comparecimento ou ainda um receio de exposição pessoal por parte dos envolvidos. Algumas mulheres não revelam sua condição de infectada pelo vírus a seus parceiros.

Na última versão do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos”, publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde Brasileiro (Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), já há recomendação de início precoce da TARV para tornar a carga viral indetectável e reduzir as taxas de transmissão horizontal(73). Evidências atuais demonstram o impacto da TARV nesta redução para cerca de três vezes menos transmissão entre usuários regulares de TARV(74)(75)(76)(77). Assim, cada vez mais mulheres infectadas estarão utilizando TARV e necessitando ajustes individualizados da contracepção. Segundo estimativas de Castilla (2014), a transmissão horizontal chega a zero para casais sorodiscordantes quando o sujeito positivo para o HIV usa regularmente a HAART, tem carga viral indetectável por mais de seis meses e não tem outras IST(77). Mas basta adquirir uma nova IST ou alguns dias sem uso da TARV para que o quadro se modifique e volte a transmitir, com taxa estimada em 8,6% sem intervenções. A via sexual sem barreiras de proteção continua promovendo a aquisição de outras doenças como hepatites B e C, sífilis, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, Papilomavírus humano dentre outros(78). Algumas evidências apontam para a contracepção hormonal como adjuvante nos processos de aquisição de IST e inclusive na progressão de patologias cervicais nesta população(79)(80). Permanece o desafio do sexo seguro universal, que por sua vez, perpassa uma série de modificações culturais e estruturais

que o tornam distante(22). Aqui cabe a lembrança de novas tecnologias microbicidas que possam agregar impacto na redução da transmissão sexual do vírus, como Dapivirina anel vaginal e o microbicida a base de Tenofovir gel (Estudo CAPRISA 004), com resultados iniciais promissores e *trials* em andamentos(81)(82).

O uso e manutenção da injeção trimestral nessa amostra foi de 64,9%, mostrando-se acima da estimativa da população geral, e de outras casuísticas da literatura em populações relacionadas ao HIV(26)(92)(84).A continuidade de uso do AMPD na população geral é citada em torno de 56%, segundo dados da OMS em 2011, corroborado em outras publicações mais recentes(20). Em amostra de mulheres HIV positivo de *site* inglês, foi de 40% e em publicação africana o uso de AMPD foi relatado por 15% de mulheres infectadas pelo HIV(84)(17). Numa revisão da Cochrane em 2013, envolvendo trabalhos desenvolvidos em populações africanas, totalizando 8882 mulheres infectadas pelo HIV, observou-se maior descontinuidade do uso de hormônios contraceptivos nestas mulheres quando comparadas a mulheres soronegativas para HIV, quase três vezes mais (OR 2,52IC 95% 1,53-4,14)(63). Na presente amostra, muitas se motivaram pela indicação médica, em busca de melhorias hematimétricas induzidas pela amenorréia. Ainda assim, algumas mulheres relataram desejo de suspender o uso e outras informaram efeitos colaterais indesejáveis, com destaque para o ganho de peso e sangramento genital (86)(39).Em acompanhamento das doenças relacionadas ao HIV, o controle da obesidade tem sido foco de grande preocupação, visto que a TARV a longo prazo, está associada a lipodistrofia, dislipidemias e o HIV com risco inerente para doenças cardiovasculares(86)(87). Trabalhos específicos de contracepção na população geral apontam ganho de peso como atribuição de uso do AMPD, destacando a importância do estilo de vida na abordagem das usuárias(47)(58)(86). O sangramento genital pode ser contornado com uso de estrogênios orais em baixa dose entre outras estratégias, mas preocupa, numa população infectada pelo HIV, a presença de fluidos potencialmente contaminantes que possam agregar riscos de transmissão e aquisição viral, em especial quando associados a uma fragilidade do epitélio provocada pela atrofia que o produto induz. Há ainda uma redução de células da imunidade celular local por bloqueio molecular de glicocorticóides pelo hormônio(88).Essa realidade, somada ao uso irregular de condom, pode estar colaborando para um aumento da transmissão do vírus entre as usuárias e suas parcerias. Talvez a adoção de métodos que aumentem a estabilidade endometrial e minimizem o sangramento genital sejam oportunos, sem perder de vista a compatibilidade com os antirretrovirais. Os contraceptivos de longa duração, Long-acting Reversible Contraception (LARC), como DIU, SIU-LNG e implantes, precisam ser disponibilizados na rede SUS em postos avançados, como centros de referência,

maternidades, unidades básicas que possuam fluxo de planejamento familiar, aumentando as opções contraceptivas da população geral e mais ainda dos grupos vulneráveis. Eles, possivelmente, permitirão uma maior adesão à contracepção e menores efeitos colaterais(19)(90)(20)(29)(21).

The ECHO (Early Capture HIV Cohort Study) Consortium tem a proposta de avaliar a contracepção frente ao HIV para tentar elucidar estas e outras questões relacionadas(35).

A contracepção de emergência tem sido pouco comentada, visto que não deve ser estimulada como opção rotineira, com redução da eficácia contraceptiva frente a TARV na associação estrogênio-progestínica, mas em situações de risco deve ser ofertada e orientada para minimizar chances de gestações não planejadas(90)(67)(92).

A adaptação ao uso de condom feminina é uma barreira citada constantemente nos trabalhos sobre contracepção e sexo seguro, figurando sempre com baixas taxas de uso (22)(25).Nessa casuística, apenas três usuárias mantinham o método cotidianamente, a despeito de, no centro onde ocorreu o estudo, terem sido distribuídas 8.831 unidades de preservativo feminino entre 2011 e 2014, segundo controle de dispensação da farmácia da unidade. Mesmo promovendo uma proteção mais ampla às IST pela barreira gerada ao cobrir o vestíbulo vulvar, o condom feminino se limita ao uso no sexo vaginal. As práticas de sexo oral e anal exigem outros materiais de proteção, sendo adequado o uso de condom masculino. Portanto, mesmo que o condom feminino fomente o empoderamento da mulher no sexo, ele se limita ao sexo convencional. Na prática, há que se ter flexibilidade e olhar individualizado para utilização do material de barreira disponível e que contemple as demandas individuais. Faz-se necessário enfatizar o uso correto, durante todos os atos sexuais, inclusive estimulando o uso de lubrificantes apropriados, artigos hipoalergênicos para melhorar o conforto e diminuir lesões por atrito nas mucosas, aumentando a adesão.

Intervenções educativas tem sido estimuladas e praticadas por boa parte dos serviços que assistem às pessoas com IST. Os programas governamentais criam cartilhas informativas, capacitam profissionais, usam a mídia leiga para difundir medidas de autocuidado, buscando um controle da epidemia do HIV.Segundo experiência na Costa Rica, descrita por Madrigal em 1998, o fornecimento de orientações para uso de condom reduziu para 17% a prática de sexo desprotegido. Magalhães (2002) avaliou mulheres após intervenção educativa com taxa de continuidade no uso de condom de 52% após 90 dias de seguimento(54). Heikinheiro(2009) comenta que o uso de condom masculina reduziu em 80% o risco de transmissão do HIV em casais sorodiscordantes de sua amostra e que quando não há uso de condom, o risco de mulheres se infectarem é 4 a 7 vezes maior do que para os homens(92). Magalhães também demonstrou

que de 76 mulheres HIV positivas 81,8% faziam sexo desprotegido com parceiros soronegativos(54). Segundo dados do NIH 2003, na África do Sul, apenas 12% da população estudada usava condom masculino e menos que 1% condom feminino(93).Intervenções comportamentais como *Social Cognitive Theory* (SCT) e *Health Belief Model* (HBM) foram estudadas para definir seu impacto na adesão aos métodos contraceptivos e no que diz respeito a dupla contracepção não obtiveram sucesso(63).Atualmente, a Abordagem “ABC” (Abstinence Being Faithful Using Condom) vem sendo contraposta com uma nova abordagem de Aconselhamento Sexual e Reprodutivo que envolva a clientela na tomada de decisões, reforçando as noções de concepção e contracepção seguras, na expectativa de aumentar a adesão. Na Revisão Cochrane 2013 sobre intervenções comportamentais para promover uso de contraceptivos entre mulheres vivendo com HIV, a nova abordagem apresentou seis vezes mais chance de promover a adesão à contracepção segura (OR 6,4 IC 95% 5,37 – 7,62)(93).

As linhas de interesse atuais em HIV são avaliação de risco de aquisição, risco de transmissão e progressão da doença. O planejamento familiar está atrelado a todos eles e, possivelmente, traz impacto na redução destas taxas(5).

Na elaboração de uma linha de cuidado, o envolvimento da parceria tem sido cada vez mais relevante. Nesse estudo, a população apresentou maior percentual de parceria fixa única e um terço de sorodiscordância. O único preditor isolado de má adesão à dupla contracepção foi a recusa do parceiro em usar condom. Ainda nessa amostra, as mulheres aderiram mais quando seus parceiros desconheciam que era infectada pelo HIV, trazendo a tona especulações como receio de transmitir para as parcerias o HIV ou ainda medo de uma gestação não planejada frente a relações inseguras. Isso torna ainda mais factível e relevante as abordagens conjuntas dos casais. Na assistência ao HIV, assim como frente às demais DST, classicamente, a abordagem deve assegurar terapia, testagens e aconselhamento sexual às parcerias. O acolhimento das demandas individuais e a percepção da dinâmica do casal são fundamentais para traçar conjuntamente um plano efetivo de contracepção. Recomendar somente o uso de condom e deixar que a mulher negocie sozinha junto ao parceiro já demonstrou não ser efetivo. O aconselhamento sexual e reprodutivo é a proposta mais coerente na oferta de serviços em planejamento familiar para PVHA. Os programas devem ser amplos, fornecendo insumos e educação em saúde para os casais que permitam transitar entre a contracepção e a concepção seguras: assegurar o acesso às opções contraceptivas diversas, adequando-as ao perfil de cada casal e apoiar o desejo de ter filhos com programas que possam implementar as recomendações técnicas “Soft” e “Hard” sugeridas pelo Ministério da Saúde(73).Medidas paralelas de suma importância são a criação de fluxos rápidos de acesso ao uso da profilaxia pré e pós exposição,

o estímulo ao pré natal qualificado e a garantia de acesso às condutas preconizadas na atenção periparto. A linha de cuidado se estabelece quando há a retomada da contracepção efetiva no resgate puerperal, buscando obter um intervalo interpartal salutar e permitindo melhores cuidados do RN. Desta forma, garantir e respeitar os direitos sexuais e reprodutivos individuais, envolvendo as pessoas nestas escolhas(66)(94).

