

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**ABORTO PROVOCADO EM MULHERES VIVENDO COM
HIV/AIDS**

FLÁVIA BULEGON PILECCO

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Porto Alegre, Março de 2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**ABORTO PROVOCADO EM MULHERES VIVENDO COM
HIV/AIDS**

FLÁVIA BULEGON PILECCO

Orientador: Prof.Dr. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Prof. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Prof. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

A meus pais, Joanzinho e Marlene, às minhas irmãs, Marina e Isabela, à minha orientadora, Daniela Riva Knauth, e a todos que, de uma forma ou de outra, me apoiaram nestes seis anos de pós-graduação.

AGRADECIMENTOS

Esta tese, que aqui apresento, só foi possível devido ao apoio e colaboração de muitas pessoas. A primeira delas, a quem gostaria de agradecer imensamente, é minha orientadora, a professora Daniela Riva Knauth. Foi ela que me ensinou a ser cientista e que acreditou no meu potencial, quando eu recém saía da graduação. Com ela aprendi desde o estilo de redação até as reflexões que apresento hoje, nesta tese. Nos seis anos de trabalho e amizade em que estivemos juntas, encontrei na professora Daniela muito mais do que conhecimento acadêmico. Ela me deu apoio emocional e força para chegar até aqui. Que essa parceria se estenda por longa data!

Gostaria de agradecer, também, ao professor Álvaro Vigo, meu co-orientador, que fez com que eu me apaixonasse por estatística. Obrigada pelas tantas reuniões (formais e informais) e por toda a sabedoria e paciência que o senhor dedicou, a fim de tentar fazer com que eu entendesse o universo estatístico.

Meu muito obrigada a todos os professores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que, cada um à sua maneira, contribuíram para minha formação acadêmica. Um agradecimento especial à Vanessa Delfino, secretária do programa, pela atenção e solicitude com que atendeu a todos os meus pedidos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde e Gênero (SAGE), em especial àqueles que participaram diretamente da coleta de dados da pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto da Epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”, meu eterno carinho. À Luciana, que dividiu comigo tantos momentos de aflição, em meio a coleta de dados do projeto que originou nossas teses, meu muito obrigada. E à Andréa Fachel, colega, conselheira e amiga, que tantas vezes me acolheu junto à sua família e ouviu minhas lamentações, meu afeto e minha eterna admiração.

Nesta trajetória que é coroada hoje, com a apresentação desta tese, foi também fundamental o apoio das agências financiadoras governamentais. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujo auxílio (através do Edital Universal nº 14/2009) permitiu a realização do projeto “Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto da Epidemia

do HIV/Aids em Porto Alegre” e que me concedeu uma bolsa de doutorado, que custeou meus primeiros dois anos de estudos, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que me agraciou com uma bolsa de mestrado (juntamente com a Secretaria de Políticas para as Mulheres), financiou meu doutorado sanduíche (processo 4579-11-9) e que deu suporte financeiro ao meu último ano de doutorado, através da bolsa REUNI, meu muito obrigada.

Gostaria de agradecer, também, aos pesquisadores do Health Service and Population Research, do Institute of Psychiatry, do King's College London, por me acolherem durante o ano de realização do meu doutorado sanduíche. Um obrigada especial ao professor Michael Dewey, que compartilhou comigo diversos momentos, que participou da elaboração de um dos artigos que compõem essa tese e que me ensinou muito sobre a vida e a cultura inglesas.

Aos queridos colegas do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, que se tornaram não apenas companheiros de profissão, mas confidentes. À Laura, à Emília, à Mônica, ao Isaías, ao Maicon Falavigna, à Fernanda Bairros, à Camila Giugliani, ao Rodrigo Caprio, à Cris Melere, à Ju Scopel, à Michele Scortegagna, à Lisi, à Anamaria, ao João Baptista, ao Antônio Armando e a tantos outros e outras, fica meu carinho.

Aos amigos, de perto e de longe, seja da região de Porto Alegre, de São João do Polêsine ou de Londres, meu obrigada, de coração, pela força, pela presença de vocês na minha vida e pela persistência nessa amizade, à despeito de todos os momentos em que tive que me ausentar, fosse por estudo ou por outras razões. Um obrigada especial aos meus *flatmates* destes últimos quatro anos, Julio Cefis, Bethânia Zanatta e Ana Paula de Oliveira Martinez Pereira e à minha *landlady*, Gail Bottomley, e seu filho, Charlie Bottomley, por dividirem comigo bons e maus momentos, por estarem do meu lado e por torcerem por mim.

E por último, mas não menos importante, agradeço imensamente, à minha família, pelo carinho, pelo apoio e pela compreensão que me foram dados e que possibilitaram com que eu concluísse o trabalho que hoje apresento. Não foram poucas as vezes que estive ausente em momentos importantes, mas todas elas foram justificadas pelo alcance desse sonho maior, que era o de obter um doutorado em epidemiologia. Ao meu pai,

Joanzinho, que mesmo não tendo obtido um alto grau acadêmico, foi um grande professor na faculdade da vida. Foi dele que herdei a facilidade de fazer amigos e o gosto pelas festas. À minha mãe, Marlene, com quem aprendi a correr atrás dos objetivos e de quem herdei a garra e o sonho de entrar no mundo acadêmico. Às minha irmãs, Marina e Isabela, por estarem sempre presentes, aguentarem minhas variações de humor e por me fazerem feliz. E à minha mãe de chocolate, Cleci Terezinha Carvalho (Dica), por sempre acreditar em mim e expressar tanto orgulho por essa “filha branca”.