Na amostra estudada, nenhum carácter sóciodemográfico destacou-se como preditor de adesão à dupla contracepção. Existe uma limitação para essa análise, na medida em que a amostra é composta de usuárias que aderem ao serviço e que estão em seguimento regular, com bom controle de doença HIV relacionada. Na literatura, avaliando a população geral, existe uma percepção de que determinado grupos populacionais tenham maior tendência a não aderir às propostas contraceptivas como adolescentes, usuárias de drogas, pessoas de baixa renda e escolaridade, aquelas com diagnóstico recente para o HIV e aquelas com dificuldades de acesso aos insumos e serviços de saúde(52)(26)(29). Grupos considerados de maior vulnerabilidade não foram contemplados nessa amostra, que apresentou percentual pequeno de adolescentes, usuárias de drogas e não alcançou pessoas com diagnóstico recente, apontando uma necessidade de ampliação de acesso de grupos mais vulneráveis ao serviço(64)(7)(37).

Esse estudo se propôs a determinar a adesão à dupla contracepção e seu cálculo amostral inicial se baseou nesse objetivo, não havendo a pretensão de ter poder para detectar associações entre determinantes e a adesão ou não. Muitas das variáveis testadas não se mostraram associadas ao desfecho principal, mas talvez outros preditores se destacassem caso a amostra fosse ampliada. Tendo como meta poder de 80% e nível de confiança de 5%, e considerando a associação com diferença mais estreita da proporção do atributo entre aderentes e não-aderentes, que foi entre 92% e 81% para usuárias de TARV, seriam necessárias 308 pessoas para detectar as inferências de predição sugeridas nas análises uni e multivariadas. Nesta amostra, a comparação foi feita entre dois grupos de 49 e 65 participantes. Dessa forma, se mesmo com uma amostra equivalente à metade da necessária foram detectadas diversas associações, existe uma boa margem de credibilidade nas considerações feitas, reforçando a importância do papel da parceira no contexto avaliado. O erro que mais provavelmente terá sido cometido no caso é o erro beta, ou seja, outras relações existentes podem ter deixado de ser detectadas, por insuficiência do n. A regressão logística produz estimativas por ponto e por intervalo maiores do que as obtidas por outros métodos, principalmente para os desfechos com maiores prevalências. Se interpretados como estimativas de Razão de Prevalência, os *Odds Ratio*(ORs) superestimam as associações para os desfechos com prevalência alta em quatro vezes mais. Usamos um artifício matemático, método delta, para melhor dimensionar as

chances frente aos resultados obtidos(95). Ainda assim, caberia uma coorte com seguimento temporal dos eventos para melhor dimensionar as chances probabilísticas, utilizando por exemplo o modelo de Poisson(96).

7. CONCLUSÃO

A prevalência da adesão à DUPLA CONTRACEPÇÃO, proposta no centro de referência pela combinação dos métodos acetato de medroxiprogesterona de depósito trimestral e condom, entre mulheres infectadas pelo HIV foi de 42,9%. Identificaram-se a resistência do parceiro em usar condom como preditor com chance três vezes maior de má adesão à dupla contracepção e o desconhecimento do parceiro quanto à condição da mulher ser soropositiva para o HIV como determinante de maior adesão com chance quase que duas vezes maior de aderir à dupla contracepção nessa população. O número de gestações não planejadas nessa amostra foi de 71,9%, sendo 70,5% o percentual de gestações não planejadas no último ano.

8. PERSPECTIVAS

Existe um projeto maior do qual este estudo faz parte como etapa inicial, envolvendo a implementação de um Programa de Planejamento Familiar para PVHA no serviço de ginecologia da virologia do CEDAP.

Após esta etapa de diagnóstico situacional, será realizado em estudo qualitativo visando maior elucidação das motivações contraceptivas e de uso de condom nesta população.

Em paralelo, será instituída uma coorte com o objetivo de monitorar as taxas de manutenção do uso dos métodos de dupla contracepção, com introdução de novas opções contraceptivas, em especial os métodos reversíveis de longa duração; acompanhar as taxas de gestação não planejada; avaliar o impacto nas taxas de transmissão perinatal dentre as gestantes e de transmissão sexual de parcerias sorodiscordantes comparando gestações planejadas e não planejadas; verificar se há associação entre má adesão à dupla contracepção e resistência medicamentosa.

Já em negociação com o CEDAP e demais serviços de referência, há uma proposta de atendimento especializado em planejamento familiar para populações vulneráveis, HIV positivas, como adolescentes, usuárias de drogas lícitas e ilícitas e moradoras de rua.

Com provável apoio institucional da SESAB e envolvendo a REDE CEGONHA, pretende-se captar por busca ativa e resgatar mulheres HIV positivas em seu puerpério nas principais maternidades públicas da cidade, oferecendo planejamento familiar e seguimento neonatal e pediátrico (já sedimentado e conduzido no CEDAP). Ainda em parceria com as emergências ginecológicas e obstétricas da cidade, será negociado um fluxo facilitado para acesso de pacientes usuárias de drogas e vítimas de abuso sexual com testagem rápida positiva para o HIV, com encaminhamento rápido para acolhimento no Centro de Testagem e Aconselhamento do CEDAP, e uma vez confirmada a infecção pelo HIV, essas mulheres terão acesso ao atendimento em contracepção segura.

A implementação de um Programa de Aconselhamento Sexual e Reprodutivo para PVHA se encontra como meta de todos os protocolos que assistem a clientela infectada pelo HIV.

Abaixo relacionadas, as linhas de pesquisa propostas em Planejamento Reprodutivo para PVHA no CEDAP:

Etapa 1: Diagnóstico Situacional (mestrado EBMSP)

“Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV”

Etapa 2: Estudo Qualitativo

“O que motiva a não adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV”

Etapa 3: Estudo de Intervenção

(a ser inscrita para apoios institucionais e em editais para fomentos: OPAS/ OMS/ MS/ CNPq/ FAPESB entre outros)

“Novas propostas de contracepção e concepção seguras e o impacto nas taxas de adesão contraceptiva, gestação não planejada, transmissão vertical, horizontal e resistência medicamentosa”.

A proposta de Aconselhamento Sexual e Reprodutivo a ser apresentada incluiu contracepção e concepção seguras, com envolvimento direto das parcerias no ciclo de tomada de decisões e acolhimento dos homens para um efetivo rastreamento do HIV e outras DST para os casais. A meta é ampliar a escuta para suas demandas sexuais e reprodutivas em esfera não só individual no consultório, mas em âmbito institucional.

9. RELATO DA EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE PESQUISA

A entrada no mestrado em Medicina e Saúde Humana na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública foi fundamental para meu amadurecimento pessoal em pesquisa. Sempre houve interesse e envolvimento na área de pesquisa clínica em humanos.

Já havia participado de pesquisas como estudante de iniciação científica no Hospital Couto Maia e no Hospital São Rafael, na época da graduação, guardando comigo noções de coleta de dados, construção de banco de dados e seriedade ética em pesquisa.

Durante a residência médica na USP- Ribeirão Preto, ficou claro que não se faz boa ciência sem pesquisas. O mundo interligado pelos avanços da informática nos permite hoje um nível de atualização muito bom, mas, em meio a tantas publicações, saber selecioná-las e criticá-las é decisivo para tomadas de decisões na prática clínica cotidiana.

No retorno a Salvador, mantive o desejo de me envolver com ensino e pesquisa, encontrando oportunidades na preceptoria em Ginecologia e Obstetrícia das Residências Médicas do HUPES-MCO/UFBA e Hospital Santo Antônio-AOSID. Neste período, pude desenvolver a habilidade em participar de *trials*, sendo médica assistente de pesquisas em andamento e fui convidada a participar como *second investigator* do The FUTURE II Study Group (Female United to Unilaterally Reduce Endo/Ectocervical Disease) colaborando para avaliar a Vacina Quadrivalente contra HPV, concebida para prevenir lesões de colo uterino de alto grau. Tendo a chance de conviver com pesquisadores de alto grau de qualificação e compreendendo o amplo envolvimento para execução de pesquisas clínicas, percebi que havia necessidade de me qualificar e progredir no meu próprio conhecimento científico.

A escolha do local e da linha de pesquisa vieram naturalmente por um desafio que assumi em 2011. Até então minhas áreas de interesse voltadas para Reprodução Humana, mais precisamente Infertilidade Conjugal e Contracepção, encontraram-se com a Infectologia nesse meu envolvimento com a vacina contra o HPV e ganharam novas perspectivas quando fui convidada a trabalhar com mulheres infectadas pelo HIV no CEDAP. Em seis meses de atendimento, percebi uma grande lacuna na assistência com uma percepção cotidiana, mas não dimensionada, de gestações não planejadas e do não investimento em orientações contraceptivas de forma mais ostensiva e pragmática. Havia uma percepção superficial de que as pessoas estavam usando condom por serem HIV positivas, o que, infelizmente, não parecia corresponder à realidade. Aquela situação foi me incomodando e mobilizando a fazer algo

diferente. Daí o surgimento da linha de pesquisa, amplamente aceita e apoiada pelas chefias do serviço.

O acolhimento na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, desde a inscrição, a entrevista de seleção e a valorização da predisposição em aprender foram essenciais neste processo. Meu *curriculum vitae* era pobre como pesquisadora, trazendo um barema frágil que se sustentou na boa formação acadêmica e na experiência em ensino acumulada.

Acreditar na idéia também impulsiona o pós-graduando. E todos os dias, ao atender minhas pacientes no CEDAP, eu reforçava minhas motivações. A formação de um grupo de trabalho, o Grupo Rosa, ratificou ainda mais a crença num trabalho que traria repercussões positivas para o serviço.

As dificuldades iniciais foram o uso da Plataforma Lattes, atualizando o *curriculum lattes* há muito esquecido e o uso da Plataforma Brasil com a qual não havia tido nenhum contato prévio. As tramitações junto ao CEP foram muito facilitadas pelo amigo Carlos Lima, colaborador do CEP-SESAB e pelas orientações recebidas pela Professora Roseni Ferreira (CEP-EBMSP) na elaboração de um bom TCLE.

O maior desafio transposto com muita dedicação e rompendo barreiras íntimas densas foi o domínio da estatística. Considero a matéria Métodos Quantitativos, e em especial, a metodologia de ensino do Prof. Luis Cláudio, como pedras fundamentais deste curso. Para mim, o grande divisor de águas num terreno árido e ainda arenoso, mas que tornou-se transitável. Realizar sozinha a estatística deste trabalho me fez sentir orgulhosa e capaz. Não posso esquecer do apoio de Carlos Lima e Denise Matias já na reta final. Ter sido detalhista na metodologia, buscando sempre aperfeiçoar seu desenho e passar pela revisão e aprovação dos mestres torna este trabalho meritório e digno de credibilidade.

Em novembro de 2014, a apresentação da análise de dados preliminares desse estudo foi enviada em formato de pôster para o XX Congresso Baiano de Ginecologia e Obstetrícia, sendo premiado com primeiro lugar na categoria melhor pôster em Ginecologia. Isso muito nos honrou e fez crer no interesse da classe médica pelo tema abordado, reconhecendo sua importância.

Esse é o papel da ciência. Motivar pessoas a buscarem luz para seus conhecimentos pessoais e realidades de atuação. Se não para isso, qual seria a razão de se investir tanto em pesquisa? Aspectos financeiros, comerciais, industriais, publicações, notoriedade vêm a reboque e não devem ser a meta principal deste processo. Purista? Talvez... Mas essa foi a mensagem que guardei ao longo de minhas vivências em pesquisa e a que pretendo passar para

meus alunos de hoje em diante. Aplicabilidade deve ser a palavra de ordem, trazendo benefício para a comunidade e colaborando para o crescimento individual e coletivo do cenário científico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Chronic HIV Care with ARV Therapy and Prevention. 2007;1-128.
2. World Health Organization. Policy implications Programmatic and research considerations for hormonal contraception for women at risk of HIV and women living with HIV. 2012.

3. Lawani LO, Onyebuchi AK, Iyoke C. Dual method use for protection of pregnancy and disease prevention among HIV-infected women in South East Nigeria. *BMC Womens Health*. 2014; 14(1):39.
4. Berer M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2007; 2(2):23-33.
5. World Health Organization. Global aids response progress reporting 2014. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. 2014; 1-180.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST AEHVB. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). 2012.
7. Oliveira LA. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV / AIDS : limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003; 19(Sup. 2):315-23.
8. World Health Organization; FHI; USAID. Integrating family Planning into HIV Programs: Evidence-Based Practices. 2009.
9. WHO Library, Unaid. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.
10. Walensky RP, Kuritzkes DR. The impact of the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) beyond HIV and why it remains essential. *Clin Infect Dis*. 2010; 50:272-5.
11. Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB de. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(4):727-37.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV - Aids 2014.
14. Hladik W, Stover J, Esiru G, Harper M, Tappero J. The contribution of family planning towards the prevention of vertical HIV transmission in Uganda. *PLoS One*. 2009; 4(11):1-7.
15. Adami KSGB, Brito FOR, Travassos AGA, Nóbrega IP, Duran CSC, Dantas EMV. Uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP) e condom entre mulheres infectadas pelo hiv acompanhadas em serviço de referencia em salvador-Bahia. *Anais 4º Congresso Brasileiro sobre HIV-AIDS e vírus relacionados*;2014.
16. Robinson J, Jamshidi R, Burke AE. Contraception for the HIV-positive woman: a review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012.
17. Credé S, Hoke T, Constant D, Green MS, Moodley J, Harries J. Factors impacting knowledge and use of long acting and permanent contraceptive methods by postpartum HIV

positive and negative women in Cape Town, South Africa: a cross-sectional study. *BioMed Central Ltd.* 2012;12(1):197.

18. O'Leary A. Are dual-method messages undermining STI/HIV prevention? *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2011.

19. Gerlinger C, Trussell J, Mellinger U, Merz M, Marr J, Bannemerschult R, et al. Different Pearl Indices in studies of hormonal contraceptives in the United States: impact of study population. *Contraception.* 2014; 90(2):142-6.

20. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011; 83(5):397-404.

21. Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. 2012;366:1998-2007.

22. Sanders S, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby R, Graham C, Milhausen RR. Condom use errors and problems: A global view. *Sex Health.* 2012;9:81-95.

23. Gay J, Hardee K, Croce-Galis M, Hall C. What works to meet the sexual and reproductive health needs of women living with HIV/AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2011; 14(1):56.

24. Morrison CS, Richardson B, Mmiro F, Chipato T, Celentano DD, Luoto J, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS.* 2007; 21:85-95.

25. Magalhães J, Rossi ADS, Amaral E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2003; 25(6):389-95.

26. Whiteman MK, Kissin DM, Samarina A, Curtis KM, Akatova N, Marchbanks P, et al. Determinants of contraceptive choice among women with HIV. *AIDS.* 2009; 23 (Suppl 1):47-54.

27. Morrison CS, Skoler-Karpoff S, Kwok C, Chen P-L, Wijgert J, Gehret-Plagianos M, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *Aids.* 2011 November; 26:497-504.

28. Amaral E, Viscola MAM, Bahamondes L. Contracepção hormonal e anti-retrovirais em mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2006; 28(11):680-4.

29. Pittman ME, Secura GM, Allsworth JE, Homco JB, Madden T, Peipert JF. Understanding prescription adherence: Pharmacy claims data from the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception.* 2012; 83(4):340-5.

30. Heffron R, Celum C, Mugo N, Were E, Bruyn G, Donnell D. Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis. *Lancet Infect Dis.* 2012; 12(1):19-26.

31. World Health Organization, Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2010.

32. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MM, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertil Steril*. 2008; 90(4):965-71.
33. Vieira CS, Bahamondes MV, Souza RM, Brito MB, Prandini RR, Amaral E, et al. Effect of Antiretroviral Therapy Including Lopinavir / Ritonavir or Efavirenz on Etonogestrel-Releasing Implant Pharmacokinetics in HIV-Positive Women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Aug; 66(4):378-85.
34. Vieira CS. Protocolo municipal de saúde reprodutiva para pessoas que vivem e convivem com hiv/aids. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2013.
35. Gollub EL, Stein Z. Research on hormonal contraception and HIV. *Lancet*. 2014;383(9914):304-5.
36. Organização Mundial da Saúde. Contracepção hormonal e HIV - Declaração técnica. 2012.
37. Políticas de atenção à saúde da mulher e os 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde, Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde; 2009.
38. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010: revised recommendations for the use of hormonal contraception among women at high risk for HIV infection or infected with HIV. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jun; 61:449-52.
39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010: adapted from the World Health Organization medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition. *MMWR Recomm Rep*. 2010 Jun;59(RR-4):1-86.
40. Pérez EP. Las ventajas y desventajas del Acetato de Medroxiprogesterona como anticonceptivo. 2007.
41. Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Depot medroxyprogesterone acetate use after peak bone mass is associated with increased bone turnover but no decrease in bone mineral density. *Fertil Steril*. 2010; 93(3):697-701.
42. Rahman M, Berenson AB. Predictors of higher bone mineral density loss and use of depot medroxyprogesterone acetate. *Obstet Gynecol*. 2010 January; 115(1): 35-40.
43. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TMM. Bone mineral density in a cohort of adolescents during use of norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives and after discontinuation of norethisterone enanthate. *Contraception*. 2009; 79(5):345-9.
44. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TMM, Rees H V. Bone mineral density in young women aged 19-24 after 4-5 years of exclusive and mixed use of hormonal contraception. *Contraception*. 2009; 80(2):128-32.

45. Womack J, Scherzer R, Cole SR, Fennie K, Williams AB, Grey M, et al. Hormonal contraception and metabolic outcomes in women with or at risk for HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 52(5):581-7.
46. Womack J, Richman S, Tien PC, Grey M, Williams A. Hormonal contraception and HIV-positive women: metabolic concerns and management strategies. *J Midwifery Womens Health*. 2008 Jul-Aug; 53(4):362-75.
47. Modesto W, Santos PNS, Correia VM, Borges L, Bahamondes L. Weight variation in users of depot-medroxyprogesterone acetate, the levonorgestrel-releasing intrauterine system and a copper intrauterine device for up to ten years of use. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015 Feb; 20(1):57-63.
48. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM, Westreich DJ, Steyn PS, Raymond E, et al. Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women : a systematic review of epidemiological evidence. *Contraception*. 2014; 90(4):360-90.
49. Huijbregts RPH, Helton ES, Michel KG, Sabbaj S, Richter HE, Goepfert P, et al. Hormonal contraception and hiv-1 infection: Medroxyprogesterone acetate suppresses innate and adaptive immune mechanisms. *Endocrinology*. 2013; 154(March):1282-95.
50. Gusmão JL, Mion-Jr D. Adesão ao tratamento - conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(1):23-5.
51. International Planned Parenthood Federation. Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world. 2010.
52. Rasch V, Yambesi F, Massawe S. Medium and long-term adherence to postabortion contraception among women having experienced unsafe abortion in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; 8:32.
53. Schwartz SR, Rees H, Mehta S, Venter WDF, Taha TE, Black V. High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: Findings from a prospective cohort study in south áfrica. *PLoS One*. 2012;.7(4):1-8.
54. Magalhães J, Amaral E, Giraldo PC, Simoes JA. HIV infection in women: Impact on contraception. *Contraception*. 2002; 66:87-91.
55. Levinson RA. Contraceptive Self-Efficacy Scale. Disponível em: http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=389&cf_id=24
56. Comment Dire. Ficha de avaliação das causas de não-adesão:Auto-questionário ACTG. 2000.
57. Mathias SD, Colwell HH, LoCoco JM, Karvois DL, Pritchard ML, Friedman AJ. ORTHO birth control satisfaction assessment tool: assessing sensitivity to change and predictors of satisfaction. *Contraception*. 2006; 74:303-8.