Sumário

| | |
|---|-----|
| Abreviaturas e Siglas | 10 |
| Resumo | 12 |
| Abstract | 14 |
| Apresentação | 16 |
| 1. Introdução | 17 |
| 2. Revisão de Literatura | 19 |
| 2.1. HIV/Aids | 19 |
| 2.1.1. Panorama da epidemia do HIV após 30 anos de seu início | 19 |
| 2.1.2. Testagem para o HIV e o pré-natal como momento do diagnóstico | |
| 21 | |
| 2.1.3. Tratamento e mortalidade | 24 |
| 2.1.4. Vida sexual e uso de preservativo entre pessoas vivendo com | |
| HIV/Aids | 27 |
| 2.1.5. Decisões reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids | 30 |
| 2.2. Aborto | 34 |
| 2.2.1. Direitos reprodutivos e seu reflexo na legalização do aborto | 34 |
| 2.2.2. Métodos de aferição da prática de aborto em contextos de | |
| ilegalidade | 37 |
| 2.2.3. Panorama sobre a prática de aborto induzido no mundo e no Brasil | |
| 39 | |
| 2.2.4. Fatores associados à prática de abortos induzido | 42 |
| 2.2.5. Morbidade e mortalidade associadas à prática de aborto | 48 |
| 2.2.6. Aborto entre MVHA | 51 |
| 3. Objetivos | 55 |
| 4. Referências bibliográficas | 56 |
| 5. Artigo 1 | 69 |
| 6. Artigo 2 | 109 |
| 7. Artigo 3 | 137 |
| 8. Sumário do Artigo 2 | 160 |
| 9. Conclusões e considerações finais | 162 |
| 10. Anexos | 164 |
| a. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da | |
| Universidade Federal do Rio Grande do Sul | 164 |

| | |
|--|-----|
| b. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição | 165 |
| c. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre | 166 |
| d. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre | 167 |
| e. Questionário da Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto da Epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre | 168 |
| f. Textos que recontam a trajetória contraceptiva e reprodutiva de mulheres que tiveram aborto pós-diagnóstico | 183 |

Abreviaturas e Siglas

Aids – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AZT – zidovudina ou azidotimidina

Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DATASUS – banco de dados do Sistema Único de Saúde

DST – doenças sexualmente transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

GEE – Generalized Estimating Equations (Equações de Estimativas Generalizadas)

HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy

HCPA – hospital de Clínicas de Porto Alegre

HEB-Wales – Health Evidence Bulletins – Wales

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IC95% – Intervalo de Confiança 95%

ICPD – International Conference on Population and Development (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento)

mL – mililitro

MNVHA – mulheres não-vivendo com HIV/Aids

MVHA – mulheres vivendo com HIV/Aids

n – tamanho amostral

OMS – Organização Mundial da Saúde (em inglês, **WHO** – World Health Organization)

ONU – Organização das Nações Unidas (em inglês, **UN** – United Nation)

p – probabilidade

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCAP – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade

PNA – Pesquisa Nacional do Aborto

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PPTV – Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV (em inglês,

PMTCT – Prevention of Mother-to-Child Transmission)

RC – Razão de Chances

RNA – ribonucleic acid (ácido ribonucleico)

STF – Superior Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – terapia antirretroviral

UDI – uso de drogas injetáveis

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (em português,

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS)

Resumo

Introdução: A feminização da epidemia e o aumento da expectativa de vida, trouxeram à tona a discussão sobre decisões reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids, incluindo a prática de aborto. **Objetivo:** Investigar como a interrupção de gestações se insere na trajetória de vida de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Metodologia:** Foi feita uma revisão da literatura buscando estudos que investigaram a ocorrência e fatores associados à prática de aborto induzido em mulheres vivendo com HIV/Aids. Em uma segunda parte da tese, foram analisados dados referentes a um estudo transversal, que pesquisou mulheres vivendo com HIV/Aids de 18 a 49 anos, em Porto Alegre, Brasil, divididas em dois grupos: mulheres vivendo com HIV/Aids e mulheres não vivendo com HIV/Aids, recrutadas em serviços públicos de saúde. A amostra final foi composta por 684 mulheres vivendo com HIV/Aids, que tiveram 2.039 gestações, e 639 mulheres não vivendo com HIV/Aids, com 1.539 gravidezes. A associação entre preditores e desfecho (aborto provocado) foi analisada por meio de um modelo logístico de Equações de Estimativas Generalizadas. A terceira e última parte analisou dados dessa mesma pesquisa, sobre mulheres que tiveram aborto após o diagnóstico de HIV. **Resultados:** A revisão da literatura indicou que mulheres vivendo com HIV/Aids têm maiores taxas de aborto induzido, embora essas taxas tenham diminuído depois da introdução do protocolo de prevenção da transmissão vertical. A análise dos dados sobre aborto entre mulheres vivendo com HIV/Aids indicou que 6,5% das gestações entre mulheres vivendo com HIV/Aids foram findadas em aborto, mesma situação de 2,9% das gestações entre mulheres não vivendo com HIV/Aids. Entre mulheres vivendo com HIV/Aids, 7,7% das gestações ocorridas antes do diagnóstico foram findadas em aborto induzido, mesma situação 4,0% daquelas ocorridas após o diagnóstico. Ser mais velha, ter maior escolaridade, maior número de parceiros ao longo da vida, ter filhos antes da gravidez índice e não estar vivendo com parceiro durante a gestação foram associados à mais frequente prática de aborto entre mulheres vivendo com HIV/Aids. Na análise da ocorrência de aborto pós-diagnóstico, foi encontrado que dentre as mulheres que tiveram aborto após o diagnóstico a declaração de violência foi recorrente e o uso consistente de contracepção e de preservativo foi baixo. A mediana de tempo entre o diagnóstico e o aborto foi de dois anos. Em metade