58. Colwell HH, Mathias SD, Cimms T, Rothman M, Friedman J, Patrick DL. The ORTHO BC-SAT - A satisfaction questionnaire for women using hormonal contraceptives. *Qual Life Res.* 2006; 15:1621-31.
59. Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R; Alves MTSSB, et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em AIDS, Brasil: estudo comparativo 2001 / 2007. *Rev. Saúde Pública.* 2013 Feb; 47(1):137-46.
60. Green R. *The Delphi Technique in Educational Research.* SAGE Open. 2014; 4.
61. Conselho Federal de Medicina. *Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição: dados gerais e descrições de desigualdades.* 2013. v. 2. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
62. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet.* 2011; 16:3061-8.
63. Lopez LM, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo MF. Behavioral interventions for improving condom use for dual protection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10(10).
64. Lima C, Nunes X, Gonçalves L, Silva PT, Bina C. Características clinicoepidemiológicas de um grupo de mulheres com HIV/AIDS em Salvador-Bahia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37(6):436-40.
65. Mnyani CN, Simango A, Murphy J, Chersich M, McIntyre JA. Patient factors to target for elimination of mother-to-child transmission of HIV. *Global Health.* 2014; 10(1):36.
66. Engender Health, Unfpa. *Saúde sexual e reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas.* Nova York: Engender Health e Brasília, DF: Unfpa; 2008.
67. Beksinska ME, Smit JA, Mantell JE. Progress and challenges to male and female condom use in South Africa. *Sex Health.* 2012 Mar; 9(1):51-8.
68. Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Richardson BA, Chipato T, Mugerwa R, et al. Hormonal contraception and HIV acquisition: reanalysis using marginal structural modeling. *AIDS.* 2010 Jul; 24(11):1778-81.
69. Morrison CS, Chen PL, Nankya I, Rinaldi A, Van Der Pol B, Ma YR, et al. Hormonal contraceptive use and HIV disease progression among women in Uganda and Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011; 57(2):157-9.
70. Duong T, Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, Le Cœur S, Kantipong P, Buranabanjasatean S, et al. Laboratory and clinical predictors of disease progression following initiation of combination therapy in HIV-infected adults in Thailand. *PLoS One.* 2012;7(8):1-10.
71. Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol.* 2010; 39(April):1048-63.

72. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. Dovepress. 2014; 147-58.
73. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2014
74. Anglemyer A, Rutherford GW, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (4)
75. Nachega JB, Uthman O, Mills EJ, Quinn TC. Adherence to antiretroviral therapy for the success of emerging interventions to prevent hiv transmission: a wake up call. *J AIDS Clin Res*. 2013; 2012(Suppl 4).
76. Walque D. HIV infection among couples in Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya, and Tanzania. *Policy*. 2006; 1-28.
77. Paredes V, Vera M, Del J, Río I, Castilla J, Rodríguez C. Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual serodiscordant partners. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014 Dec; 14:373-5.
78. Travassos AGÁ, Brites C, Netto EM, Fernandes SDA, Rutherford GW, Queiroz CM. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. *Brazilian J Infect Dis*. 2012; 16(6):581-5.
79. Overton ET, Shacham E, Singhatiraj E, Nurutdinova D. Incidence of sexually transmitted infections among HIV-infected women using depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Contraception*. 2008;78:125-30.
80. Westreich D, Jamal N, Smith JS, Schulze D, Williams S, Michelow P, et al. Injectable and oral contraception and the incidence and progression of cervical disease in HIV-infected women in South Africa. *Contraception*. 2014; 89(4):286-91.
81. Oord J Van Den, Cihlar T, Perno C, Snoeck R, Sibeko S, Baxter C, et al. Topical tenofovir, a microbicide effective against HIV, inhibits herpes simplex virus-2 replication. *Cell Host Microbe*. 2011 Oct; 10(4): 379-89.
82. Valley-Omar Z, Sibeko S, Anderson J, Goodier S, Werner L, Arney L, et al. CAPRISA 004 tenofovir microbicide trial: no impact of tenofovir gel on the HIV transmission bottleneck. *J Infect Dis*. 2012; 206:35-40.
83. Nanda K, Morrison CS, Kwok C, Byamugisha J, Jones L, Sriplienchan S, et al. Discontinuation of oral contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate among women with and without HIV in Uganda, Zimbabwe and Thailand. *Contraception*. 2011; 83(6):542-8.
84. Duncan S, Hawkins F, Desmond N. Postnatal contraceptive choices among women living with HIV: a decade of experience in a community-based integrated sexual health clinic. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2012;1-5.

85. Beksinska ME, Smit J, Kleinschmidt I, Milford C, Farley TMM. Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception. *Contraception*. 2010; 81(1):30-4.
86. Hajjar LA, Calderaro D, Yu PC, Giuliano I, Lima EMDO, Barbaro G, et al. Manifestações cardiovasculares em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85:363-77.
87. Castelo Filho A, Abrão P. Alterações metabólicas do paciente infectado por HIV. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2007; 51:5-7.
88. Chandra N, Thurman AR, Anderson S, Cunningham TD, Yousefieh N, Mauck C, et al. Depot medroxyprogesterone acetate increases immune cell numbers and activation markers in human vaginal mucosal tissues. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2013; 29(3):592-601.
89. Figueiredo R, Bastos S. *Contraceção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
90. Haddad LB, Cwiak C, Jamieson DJ, Feldacker C, Tweya H, Hosseinipour M, et al. Contraceptive adherence among HIV-infected women in Malawi: a randomized controlled trial of the copper intrauterine device and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2013 Dec; 88(6):737-43.
91. Jenkins DW, Krysiak R, Sexton C. Reduced community access to a key contraceptive: public health consequence from false suspicion of HIV-contaminated injectables. 2010; 82(Issue 3):296-300.
92. Heikinheimo O, Lähteenmäki P. Contraception and HIV infection in women. *Hum Reprod Update*. 2009; 15(2):165-76.
93. Lopez LM, Hilgenberg D, Chen M, Denison J, Stuart G. Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan; 1.
94. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: 2009.
95. Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev. Saúde Pública*. 1997 Feb; 31(1).
96. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8.

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar de um estudo com o nome “NÃO ADESÃO A CONTRACEPÇÃO SEGURA ENTRE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS”.

O objetivo deste estudo é avaliar a aceitação dos métodos anticoncepcionais recomendados entre as pacientes atendidas no Ambulatório de Virologia do CEDAP (Centro Especializado em Diagnóstico Assistência e Pesquisa). Você vai responder a algumas perguntas sobre sua vida pessoal e sexual, na busca das informações necessárias para o estudo, em ambiente reservado, com pessoas treinadas. Sua colaboração vai ajudar outras mulheres como você, pois trará mais conhecimento sobre este assunto e melhorias na assistência prestada. Seu nome não será conhecido. Sua ficha será identificada por números. Se sentir algum constrangimento ou desconforto devido às perguntas íntimas que estarão sendo feitas, terá apoio junto à equipe especializada do serviço com acolhimento às suas necessidades, podendo interromper a entrevista no momento em que desejar. Caso você não aceite participar ou desista em algum momento, não haverá problemas ou quaisquer prejuízos para seu acompanhamento no CEDAP ou em qualquer outro serviço de saúde.

Este documento será feito em 02 (duas) cópias de igual teor, assinados, datados e uma ficará com você. Em caso de dúvidas ou denúncias, você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) Rua Conselheiro Pedro Luiz 171 - Rio Vermelho - Salvador/BA - 41.950-610 telefone: 7131165333 / 7131165319 cepsesab@saude.ba.gov.br.

Este estudo terá como pesquisadora responsável Dra. Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado e que não terei despesas.

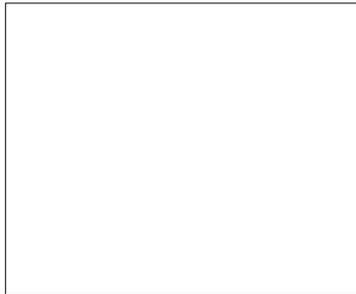
Eu concordo em participar do estudo.

Salvador, ____/____/____

Assinatura do voluntário (ou responsável) _____

Assinatura do pesquisador responsável _____

Imagem Datiloscópica:



Anexo 2. Questionário

Questionário Mulheres – Contracepção e HIV

Questionário No. _____

Prontuário (SMART/SAH):

Data de preenchimento:

Entrevistador:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

1. Idade: _____ anos
2. Tempo de diagnóstico HIV: _____ meses _____ anos
3. Você adquiriu HIV na gravidez de sua mãe (transmissão vertical)? sim não
4. Últimos CV/CD4: data ____ / ____ / ____ CV _____ CD4 _____
5. Cor da pele:
 - amarela branca indígena parda negra
6. Estado Civil:
 - solteira convive casada viúva Divorciada/separada
7. Escolaridade:

<input type="checkbox"/> analfabeto	<input type="checkbox"/> fundamental completo/médio
<input type="checkbox"/> primário incompleto	<input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> primário completo/fundamental	<input type="checkbox"/> médio completo/superior
<input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> incompleto
	<input type="checkbox"/> superior completo
8. Ocupação: _____
 - a. Renda Média Familiar mensal (SM-salário mínimo 2013: R\$678,00): _____
 - < 1 SM 1-2 SM 3-4 SM > = 5 SM
9. Religião:

<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> Afro-brasileira
<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Testemunha de Jeová
<input type="checkbox"/> Protestante	<input type="checkbox"/> Não definida
<input type="checkbox"/> Evangélica	<input type="checkbox"/> Outras _____
<input type="checkbox"/> Espírita	
10. 1ª Menstruação: com _____ anos

11. 1ª Relação sexual: com ____anos
12. Número de parceiros(as) ao longo da vida: _____
13. Número de parceiros(as) atualmente: _____
14. Este(s) parceiro(s) atual(ais) é (são) HIV+: sim nãonão sei
15. Parceiros (as) Atuais:
- fixo, há quanto tempo: ____meses ____anos
- eventual, há quanto tempo: ____meses ____anos
16. Idade da 1ª Gestação: com ____anos
17. Paridade: (em números): Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____
18. Partos: ____Naturais ____Cesarianas ____Fórceps
19. Data da última gravidez (parto ou aborto):
- ____DIAS _____MESES _____ANOS
- Gestação planejada sim não
20. Métodos usados para evitar filhos antes do diagnóstico do HIV:
- Anticoncepcional Oral Laqueadura Tubária
- Anticoncepcional Inj. mensalParceiro vasectomizado
- Anticoncepcional Inj trimestral Camisinha masculina Condom feminina
- Implante Nenhum Abstinência
- DIU
21. Métodos usados para evitar filhos depois do diagnóstico do HIV:
- Anticoncepcional Oral Laqueadura Tubária
- Anticoncepcional Inj. mensalParceiro vasectomizado
- Anticoncepcional Inj trimestral Camisinha masculina Condom feminina
- Implante Nenhum Abstinência
- DIU
22. Atualmente você usa:
- Anticoncepcional Oral Laqueadura Tubária
- Anticoncepcional Inj. mensalParceiro vasectomizado
- Anticoncepcional Inj trimestral Camisinha masculina Condom femininaImplante Nenhum AbstinênciaDIU
23. Usa Álcool?

_____ vezes/semana fim de semana não usa Raro

24. Usa Cigarro?

sim não abstinência há _____ anos _____ Cigarros/dia

25. Faz uso de anticoncepcional injetável de 03 em 03 meses?

sim não parei de usar há _____ meses

26. Você passou a fazer uso da injeção trimestral por: desejo pessoal

indicação médica

27. Uso de drogas:

a. **Antes** Diagnóstico do HIV

não usa

anfetaminas

maconha

ecstasy

cocaína injetável

cola

cocaína (pó)

abstinência há _____ anos

crack

b. **Depois** Diagnóstico do HIV

não usa

maconha

cocaína injetável

cocaína (pó)

crack

anfetaminas

ecstasy

cola

abstinência há _____ anos

28. Uso de camisinha:

a. Antes Diagnóstico do HIV:

a. nunca as vezes sempre

b. Depois Diagnóstico do HIV:

a. nunca as vezes sempre

c. Uso de camisinha masculina hoje:

nunca as vezes sempre

d. Uso de camisinha feminina hoje:

nunca as vezes sempre

29. Já teve relação sexual com:

Homens Mulheres Ambos

30. Prática Sexual:

Vaginal com camisinha sem camisinha

Anal com camisinha sem camisinha

Oral com camisinha sem camisinha

31. Onde consegue a camisinha? SUS- Centro de Referência SUS- Unidade Básica (Posto de Saúde) Farmácia popular Farmácias comuns Doação Nem sempre consigo

32. Sexo por dinheiro: sim não

33. Sexo por droga: sim não

34. Uso de Terapia Antirretroviral: Sim Não

a. Tempo de Uso: ___ meses ___ anos

b. Qual: _____

c. UDM(farmácia) que retira medicações: _____

35. Usa anticoncepcional injetável trimestral? Sim Não

d. Tempo de início do uso: ___ meses ___ anos

36. Onde consegue a injeção anticoncepcional? SUS- Centro de Referência SUS- Unidade Básica (Posto de Saúde) Farmácia popular Farmácias comuns Doação Nem sempre consigo

37. Está disposta a continuar usando a injeção anticoncepcional de 03 em 03 meses? sim não Já parei de usar

38. Usa de álcool antes de relação sexual? sim não

Uso: eventual freqüente

39. Usa de drogas antes de relação sexual? sim não

Uso: eventual freqüente

40. Você tem efeitos indesejados com os produtos a seguir? Coquetel HIV
 camisinha masculina camisinha feminina anticoncepcional hormonal injetável de 03 meses

41. Você deixou de usar estes produtos por efeitos indesejados? Coquetel HIV
 camisinha masculina camisinha feminina anticoncepcional hormonal injetável de 03 meses

42. Quanto os sintomas abaixo lhe incomodam:

Sintomas	Não tenho	Não incomoda	Um pouco	Incomoda	Muito	Extremamente
Dor nas mamas		1	2	3	4	5
Mau humor/irritação		1	2	3	4	5
Espinhas		1	2	3	4	5
Cólicas		1	2	3	4	5
Escapes do fluxo		1	2	3	4	5
Dor de cabeça		1	2	3	4	5
Ganho de peso		1	2	3	4	5

43. Já lhe aconteceu de não usar camisinha porque:

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
Tivemos problemas para colocar no pênis					
Tenho alergia					
Diminuiu prazer					

44. Já teve alguma DST? sim não

45. Qual?

HPV/condiloma Herpes Sífilis Hepatite B Outra _____

46. Tem medo de adquirir outras DST? sim não

47. Se preocupa em contaminar alguém com HIV? sim não

48. Se preocupa em adquirir um outro tipo de HIV mais resistente? sim
não

49. Deseja ter filhos? sim não

50. Seu parceiro quer ter filhos? sim não

51. Seu parceiro tem dificuldade em aceitar a camisinha? sim não

52. Seu parceiro se recusa a usar camisinha? sim não

53. Alguma vez aconteceu da camisinha romper? sim não

54. Alguma vez aconteceu de esquecer de usar a camisinha?

sim não

55. Meu parceiro(s) atual(is) desconhece(m) que sou portadora do HIV

sim não

56. Meu parceiro atual também é soropositivo para HIV sim não

57. Eu uso preservativo (camisinha ou *condom*):

- todas as vezes em que faço sexo
- a maioria das vezes em que faço sexo
- metade das vezes em que faço sexo
- menos da metade das vezes em que faço sexo
- nunca

58.. Eu devo usar preservativo (camisinha ou *condom*):

- todas as vezes em que faço sexo
- a maioria das vezes em que faço sexo
- metade das vezes em que faço sexo
- menos da metade das vezes em que faço sexo
- nunca

59. Se eu estiver sem preservativo (camisinha ou *condom*), eu não faço sexo:

- discordo totalmente
- discordo, em parte
- não concordo nem discordo
- concordo, em parte
- concordo totalmente

60. Eu uso a injeção de três em três meses:

- na data em que completam três meses
- até dois dias depois da data em que completam três meses
- até cinco dias depois da data em que completam três meses
- até dez dias depois da data em que completam três meses
- a depender da menstruação

61. Se estou sem parceiro sexual, ao completar três meses eu não tomo a injeção:

- concordo totalmente
- concordo, em parte
- não concordo nem discordo
- discordo, em parte
- discordo totalmente

Anexo3. :Versão de artigo submetido a revista indexada: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO) fator de impacto Qualis B2 – protocolo de aceitação número 5347

PÁGINA DE ROSTO

Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV.

Dual contraception adherence among HIV infected women.

Ambulatório de Ginecologia e Virologia do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) – Salvador – Bahia – Brasil.

Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão¹

Bruno Gil de Carvalho Lima²

Ana Gabriela Álvares Travassos³

Fabielle de Oliveira Rocha de Brito⁴

Eveline Xavier Pereira de Souza⁴

Tatiana Haguihara⁵

Carlos Alberto Lima da Silva⁶

¹ Investigadora Principal e Pós Graduanda do Curso de Mestrado em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana

² Coautor e Orientador – Docente do Curso de Pós Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana

³ Coordenadora do Grupo ROSA – Rotinas de Saúde Ampliada do Ambulatório de Ginecologia e Virologia - CEDAP

⁴ Estudante de Iniciação Científica e Aluna do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

⁵ Coordenadora de Centro de Pesquisa – CEDAP - Núcleo de Ensino e Pesquisa

⁶ Coordenador do Comitê de ética em Pesquisa da SESAB e do Curso de capacitação e Assessoria em Pesquisa Clínica do CEDAP – Núcleo de Ensino e Pesquisa

CONTATOS PARA CORRESPONDÊNCIAS:

Karina Adami CEDAP- NEP (2º andar sala 02) tel: (55-71) 3116-8924
 Rua Comendador José Alves Ferreira, 240, Garcia, Salvador, Bahia CEP: 40.100-010
adami.karina@uol.com.br

Lista de Autores:

Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão **Adami, KSGB** adami.karina@uol.com.br

Bruno Gil de Carvalho Lima **Lima, BGC** brunogil@bahiana.edu.br

Ana Gabriela Álvares Travassos **Travassos, AG** agtravassos@yahoo.com.br

Fabielle de Oliveira Rocha de Brito **Brito, FOR** emaildefabi@hotmail.com

Eveline Xavier Pereira de Souza **Xavier-Souza, E** Eveline.xps@gmail.com

Tatiana Haguihara **Haguihara, T** tatyha@gmail.com

Carlos Alberto Lima da Silva **Silva, CAL** carlosls@carlosls.com.br

RESUMO

Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV.