dos abortos, a motivação foi a mulher estar vivendo com HIV, embora apenas três, de 10 mulheres que declararam essa motivação não tenham tido outros filhos após o diagnóstico. **Conclusões:** Mulheres vivendo com HIV/Aids têm maior risco de ter aborto induzido ao longo da vida do que mulheres não vivendo com HIV/Aids. Entretanto, apesar de o HIV impactar na decisão na decisão por abortar, a vulnerabilidade socioeconômica e a relação com o parceiro destacam-se como fatores frequentemente associados à prática de aborto. Esse achado é atestado tanto por estudos quanti quanto qualitativos e reforçados por nosso achado de que a maioria dos abortos ocorridos na trajetória dessas mulheres aconteceu antes do diagnóstico de HIV. Assim, as pesquisas com o intuito de investigar aborto entre mulheres vivendo com HIV/Aids devem considerar o contexto específico de cada gestação. Em termos de políticas públicas é fundamental o investimento na difusão e disponibilização de insumos para a dupla proteção, como forma de reduzir as gravidezes não previstas.

Abstract

Background: The feminization of the epidemic and the increased life expectancy has brought up the discussion about reproductive decisions of women living with HIV/Aids, including the practice of induced abortion.

Objective: To investigate how the interruption of pregnancies is inserted in the trajectory of life of women living with HIV/Aids.

Methodology: Firstly, a systematic literature review was conducted in order to search for studies that investigate the occurrence and determinants of induced abortion among women living with HIV/Aids. Secondly, data from a cross-sectional study that surveyed women living and not living with HIV/Aids, from 18 to 49 years old, in Porto Alegre, Brazil, were analyzed. The final sample consisted of 684 women living with HIV/Aids, which had 2,039 pregnancies, and 639 women not living with HIV/Aids, with 1,539 pregnancies. The association between the predictors and the outcome (induced abortion) was analyzed by using generalized estimates equations. Finally data from the aforementioned study about women who had abortion after HIV diagnosis were analyzed.

Results: The literature review indicated that women living with HIV/Aids have higher rates of induced abortion, although these rates have decreased after the introduction of the protocol to prevent mother-to-child transmission. The analysis of data on abortion among women living with HIV/Aids indicated that 6.5% of pregnancies among women living with HIV/Aids ended on abortion, same situation as 2.9% of pregnancies among women not living with HIV/Aids. Among women living with HIV/Aids, 7.7% of pregnancies that occurred before HIV diagnosis were voluntarily terminated, same situation as 4.0% of those that occurred after HIV diagnosis. To be older, to have higher education and higher number of partners throughout life, to have children before the index pregnancy and not to be living with a partner during pregnancy were associated with abortion among women living with HIV/Aids. In the analysis of the abortions that occurred after HIV diagnosis, the occurrence of violence and the inconsistent use of contraception and condoms were common in the life course of women who had abortions after the HIV diagnosis. The median time between HIV diagnosis and the induced abortion was two years. The motivation for the practice of abortion was the woman to be living with HIV in half of the cases of abortion, although only three of 10 women who reported this motivation have not had other children after HIV

diagnosis. **Conclusions:** Women living with HIV/Aids are at greater risk of having induced abortion throughout life than women not living with HIV/Aids. However, although HIV impacts in the decision to terminate a pregnancy, socioeconomic vulnerability and marital context stand out as factors frequently associated with induced abortion. This finding is confirmed both by quantitative and qualitative studies and reinforced by our finding that the majority of abortions that occur in the trajectory of these women happens before HIV diagnosis. Therefore research developed with the objective of investigating abortion among women living with HIV/Aids should consider the specific context of each pregnancy. In terms of public policy, it is essential to invest in the dissemination and availability of dual protection in order to reduce unplanned pregnancies.

Apresentação

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Aborto Provocado em Mulheres Vivendo com HIV/Aids”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 26 de março de 2014. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1. Introdução

A expansão da epidemia da Aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome) entre mulheres trouxe consigo a discussão sobre o impacto do HIV (Human Immunodeficiency Virus) nas decisões reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA). Os mesmos fatores de ordem social, individual e programática que dificultam o enfrentamento da epidemia, através da limitação do acesso a insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento (Brasil. Ministerio da Saude. Departamento de DST 2007), acarretam maior vulnerabilidade dessas mulheres a gravidezes indesejadas. Neste sentido, por exemplo, as relações desiguais de gênero, além de prejudicar o acesso ao emprego, educação, moradia e renda, implicam em diferentes níveis de discriminação quanto ao exercício da sexualidade feminina e em maior dificuldade na negociação pelo uso do preservativo (Brasil. Ministerio da Saude. Departamento de DST 2007).