Objetivo: Verificar a adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV usando acetato de medroxiprogesterona (AMPD) e condom. **Métodos:** Corte transversal realizado em centro de referência de dezembro 2013 a setembro 2014. Entrevistadas 114 mulheres HIV (+), 15 a 49 anos, em uso de AMPD e condom para contracepção, aplicando questionário clínico epidemiológico, construído após Painel Delphi e validação de conteúdo. **Resultados:** As médias foram de 33,2±7,2 anos de idade, 8,1±5,2 anos de detecção do HIV, 6,8±5 anos de uso de TARV e 737,6±341 células CD4/mm³. Adquiriram HIV pelo sexo 98,2% (112/114). Identificadas 85,9% (98/114) usuárias de TARV e 77,7% (84/114) com CD4 > 500/mm³. Relato de parceria fixa em 78,9% (90/114), havendo sorodiscordância para HIV em 41,2% (47/114), status sorológico do parceiro desconhecido em 21,9% (25/114) e o parceiro desconhece que era infectada em 37,7% (43/114). Última gestação não planejada referida por 71,9% (82/114). Engravidaram no último ano 14,9% (17/114), sendo 70,5% (12/17) não planejadas. Relato de uso atual de AMPD em 64,9% (74/114) com sangramento genital em 48,2% (55/114) e ganho de peso em 67,5% (77/114). O uso de condom masculino foi referido por 62,2% (71/114). Três

usuárias de condom feminino sempre e 10 eventualmente. Tinham sexo desprotegido vaginal 37,7%(43/114) e anal 32,4%(37/114). Relato de resistência do parceiro para usar preservativo em 30,7%(35/114). A dupla contracepção com AMPD e condom foi relatada por 42,9%(49/114). Resistência do parceiro para usar condom foi associada com má adesão (RP 0,3 IC95% 0,2-0,7 p<0,001). Parceiro desconheceu infecção da parceira pelo HIV favoreceu a adesão (RP 1,8 IC95% 1,2-2,7 p=0,01). **Conclusão:** Neste estudo, adesão à dupla contracepção com AMPD e condom foi 42,9%, mantendo gestações não planejadas e sexo desprotegido. Resistência do parceiro para usar condom aumenta três vezes a chance da mulher não aderir à dupla proteção e parceiro desconhecer a infecção da mulher quase duplica a chance dela aderir. Metas: ampliar oferta de novos contraceptivos e envolver parceiros na contracepção e testagem.

Palavras-chave: HIV, contracepção, condom, acetato de medroxiprogesterona.

ABSTRACT

Dual contraception adherence among HIV infected women

Purpose: Describe adherence to dual contraception using depot-medroxyprogesterone acetate and condom among HIV-infected women. **Methods:** Cross-section study carried out from December, 2013 to September, 2014 at a local referral center, applying questionnaire, obtained after Delphi panel and validation with clinical and epidemiological, to 114 HIV(+) women from 15 to 49 years, using depot-medroxyprogesterone acetate plus condom for contraception. **Results:** The averages were 33,2±7.2 years old, 8,1±5.2 years of HIV detection, 6,8±5 years using antiretrovirals and 737,6±341 CD4 cells/mm³. Sexual HIV acquisition was referred in 98,2%(112/114), antiretroviral use in 95,9%(98/114) and 77,7% with CD4>500/mm³. Being with a unique sexual partner was referred by 78,9% (90/114), with HIV serodiscordance in 41,2%(47/114) of couples, 21,9%(25/114) didn't know the serological status of the partner and in 37,7%(43/114) the partner was unaware of the HIV(+) status of the woman. Last pregnancy was unplanned for 71,9%(82/114) and 14,9%(17/114) had gotten pregnant the year before, with 70,5%(12/17) unplanned. Actual use of depot-medroxyprogesterone acetate was reported in 64,9%(74/114), with genital bleeding in 48,2%(55/114) and weight gain in 67,5% (77/114). Use of male condom was referred in 62,2%(71/114). Three related always use female condom and ten eventually. Unprotection in vaginal sex was related by 37,7%(43/114) and 32,4%(37/114) in anal intercourse. Resistance of partner to use condom was 30,7%(35/114). Dual contraception using DMPA with condom reported by 42,9%(49/114). Partner who resists to wear condom was associated with poor adherence (PR 0,3 CI95% 0,2-0,7 p<0,001). Partner who is unaware of women HIV infection favored the adherence (PR 1,8 CI95% 1,2-2,7 p=0,013). **Conclusion:** Dual contraception using DMPA plus condom was 42,9%, maintaining unplanned pregnancies and unprotected sex. Resistance of partners to use condom increases chance of not adhering to dual contraception three times, and the partner not knowing women's HIV infection almost double chance to adhere safe contraception. Goals: offer new hormonal contraceptives and involve partners in contraception and serologic detection tests.

Keywords for this page: HIV, contraception, condom, medroxyprogesterone acetate.

A morbimortalidade e o perfil epidemiológico das pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), vêm se modificando nas últimas décadas¹. Nesse período, houve aumento da sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) quando em uso de terapia antirretrovirais e no número de mulheres contaminadas pelo vírus em virtude do processo de feminilização da pandemia². O uso de métodos hormonais que sejam compatíveis com uso das terapias antirretrovirais e que possam trazer melhorias clínicas associado ao uso regular de condom como método de barreira é o desejável³. A adesão à dupla contracepção permanece um desafio para a população geral, grupos vulneráveis e entre pessoas infectadas por DST/HIV/AIDS^{4,5}. As taxas de adesão à dupla contracepção referidas entre mulheres infectadas pelo HIV na literatura giram em torno de 27%^{6,7}, com chance maior que três vezes de engravidar de modo não planejado entre as não usuárias de dupla proteção contraceptiva⁸.

A taxa de eficácia isolada de uso de condom masculino e feminino atribuída na população geral em uso típico é baixa, com percentual alto de falhas contraceptivas, estimado em cerca de 18 a 21% de mulheres com gestações não planejadas em um ano e descontinuação de seu uso da ordem de 57-59%⁹.

A farmacocinética do acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) parece não ser afetada pelo uso dos principais esquemas antirretrovirais disponíveis, sendo uma opção contraceptiva frequentemente utilizada nessa população^{7,10,11}. O uso de AMPD está relacionado à redução de anemias associadas ao uso de terapias antirretrovirais, em especial nas combinações com AZT (azidotimidina ou zidovudina)^{6,12}. Alterações metabólicas como ganho de peso devem ser contornadas com dieta e exercícios físicos regulares, podendo ser atribuídas à droga e melhoradas por mudança comportamental das usuárias e de seu estilo de vida¹³. Recentemente, uma metanálise envolvendo estudos observacionais, com 39.560 mulheres na África subsaariana, apontou um aumento na aquisição e transmissão do HIV entre as usuárias

de métodos contraceptivos hormonais, em especial o AMPD, que foi associado a 40% de aumento no risco¹⁴. Entretanto, não houve evidência clara de causalidade, havendo necessidade de ensaios clínicos randomizados que eliminem fatores de confusão e estabeleçam que os riscos são maiores que os benefícios^{15,16}. Sua eficácia contraceptiva quando em uso habitual é de 6% de gestações não planejadas em 01 ano com descontinuação no uso em torno de 44% na população geral⁹.

Há necessidade de conhecer o perfil da clientela assistida e traçar estratégias para melhorar a adesão às propostas de contracepção segura. Existe a expectativa de diminuir riscos e danos relacionados com a transmissão horizontal e vertical do HIV e outras DST através da redução da taxa de gravidez não planejada e uso consistente de condom associado a métodos hormonais em PVHA^{3,17,18}. Definir o perfil de manutenção do uso destes métodos contraceptivos, em especial a dupla proteção, se impõe. Essas definições ajudarão a nortear fluxogramas assistenciais no cotidiano dos serviços que assistem essas pessoas.

O presente trabalho tem o objetivo de verificar a adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV que frequentam um centro de referência, quando em uso de condom e acetato de medroxiprogesterona para fins contraceptivos e, secundariamente, identificar possíveis fatores determinantes da adesão e quantificar o número de gestações não planejadas nessa amostra.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado no centro de referência em DST/HIV/AIDS do estado, o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), no período de dezembro 2013 a setembro 2014. Mulheres assistidas rotineiramente no centro foram convidadas a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: 1) mulheres infectadas pelo HIV; 2) em idade reprodutiva de 15 a 49 anos (OMS); 3)

expostas ao uso de acetato de medroxiprogesterona e condom para fins contraceptivos entre 2011 e 2013. Os critérios de exclusão foram: 1) gestantes; 2) histerectomizadas; 3) com laqueadura tubária; 4) parceiro fixo único vasectomizado.

Todas as participantes leram, esclareceram suas dúvidas e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CEP/SESAB) com parecer número 496373 CAAE 19664213.10000.0052.

Foi aplicado questionário construído por painel Delphi, com validação de conteúdo e aperfeiçoamento após aplicação de piloto. Foram entrevistadas 122 mulheres, quinze durante aplicação de questionário piloto e 107 após. Foram excluídas da análise 08 entrevistas, sendo quatro por questionários incompletos, duas já submetidas à laqueadura tubária, uma sem vida sexual ativa e uma que usava injetável mensal e não trimestral. Permaneceram para análise 114 entrevistas.

O banco de dados foi construído com o programa EpiData versão 3.1 e analisado com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Utilizados teste do qui-quadrado, teste t de Student e Mann-Whitney quando aplicáveis. Para a análise multivariada, variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada ou clinicamente relevantes foram inseridas em modelo de regressão logística, utilizando a técnica *backwards*. Variáveis que ficaram no modelo final com $p < 0,05$ foram definidas como preditores independentes. A calibração deste modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. As *odds ratio* foram ajustadas para razão de prevalência pelo método delta.