Ainda, outros fatores fazem com que as MVHA tenham sentimentos ambíguos quanto à gestação e dificultam a decisão quanto a seu desfecho. Se, por um lado, o medo de transmitir o HIV ao feto e de dar a luz a uma criança que pode perder seus pais prematuramente faz com que as mulheres tenham receio de engravidar, por outro, o desejo de experienciar a maternidade, associado a valores sociais que encorajam o nascimento de um filho, faz com que elas optem por engravidar mesmo sabendo de seu diagnóstico (Guttmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2006, Cooper, Harries et al. 2007, Fiore, Heard et al. 2008, Kanniappan, Jeyapaul et al. 2008)

Neste contexto e com o objetivo de investigar como estar vivendo com HIV impacta na decisão por abortar entre MVHA, foi elaborada a presente tese, composta por três artigos.

Inicialmente, foram analisados os dados sobre aborto da pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres Vivendo no Contexto do HIV/Aids em Porto Alegre. Essa pesquisa foi realizada em Porto Alegre, capital brasileira com a maior prevalência de HIV desde 2006 (Brasil 2013), com o intuito de entender as especificidades da vida sexual e reprodutiva de MVHA. Neste primeiro artigo, foram comparadas MVHA e mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA) quanto à ocorrência de aborto ao longo da vida. Nossa

hipótese era a de que MVHA tinham mais aborto ao longo da vida, em comparação com MNVHA.

Ao longo da elaboração desse primeiro artigo, nos surpreendeu que, apesar das MVHA ter gestações mais frequentemente finalizadas em aborto, a maioria desses abortos acontecia antes do diagnóstico. Através do contato com pesquisadoras, tanto brasileiras quanto estrangeiras¹, que também pesquisavam sobre o tema, notamos que esse achado era recorrente. Isso reforçava ainda mais a importância política e para a saúde pública da publicação desses achados. Assim, apesar da limitação enfrentada pelo fato de que o tamanho amostral do estudo Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres Vivendo no Contexto do HIV/Aids em Porto Alegre não fora calculado para análises pré e pós-diagnóstico no que concerne a aborto induzido, implicando em poder insuficiente para mostrar fatores associados ao desfecho, optamos por incorporar na tese um artigo que desse conta de compreender melhor os aspectos relacionados ao aborto e às mulheres que recorreram a esta solução depois de se saberem soropositivas para o HIV. Para contornarmos o problema da falta de poder estatístico e podermos compreender como o aborto se insere na trajetória reprodutiva das mulheres, especialmente após o diagnóstico de HIV, optamos por uma análise descritiva e de cunho sociológico.

Por fim, ao longo da elaboração destes dois artigos, a busca na literatura apresentava resultados bastante divergentes, tanto no delineamento dos estudos, quanto na forma como o tema era abordado, nas populações que foram pesquisadas e nas variáveis inquiridas. Assim, com o objetivo de sistematizar a literatura, ainda bastante divergente e limitada quanto ao tema, foi conduzida uma revisão de literatura. Essa revisão procurou apontar as lacunas ainda existentes na pesquisa relativa à prática de aborto entre MVHA e explicar as diferenças nos achados entre os diversos trabalhos.

Assim, apesar de a ordem de concepção dos artigos ter sido a descrita acima, para melhor compreensão por parte dos leitores, optamos por apresentar inicialmente o artigo de revisão da literatura, seguido dos artigos que analisam dados empíricos.

¹ Esse dado foi obtido através de comunicação pessoal com as pesquisadoras Regina Maria Barbosa (NEPO - UNICAMP, Brasil) e Nathalie Bajos (INSERM, França).

2. Revisão de Literatura

A presente revisão de literatura, com o intuito de contemplar os temas abordados nesta tese, foi subdividida em duas partes: a primeira contemplando a temática do HIV/Aids e discorrendo acerca da epidemiologia da doença, do momento do diagnóstico, do tratamento e morbidade e das mudanças que se saber portador traz à vida sexual e reprodutiva das pessoas vivendo com HIV/Aids; e a segunda, dedicada à temática do aborto induzido e que versa sobre a questão dos direitos humanos e da legalização do aborto, os métodos de aferição usados em contextos nos quais a prática é ilegal, epidemiologia, fatores associados, morbidade e mortalidade e a questão do aborto entre MVHA.

2.1. HIV/Aids

2.1.1. Panorama da epidemia do HIV após 30 anos de seu início

Segundo estimativas da UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), em 2011, 34 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV/Aids no Mundo, 17% a mais do que em 2001 (UNAIDS 2012). Esse aumento no número de pessoas vivendo com HIV/Aids é reflexo da ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV) e da conseqüente redução na mortalidade relacionada ao HIV/Aids (UNAIDS 2012). Na América Latina, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde o início dos anos 2000, o número de novas infecções anuais tem variado entre 99 e 100 mil e o número de pessoas vivendo com HIV/Aids, nessa região, atingiu seu pico em 2010 (1,5 milhões de pessoas) (World Health Organization 2011a).