Resultados

As mulheres incluídas nessa amostra foram na maioria adultas, com diagnóstico sorológico positivo para o HIV há mais de um ano, adquirido por transmissão sexual, relatando longo período em uso de TARV, com bom controle da infecção. A maioria era de cor

negra, ensino médio completo, renda ≤ 3 salários mínimos, católica, em relacionamento estável e com filhos, negando uso regular de álcool, cigarro, drogas ou sexo por dinheiro. Há relato de sorodiscordância para o HIV entre os parceiros em mais de um terço da amostra e muitos desconhecem a condição da parceria – Tabela 1.

Dentre as condições obstétricas de interesse, a última gestação foi referida como não planejada por mais de dois terços das mulheres (71,9% - 82/114), com média de $7,7 \pm 6,4$ anos para data da última gestação e $8,1 \pm 5,1$ anos de detecção do HIV. No último ano, em regime de dupla contracepção com AMPD e condom foram 70,5% gestações não planejadas (12/17). Em quase um terço das entrevistas, os parceiros ainda queriam filhos.

Setenta e quatro mulheres, aproximadamente 65% das mulheres referiam uso atual de AMPD, informando uso correto, em média há mais de 01 ano. A motivação para uso da injeção trimestral ocorreu por indicação médica em 56% (64/114) e por desejo pessoal em 42,1% (48/114), podendo ter sido influenciada por ambas circunstâncias. Destaque para o percentual de mulheres que já haviam descontinuado (35% - 40/114) e que desejam suspender o uso do método (8,7% - 10/114). Os efeitos colaterais mais frequentes foram sangramento genital (48,2% - 55/114) e ganho de peso (67,5% - 77/114).

O uso de condom masculino sempre foi relatado por 62,2% (71/114), enquanto que o uso de condom feminino foi restrito a três usuárias regulares e dez com uso eventual. Dentre as usuárias de condom masculino, muitas afirmaram fazer uso regular, mas chama a atenção o uso irregular de condom nas práticas sexuais com sexo desprotegido vaginal (37,7% - 43/114), anal (32,4% - 37/114) e oral (63,1% - 72/114).

A adesão à dupla proteção contraceptiva nessa amostra representou mais que um terço da amostra – Tabela 2. Nenhum dado sócio-demográfico descrito neste estudo se revelou

significante para prever adesão à dupla contracepção com AMPD e condom. Permaneceram significantes como preditores dois aspectos relacionados aos parceiros. O relato de resistência do parceiro para usar condom apresentou-se como fator associado a não adesão à essa dupla contracepção, com chance três vezes maior de não aderir (OR 0,1 IC95% 0,04-0,42/ RP 0,3 IC95% 0,2 – 0,7). Quando o parceiro desconhece que a mulher é infectada pelo HIV, existe uma chance de quase duas vezes mais da mulher aderir à dupla contracepção referida (OR 3,2 IC 95% 1,3-8,1/ RP 1,8 IC95% 1,2-2,7) – Tabela 3.

Tabela 1. Características clínicas e epidemiológicas da amostra

Características (N=114)	n	%	Média	Mediana	DP IQ*
Idade (anos)			33,2		7,2
15-19 anos	5	4,4			
19- 49 anos	109	95,6			
Negras	57	50			
Católicas	49	42,9			
Escolaridade (≤8 anos)	111	97,3			
Renda familiar (≤3 SM)**	102	89,5			
Uso de drogas ilícitas	10	8,8			
Tabagismo	26	22,8			
Uso social de álcool	59	51,7			
Sexo por dinheiro	10	8,8			
Aquisição sexual HIV	112	98,2			
Tempo de diagnóstico do HIV (anos)			8,1		5,2
Até 01 ano	12	10,5			
Mais que 01 ano	102	89,5			
Usuárias de TARV	98	85,9			
Uso de TARV (anos)			6,8		5
CV (cópias/ml)				4710	1-198
CV indetectável (< 40 copias/ml)	76	66,7			
Acima de 40 cópias/ml	38	33,3			
CD4 (cél/mm ³)			737,6		341,1
Maior que 500 células/mm ³	84	77,7			
Abaixo de 500 células/mm ³	30	26,3			
Parcerias ao longo da vida				5	3-10
Idade da primeira relação (anos)			16,1		2,8
Idade da primeira gestação (anos)			20,2		5,7
Número de gestações			2,3		1,7
Parceiro único	90	78,9			
Tempo de relação estável			6,4		5,0
Sorodiscordância para HIV	47	41,2			
Parceiro desconhece infecção da mulher	43	37,7			
Parceiro resiste em usar condom	35	30,7			

*DP= desvio padrão IC= intervalo interquartil ** SM = salário mínimo

Tabela 2. Prevalência de uso de condom, acetato de medroxiprogesterona e de ambos (dupla contracepção).

	n (%)	IC *

AMPD***	74 (64,9)	55%-73%
Condom sempre**	71(62,2)	52%-71%
AMPD + Condom sempre	49 (42,9)	34%-52%

*IC intervalo de confiança calculado pelo teste exato de Fisher

** Condom masculino sempre (nenhuma usuária de condom feminino da amostra se manteve usando AMPD)

*** Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD)

Tabela 3. Preditores de adesão à dupla contracepção com condom e acetato de medroxiprogesterona nessa amostra

Características	Adesão (n = 49)	Não Adesão (n = 65)	p
Média (DP) N(%)			
Idade (anos)	34 (7,2)	32 (7,2)	0,17
Usuárias de TARV	45(92)	53(81)	0,06
Renda familiar (\leq 3 salários)	47 (96)	55 (85)	0,05
Tabagismo	9 (18)	4 (6,1)	0,12
Parceiro desconhece sua condição de infectada pelo HIV	22 (45)	21 (32)	0,06
Parceiro resiste em usar condom	7 (14)	28 (43)	0,002
Preditores	OR (IC95%)	RP(IC95%)	p
Parceiro desconhece sua condição de infectada pelo HIV	3,2(1,3-8,1)	1,8(1,2-2,7)	0,013
Parceiro resiste em usar condom	0,1 (0,04-0,42)	0,3 (0,2-0,7)	<0,001

*Primeira análise univariada :incluídas na análise multivariada por $p < 0,20$ na análise de qui-quadrado de Pearson

**Segunda análise multivariada: preditores considerados com $p < 0,05$ na regressão logística por *backwards* com calibração (teste de Hosmer-Lemeshow) $p = 0,92$ e ajuste da OR para RP por método delta

OR *Odds Ratio* IC Intervalo de Confiança RP Razão de Prevalência

Discussão

O achado mais importante do presente estudo foi o percentual de adesão à dupla contracepção maior que na literatura, sem destaque para nenhum caráter sócio-demográfico como preditor^{17,18}.

A taxa de gestação não planejada nessa amostra foi semelhante à de populações estudadas na literatura com proporção estimada de 62% numa coorte africana e 83,1% entre puérperas infectadas pelo HIV em corte transversal também na África^{8,19}. Isso alerta para o fato de que, mesmo nessa amostra de conveniência, com acesso a informações, aos insumos sugeridos e à equipe multidisciplinar, ainda existe uma parcela de pessoas que não aderem às práticas de contracepção e sexo seguros, apresentando alta taxa de gestação não planejada.

O sexo desprotegido chama a atenção nesse estudo apresentando um percentual elevado de pessoas expostas ao risco, em especial quando se nota a parcela de casais sorodiscordantes. Clinicamente, existe o risco de transmissão para parcerias negativas, mas também há a preocupação com a superinfecção entre os casais soroconcordantes, que corrobora com maior resistência viral a TARV, e ainda a aquisição de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), prejudicando ou interferindo na evolução natural das doenças HIV relacionadas^{12,15,20,21}. O percentual de sexo anal desprotegido é um dado preocupante. Segundo CDC 2012, de cada 10 mil relações sexuais, ocorrem 138 infecções no sexo anal receptivo para onze no sexo anal insertivo, oito no sexo vaginal receptivo e quatro no sexo vaginal insertivo²². Em uma metanálise de 2010, Baggaley estimou que o risco de adquirir o HIV através do sexo anal é 18 vezes maior que no vaginal²³. Na abordagem do risco, após sexo desprotegido, deve-se atentar para a necessidade do casal e parcerias realizarem testagens sorológicas para IST e realizar a profilaxia pós exposição sexual quando houver sorodiscordância para o HIV^{24,25}.

Na última versão do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos”, publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde Brasileiro (Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), já há recomendação de

início precoce da TARV para tornar a carga viral indetectável e reduzir as taxas de transmissão horizontal²⁵. Evidências atuais demonstram o impacto da TARV nesta redução para cerca de três vezes menos transmissão entre usuários regulares de TARV²⁶. Segundo estimativas de Castilla (2014), a transmissão horizontal chega a zero para casais sorodiscordantes quando o sujeito positivo para o HIV usa regularmente os antirretrovirais, tem carga viral indetectável por mais de seis meses e não tem outras DST²⁷. Mas basta adquirir uma nova DST ou alguns dias sem uso da TARV para que o quadro se modifique e volte a transmitir, com taxa estimada em 8,6% sem intervenções. A via sexual sem barreiras de proteção continua promovendo a aquisição de outras doenças como hepatites B e C, sífilis, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, Papilomavírus humano dentre outros²¹. Permanece o desafio do sexo seguro universal, que por sua vez, perpassa uma série de modificações culturais e estruturais que o tornam distante^{5,28,29}.