No que se refere à diferença entre os sexos, pouco mais da metade das pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo são mulheres (World Health Organization 2011a). Na América Latina, entre 2001 e 2011, houve um pequeno aumento na proporção de MVHA (passando de 32% para 35% dos casos de pessoas vivendo com HIV/Aids) (World Health Organization 2011a).

O Brasil abriga atualmente cerca de um terço do número total de casos de HIV/Aids da América Latina (World Health Organization 2011a) (estima-se que em torno de 718 mil indivíduos), com uma prevalência de 0,4%, dos quais estima-se que cerca de 80% (574 mil) já foram diagnosticados (Brasil 2013).

Em 2012, foram notificados 39.185 novos casos, com uma taxa de incidência de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Entre 2003 e 2012, a taxa de detecção de Aids no Brasil se elevou em 2%, diminuindo em 18,6% no Sudeste e 0,3% no Sul e aumentando em 92,7% no Norte, 62,6% no Nordeste e 6,0% no Centro-oeste (Brasil 2013). As maiores taxas de detecção por 100.000 habitantes, no ano de 2012, ocorreram no Rio Grande do Sul (41,4), em Santa Catarina (33,5), no Amazonas (29,2) e no Rio de Janeiro (28,7) (Brasil 2013).

Nesse país, em 2012, a taxa de detecção de Aids em homens foi de 26,1 por 100.000 habitantes, enquanto entre mulheres foi de 14,5, representando uma razão entre os sexos de 1,7. Essa razão tem variado gradualmente, atingindo, em 2005, 1,4 e depois tendo aumentado (Brasil 2013).

No que tange à faixa etária, aquela com maior detecção de Aids no Brasil, em 2012, tanto para homens quanto para mulheres, foi compreendida entre 35 e 39 anos, com, respectivamente, 56,1 e 30,3 casos por 100.000 habitantes (Brasil 2013). Nos últimos 10 anos, apesar de a faixa entre 30 e 49 anos ter concentrado a maioria dos novos casos de Aids, há uma tendência de queda entre aqueles com 30 a 39 anos e uma estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos, além de um aumento entre pessoas de 15 a 24 anos e com mais de 50 anos (Brasil 2013).

Desde o seu início, a epidemia no Brasil tem um perfil diferente da epidemia nos países da Europa no que se refere ao modo de transmissão do vírus. Enquanto no Brasil a transmissão através de relação heterossexual tem sido responsável pela maioria dos casos de HIV, na Europa, ela tem papel limitado (esse quadro vem se modificando nos últimos anos, particularmente devido a países do leste europeu) (Bastos 2001). Em 2010, 43% dos novos casos na Europa eram devidos à transmissão heterossexual (24% dos casos no oeste e centro e 48% no leste europeu estavam relacionados à via de exposição heterossexual) (European Centre for Disease Prevention and Control 2011). Por outro lado, no Brasil, considerando-se os novos casos notificados em 2012, cuja categoria de exposição era conhecida, 52,7% entre homens e 96,6% entre mulheres eram devido à transmissão através de relação heterossexual (Brasil 2013).

Desde 2006, o Rio Grande do Sul tem se destacado como o estado com a maior incidência de casos de Aids no Brasil, com, como mencionado anteriormente, 41,4 casos notificados por 100.000 habitantes, em 2012 (totalizando 4.458 casos) (Brasil 2013). Porto Alegre, a capital com maior incidência de Aids desde 2006, registrou 93,7 novos casos por 100.000 habitantes, em 2012 (Brasil 2013). Além disso, entre as 10 cidades com notificação de maior incidência de Aids neste ano, seis se localizam no Rio Grande do Sul (Brasil 2013). Nesse estado, em 2011, as mulheres representavam 43,8% dos novos casos de Aids, 33,2% dos novos casos ocorreram na faixa etária de 30 a 39 anos (Brazil. Ministry of Health. 2011) e, considerando-se os novos casos notificados em 2012 cuja categoria de exposição era conhecida, 75,9% era devido à transmissão através de relação heterossexual (DATASUS 2014).

2.1.2. Testagem para o HIV e o pré-natal como momento do diagnóstico

Na Política de Testagem para o HIV (UNAIDS/UNFPA/UNIFEM 2004), a UNAIDS e a OMS recomendam que sejam testados:

- Voluntários que desejam saber seu status para o HIV;
- Pessoas que apresentam sinais ou sintomas consistentes com doenças relacionadas ao HIV e/ou Aids, incluindo todos os pacientes com tuberculose;
- Pacientes com alguma DST (doença sexualmente transmissível), gestantes e pessoas assintomáticas atendidas em serviços de saúde em comunidades nas quais o HIV é prevalente e o tratamento antirretroviral está disponível;
- De forma obrigatória, sangue destinado à transfusão ou à produção de hemoderivados e doadores, antes de procedimentos que envolvam transferência de fluídos ou partes corporais, como em inseminações artificiais e transplante de órgãos.

De acordo com a OMS, mais de 79 milhões de pessoas foram testadas para o HIV em 2010, nos 108 países para os quais há informações disponíveis (estimativas não corrigidas para a fração de pessoas que se testaram mais de uma vez em um mesmo ano) (World Health Organization 2011a). Neste estudo,

a mediana do número de testes por grupo de 1000 pessoas foi de 55, variando de 3,6 no norte da África e Oriente Médio, a 82 testes por 1000 habitantes, na África Subsaariana (World Health Organization 2011a).

No que se refere à testagem no pré-natal, neste mesmo ano, cerca de 35% das 135 milhões de gestações que ocorreram em países de baixa e média renda foram testadas para o HIV (World Health Organization 2011a), ao passo que na América Latina, 61% das gestações foram testadas para HIV em 2010 (World Health Organization 2011a). De todas as gestantes testadas para o HIV em países de baixa e média renda naquele ano, 2,3% delas (o equivalente a 1.006.000) foram diagnosticadas como HIV positivo, representando 68% do total estimado de MVHA e que precisam de antiretrovirais para prevenção da transmissão vertical (World Health Organization 2011a).

A falta de conhecimento do status sorológico para o HIV é um obstáculo para o aumento do acesso ao tratamento e à prevenção. O acesso a serviços de aconselhamento e testagem continua muito aquém do esperado e, em 2004, em países de baixa e média renda, apenas 10% daqueles que precisavam de um teste, por ter se exposto à infecção pelo HIV, o fizeram (UNAIDS/UNFPA/UNIFEM 2004). Assim, uma parcela significativa das pessoas vivendo com HIV/Aids tem iniciado seu tratamento tardiamente por falta de diagnóstico, o que reduz a efetividade da TARV em diminuir a morbidade, aumentar a sobrevivência e prevenir a transmissão do HIV (World Health Organization 2011a).

No Brasil, o teste anti-HIV está disponível na rede pública de saúde desde os anos 80 (Paiva, Lima et al. 2002). De acordo com a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade (PCAP), realizada em 2008, que investigou o comportamento sexual dos brasileiros, 36,5% da população sexualmente ativa de 15 a 64 anos já realizou o teste de HIV alguma vez na vida, sendo 46% das mulheres e 27% dos homens. A maior cobertura de testagem para o HIV foi encontrada entre pessoas de 25 a 34 anos, com ensino fundamental completo, que viviam com companheiro(a), pertencente às classes A/B e residentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, em áreas urbanas. Dentre as mulheres, a principal razão para a testagem foi o pré-natal (57,9%), ao passo que entre os homens foi a doação de sangue (30,4%) e a curiosidade (26,7%) (Brasil 2011). De acordo

com um estudo realizado em Porto Alegre, que incluiu 614 mulheres não grávidas vivendo com HIV, 35,8% se testaram por indicação clínica (doença dela ou do companheiro), 32,3% em decorrência de um pré-natal prévio e 31,9% por meio de testagem voluntária (Fisch, Teixeira et al. 2013).

Nesse contexto de relativamente baixo percentual de testagem, os serviços de pré-natal têm funcionado como uma porta de entrada para a testagem para o HIV, para a obtenção de informações sobre infecções e reinfecções e para a prevenção da transmissão vertical. No Brasil, a recomendação é de que o teste seja oferecido na primeira consulta do pré-natal, acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. Caso seja negativo, ele deve ser repetido após três meses ou no momento da internação para o parto. Gestantes que não foram testadas durante o pré-natal devem sê-lo através do teste rápido, no momento do parto (Brasil, Ministério da Saúde et al. 1998). No estudo de Fisch, Teixeira et al. (2013), ser testada durante o pré-natal foi o único fator protetor para o uso de antirretrovirais, o que faz com que o pré-natal seja considerado um importante momento para o diagnóstico precoce da infecção (Fisch, Teixeira et al. 2013).

Estima-se que, no Brasil, em 2012, a vigilância de HIV em gestantes tenha alcançado 58,3% dos casos esperados (Brasil 2013). Nesse mesmo ano, foram detectados 7.097 casos de HIV entre gestantes com um coeficiente de detecção de 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos. A maioria das gestantes vivendo com HIV estava na faixa dos 20 a 29 anos (50,7%), havia cursado entre 5º e 8º séries (32,7%) ou ensino médio completo (19,1%) e era de cor branca (41,6%) ou parda (42,0%) (Brasil 2013). Nesse cenário, a região Sul tem se destacado por ter uma média superior a nacional, com 5,8 casos de HIV detectados em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos. No Rio Grande do Sul, essa taxa era de 9,6/1000 nascidos vivos, ou seja, 1.327 gestantes estavam vivendo com HIV, em 2012 (Brasil 2013). Assim, enquanto o último sentinela parturientes, realizado em 2010, encontrou uma prevalência de HIV de 0,38% entre mulheres grávidas no Brasil (Brasil 2013), em Porto Alegre, neste mesmo ano, 2% das gestantes estavam vivendo com HIV (Acosta, Kieling et al. 2013).

2.1.3. Tratamento e mortalidade

Em 2011, 8 milhões de pessoas estavam recebendo tratamento antirretroviral em países de baixa e média renda, o que correspondia a 54% das pessoas elegíveis para tratamento (naquele período, a indicação para o início da TARV era ter contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células por mL de sangue) (UNAIDS 2012). Entre 2009 e 2011, o número de pessoas recebendo medicação antirretroviral aumentou em 63% (UNAIDS 2012). Na América Latina, também em 2011, das pessoas com indicação para o uso da TARV, 68% estava sob tratamento (UNAIDS 2012).