O uso e manutenção da injeção trimestral nessa amostra foi superior às estimativas da população geral e de outras casuísticas da literatura em populações relacionadas ao HIV^{12,30,31}. A continuidade de uso do AMPD na população geral é citada em torno de 56%, segundo dados da OMS em 2011⁹ e em amostra de mulheres soropositivas para o HIV num *site* inglês, foi de 40% e em publicação africana 15%^{15,19}. Numa revisão da Cochrane em 2013, envolvendo trabalhos desenvolvidos em populações africanas, totalizando 8882 mulheres infectadas pelo HIV, observou-se maior descontinuidade do uso de hormônios contraceptivos nestas mulheres quando comparadas a mulheres soronegativas para HIV, quase três vezes mais (OR 2,52IC 95% 1,53-4,14)³².

A adaptação ao uso de condom feminina é uma barreira citada constantemente nos trabalhos sobre contracepção e sexo seguro, figurando sempre com baixas taxas de uso, mesmo entre infectados pelo HIV²⁸. Nessa casuística, apenas três usuárias mantinham o método cotidianamente, a despeito de, no centro onde ocorreu o estudo, terem sido distribuídas 8.831

unidades de preservativo feminino entre 2011 e 2014, segundo controle de dispensação da farmácia da unidade. Mesmo promovendo uma proteção mais ampla às IST pela barreira gerada ao cobrir o vestíbulo vulvar, o condom feminino se limita ao uso no sexo vaginal. As práticas de sexo oral e anal exigem outros materiais de proteção, sendo adequado o uso de condom masculino. Portanto, mesmo que o condom feminino fomente o empoderamento da mulher no sexo, ele se limita ao sexo convencional. Na prática, há que se ter flexibilidade e olhar individualizado para utilização do material de barreira disponível e que contemple as demandas individuais.

Na elaboração de uma linha de cuidado, o envolvimento da parceria tem sido cada vez mais relevante^{2,18,25}. Nesse estudo, a população apresentou maior percentual de parceria fixa única e um terço de sorodiscordância. O único preditor isolado de má adesão à dupla contracepção foi a resistência do parceiro em usar condom e as mulheres aderiram mais quando seus parceiros desconheciam que era infectada pelo HIV. Na assistência ao HIV, assim como frente às demais DST, classicamente, a abordagem deve assegurar terapia, testagens e aconselhamento sexual às parcerias.

Existe uma limitação para análises, na medida em que a amostra é composta de usuárias que aderem ao serviço e que estão em seguimento regular, com bom controle de doença HIV relacionada. Na literatura, há uma percepção de que determinados grupos populacionais tenham maior tendência a não aderir às propostas contraceptivas como adolescentes, usuárias de drogas, pessoas de baixa renda e escolaridade, aquelas com diagnóstico recente para o HIV e aquelas com dificuldades de acesso aos insumos e serviços de saúde^{20,21,30}. Grupos de maior vulnerabilidade não foram contemplados nessa amostra, apontando uma necessidade de ampliação de seu acesso ao serviço.

Esse estudo se propôs a determinar a adesão à dupla contracepção entre mulheres HIV positivas, usando acetato de medroxiprogesterona e condom, num centro de referência em

DST/HIV/AIDS. Seu cálculo amostral inicial se baseou nesse objetivo, não havendo a pretensão de ter poder para detectar associações entre determinantes e a adesão ou não. Muitas das variáveis testadas não se mostraram associadas ao desfecho principal, mas talvez outros preditores se destacassem caso a amostra fosse ampliada. Caberia ainda uma coorte com seguimento temporal dos eventos.

Em conclusão, a prevalência da adesão à dupla contracepção, proposta num centro de referência, realizada pela combinação dos métodos acetato de medroxiprogesterona de depósito trimestral e condom, entre mulheres infectadas pelo HIV foi maior que na literatura, porém aquém das expectativas para sua efetiva proteção contraceptiva, com taxas altas de falhas contraceptivas e gestação não planejada. A oferta de novas opções contraceptivas, por exemplo, os métodos reversíveis de longa duração (LARC) poderão colaborar para o aumento da adesão e eficácia contraceptivas nessa população, assim como ocorre na população geral ^{33,34,35}. Identificaram-se a resistência do parceiro em usar condom como preditor, com chance três vezes maior de má adesão à dupla contracepção e o desconhecimento do parceiro quanto à condição da mulher ser soropositiva para o HIV como determinante de maior adesão com chance quase que duas vezes maior de aderir à dupla contracepção. O envolvimento das parcerias nas escolhas contraceptivas, testagens sorológicas, estratégias de profilaxia e prevenção, aumento da oferta de contraceptivos são metas a serem alcançadas, objetivando aumento da adesão contraceptiva e redução da taxa de gestações não planejadas, transmissão vertical e horizontal do vírus.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia

CEDAP – Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa

FONTES DE FINANCIAMENTO DE PESQUISA:

Não houve financiamento de fontes oficiais de pesquisa.

Pesquisa desenvolvida em instituição gerida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

Não há conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Chronic HIV Care with ARV Therapy and Prevention. 2007;1-128.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [Internet]. Boletim Epidemiológico HIV - Aids 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>
3. World Health Organization. Policy implications Programmatic and research considerations for hormonal contraception for women at risk of HIV and women living with HIV. 2012.
4. Lawani LO, Onyebuchi AK, Iyoke C. Dual method use for protection of pregnancy and disease prevention among HIV-infected women in South East Nigeria. BMC Womens Health. 2014; 14(1):39.
5. Sanders S, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby R, Graham C, Milhausen RR. Condom use errors and problems: A global view. Sex Health. 2012;9:81-95.
6. Robinson J, Jamshidi R, Burke AE. Contraception for the HIV-positive woman: A review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy. Infect Dis Obstet Gynecol. 2012.
7. Amaral E, Viscola MAM, Bahamondes L. Contracepção hormonal e anti-retrovirais em mulheres infectadas pelo HIV. Rev Bras Ginecol e Obs. 2006; 28(11):680-4.
8. Schwartz SR, Rees H, Mehta S, Venter WDF, Taha TE, Black V. High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: Findings from a prospective cohort study in south africa. PLoS One. 2012; 7(4):1-8.
9. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011; 83(5):397-404.
10. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MM, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. Fertil Steril. 2008; 90(4):965-71.
11. Vieira CS, Bahamondes MV, Souza RM, Brito MB, Prandini RR, Amaral E, et al. Effect of Antiretroviral Therapy Including Lopinavir / Ritonavir or Efavirenz on Etonogestrel-Releasing Implant Pharmacokinetics in HIV-Positive Women. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014 Aug; 66(4):378-85.

12. Heikinheimo O, Lähteenmäki P. Contraception and HIV infection in women. *Hum Reprod Update*. 2009; 15(2):165-76.
13. Modesto W, Santos PNS, Correia VM, Borges L, Bahamondes L. Weight variation in users of depot-medroxyprogesterone acetate, the levonorgestrel-releasing intrauterine system and a copper intrauterine device for up to ten years of use. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015 Feb; 20(1):57-63.
14. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM, Westreich DJ, Steyn PS, Raymond E, et al. Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women : a systematic review of epidemiological evidence. *Contraception*. 2014; 90(4):360-90.
15. Morrison CS, Richardson B, Mmiro F, Chipato T, Celentano DD, Luoto J, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*. 2007; 21:85-95.
16. Heffron R, Celum C, Mugo N, Were E, Bruyn G, Donnell D. Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012; 12(1):19-26.
17. World Health Organization. Global aids response progress reporting 2014. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. 2014; 1-180.
18. Walensky RP, Kuritzkes DR. The impact of the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) beyond HIV and why it remains essential. *Clin Infect Dis*. 2010; 50:272-5.
19. Duncan S, Hawkins F, Desmond N. Postnatal contraceptive choices among women living with HIV: a decade of experience in a community-based integrated sexual health clinic. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2012;1-5.
20. Huijbregts RPH, Helton ES, Michel KG, Sabbaj S, Richter HE, Goepfert P, et al. Hormonal contraception and hiv-1 infection: Medroxyprogesterone acetate suppresses innate and adaptive immune mechanisms. *Endocrinology*. 2013; 154(March):1282-95.
21. Travassos AGA, Brites C, Netto EM, Fernandes SDA, Rutherford GW, Queiroz CM. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. *Brazilian J Infect Dis*. 2012; 16(6):581-5.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010: revised recommendations for the use of hormonal contraception among women at high risk for HIV infection or infected with HIV. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jun; 61:449-52.
23. Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(April):1048-63.
24. Vieira CS. Protocolo municipal de saúde reprodutiva para pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2013.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf
26. Anglemyer A, Rutherford GW, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (4)
27. Paredes V, Vera M, Del J, Río I, Castilla J, Rodríguez C. Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual serodiscordant partners. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014 Dec; 14:373-5.
28. Magalhães J, Rossi ADS, Amaral E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2003; 25(6):389-95.
29. Lopez LM, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo MF. Behavioral interventions for improving condom use for dual protection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10(10).
30. Magalhães J, Amaral E, Giraldo PC, Simoes JA. HIV infection in women: Impact on contraception. *Contraception.* 2002; 66:87-91.
31. Nanda K, Morrison CS, Kwok C, Byamugisha J, Jones L, Sriplienchan S, et al. Discontinuation of oral contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate among women with and without HIV in Uganda, Zimbabwe and Thailand. *Contraception.* 2011; 83(6):542-8.
32. Lopez LM, Hilgenberg D, Chen M, Denison J, Stuart G. Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan; 1.
33. Whiteman MK, Kissin DM, Samarina A, Curtis KM, Akatova N, Marchbanks P, et al. Determinants of contraceptive choice among women with HIV. *AIDS.* 2009; 23 (Suppl 1):47-54.
34. Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Ph D, Secura GM, Ph D. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med.* 2012;366:1998-2007.
35. Pittman ME, Secura GM, Allsworth JE, Homco JB, Madden T, Peipert JF. Understanding prescription adherence: Pharmacy claims data from the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception.* 2011 Apr; 83(4): 340-5.