No que se refere à cobertura da profilaxia para a prevenção da transmissão vertical do HIV, em 2011, segundo a UNAIDS, 57% das gestantes do mundo receberam tratamento para prevenção da transmissão vertical do HIV. O uso da TARV evitou que mais de 409 mil crianças fossem infectadas com HIV em países de baixa e média renda, entre 2009 e 2011, além de impactar na diminuição da mortalidade relacionada à gestação em MVHA (que passou de 46.000 mortes, em 2005, para 37.000, em 2010) (UNAIDS 2012). Na América Latina como um todo, em 2010, 64% das MVHA que estavam grávidas receberam profilaxia para a transmissão vertical do HIV (World Health Organization 2011a).

Quanto à mortalidade, mundialmente, entre 2005, ano em que foram registradas 2,2 milhões de mortes, e 2011, houve um declínio de mais de meio milhão de mortes. Esse declínio ocorreu especialmente devido a dois fatores: o aumento da cobertura antirretroviral e dos cuidados às pessoas vivendo com HIV/Aids e a diminuição do número de novas infecções desde o final dos anos 90 (UNAIDS 2012). Entretanto, o número de mortes por HIV/Aids difere entre as regiões, tendo aumentado mais de 10 vezes no leste da Europa e na Ásia Central entre 2001 e 2010, mais de duas vezes no leste Asiático e em 60% no centro-leste e norte da África. Na América Latina, o número de mortes anuais devido ao HIV/Aids declinou desde seu pico em 2001-2003, mas parece ter atingido um plateau desde 2008 (World Health Organization 2011a).

O Brasil se destacou como um dos pioneiros no estabelecimento de um programa de tratamento universal com a TARV de alto impacto (Fundação Oswaldo Cruz 2012). Entretanto, o impacto dessas ações iniciais parece ter se estagnado ao longo do tempo, e as taxas de detecção tardia ainda são

bastante elevadas (Fundação Oswaldo Cruz 2012). Esse país, cuja resposta ao HIV, historicamente, reforçou a redução do estigma entre populações como usuários de drogas e trabalhadoras do sexo (Parker 2009), vem mudando sua posição recentemente. Assim, em 2012, o Ministério da Saúde censurou uma campanha cujo público-alvo eram homens jovens e homossexuais. Em março de 2013, uma série de histórias em quadrinhos, acerca da temática da sexualidade e educação tivera sua distribuição, para alunos de ensino fundamental e médio, proibida (Malta and Beyrer 2013). Por fim, em 4 de junho de 2013, o ministro da saúde ordenou a remoção de um dizer “Eu sou feliz sendo prostituta”, parte de uma campanha intitulada “Sem vergonha de usar camisinha”, lançada no Dia Internacional das Prostitutas, do site do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (Malta and Beyrer 2013). Esse padrão conservador também pode ser visto na política acerca do uso de drogas. Enquanto a Lei de Drogas está em avaliação pelo Senado, alguns governos locais têm imposto o tratamento compulsório a usuários de drogas (Malta and Beyrer 2013). Como resultado, a resposta brasileira ao HIV está longe de atingir 100% de acesso universal (Cataldo 2008, Malta, Bastos et al. 2009, Brasil 2013), com o estigma (Ronzani, Higgins-Biddle et al. 2009, Monteiro, Villela et al. 2012) e a vinculação tardia aos serviços de saúde (Grangeiro, Escuder et al. 2012, Fisch, Teixeira et al. 2013) identificados como problemas importantes a serem resolvidos.

Em 2012, estima-se que aproximadamente 74% dos indivíduos infectados vivendo no Brasil, ou seja, 531 mil pessoas, foram vinculados a serviços de saúde para monitoramento da doença, por meio de exames como linfócitos T CD4+ e carga viral, para tratamento. Neste mesmo ano, cerca de 61% desses indivíduos infectados (436 mil pessoas) continuavam em acompanhamento ou em uso da TARV (Brasil 2013). Ainda no ano de 2012, 313 mil indivíduos estavam em tratamento, ou seja, 44% das pessoas vivendo com HIV. Apesar disso, naquele ano, quando a indicação para tratamento era ter contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células por mL, apenas 65% (70 mil pessoas, entre 108 mil) dos indivíduos que deveriam estar sob tratamento, realmente estavam. Considerando-se a indicação atual, de tratamento com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 500 células por mL, 63 mil pessoas não estariam recebendo o tratamento (Brasil 2013).

Neste mesmo ano de 2012, das estimadas 718 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil, 236 mil estavam com carga viral indetectável (menos de 50 cópias por mL de sangue). Entre os indivíduos em tratamento, 76% tinha carga indetectável e 86% tinha menos de 1.000 cópias por mL (Brasil 2013).

Apesar de ter havido um aumento na cobertura da testagem para o HIV no Brasil, como mencionado anteriormente, a cobertura de tratamento profilático para a prevenção da transmissão vertical do HIV ainda está muito abaixo da meta de 80%, que deveria ter sido alcançada em 2010, de acordo com a Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids (Organização das Nações Unidas 2001). Em 2008, apenas 49,7% das parturientes infectadas receberam AZT (zidovudina) durante o parto (Programa Nacional de DST/Aids, Instituto de Comunicação e Informação Científica et al.).

Em Porto Alegre, dados publicados no Boletim Epidemiológico mostram que, entre as gestantes em geral, 67% realizaram sete consultas de pré-natal, e, entre aquelas, cujos filhos se infectaram, apenas 15% completaram as sete consultas. Dentre essas mulheres, cujos filhos foram infectados por transmissão vertical, 20% não usaram antirretroviral no parto. Já entre as crianças, 6% foram amamentadas e 12% não utilizaram antirretroviral no período preconizado (Acosta, Kieling et al. 2013).

O resultado disso é que de acordo com o último boletim epidemiológico, em 2012, a taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos no Brasil foi de 3,4 por 100.000 habitantes, com notáveis diferenças entre as regiões, variando de 5,8 no Sul, a 4,4 no Norte, 3,0 no Sudeste, 2,8 no Nordeste e 2,1 no Centro-oeste (Brasil 2013). No Rio Grande do Sul, a taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos foi de 9,1 casos por 100.000 habitantes, a mais elevada do Brasil (Brasil 2013).

Quanto à mortalidade, no Brasil, no ano de 2012, 11.896 óbitos tiveram como causa primária a Aids, o que resultou em um coeficiente de mortalidade padronizado de 5,5 mortes por 100.000 habitantes, variando de 7,7 mortes por 100.000 habitantes no Sul, a 5,6 no Norte e Sudeste, 4,7, no Centro-oeste e 4,0 no Nordeste (Brasil 2013). A razão entre sexos vem se mantendo constante desde 2008. Em 2012, ela representava 1,9 mortes entre homens para cada morte entre mulheres. Da mesma forma, as taxas de mortalidade tem se mantido constantes nos últimos 10 anos, alcançando, em 2012, 8,1/100.000

entre os homens e 4,2/100.000 entre as mulheres (Brasil 2013). No Rio Grande do Sul, o número de óbitos cuja causa primária era a Aids foi de 1.393, com uma taxa de mortalidade de 11,1 óbitos por 100.000 habitantes (Brasil 2013).

2.1.4. Vida sexual e uso de preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids

A infecção pelo HIV pode alterar a vida sexual e reprodutiva das pessoas vivendo com HIV/Aids, à medida que traz consigo o risco de (re)infecção do parceiro, sentimentos de culpa, medo e vergonha e o estigma associado ao diagnóstico (Delvaux and Nostlinger 2007).

Embora estudos realizados no Brasil indiquem que, imediatamente após o diagnóstico, muitas mulheres parem de fazer sexo (Paiva, Latorre et al. 2002, Santos, Buchalla et al. 2002), depois de algum tempo, a vida sexual é, em geral, retomada (Paiva, Latorre et al. 2002).

O uso do condom por pessoas que se descobrem portadoras do HIV se apresenta como uma barreira adicional à vida sexual, que já se encontra em processo de redefinição. Contribuem, para isso, a dificuldade do entendimento do significado da reinfecção (Gogna, Pecheny et al. 2009) e a percepção de que o preservativo serve apenas como uma forma de evitar doenças, dissociada da ideia da prevenção contra uma gestação não planejada (Paiva, Latorre et al. 2002).

Estudos, em diferentes contextos, têm demonstrado que, apesar de a maioria das pessoas vivendo com HIV/Aids relatarem uso consistente de preservativo nas relações sexuais, uma parcela significativa relata fazer uso inconsistente desse insumo (nunca usar preservativo ou usá-lo às vezes). A prevalência de uso inconsistente variou de 30%, entre sujeitos entrevistados no South African National HIV Communication Survey 2012 (realizado em nove províncias da África do Sul), passando por 46%, em estudo transversal realizado em diversos países do Caribe (Allen, Simon et al. 2010), chegando a 71%, em estudo transversal realizado com pessoas vivendo com HIV/Aids no leste de Uganda (King, Katuntu et al. 2008). No Brasil, um estudo que entrevistou 1.777 MVHA e 2.045 MNVHA, usuárias de serviços públicos, em 13 municípios brasileiros, mostrou que entre MVHA, 78,1% relataram fazer uso inconsistente de condom (Santos, Barbosa et al. 2009). Em outro estudo

realizado no Brasil, em Porto Alegre, com 684 MVHA, 32,8% das mulheres relataram não ter usado preservativo na última relação (Teixeira, Pilecco et al. 2013) e 51,9% das que tiveram gestações após o diagnóstico, usavam contracepção na época em que engravidaram (Teixeira, Pilecco et al. 2012), o que denota a inconsistência das ações de planejamento reprodutivo nessa população.

O conhecimento da sorologia do parceiro parece influenciar o uso de preservativo entre MVHA, sendo mais elevado entre aquelas cujo parceiro é soronegativo, intermediário nas que desconhecem a sorologia do parceiro e mais baixo entre aquelas com parceiro vivendo com HIV/Aids (Santos, Buchalla et al. 2002, Allen, Simon et al. 2010). O preservativo é acionado, assim, como estratégia de prevenção da transmissão para o parceiro, sendo abandonado quando este já está infectado. Outros fatores que influenciam positivamente o uso de condom entre pessoas vivendo com HIV/Aids são ter ensino médio ou superior completo e ter tido mais de um parceiro no último ano (Paiva, Latorre et al. 2002, Ayiga 2012).

A oposição do parceiro ao uso se impõe como uma barreira à adoção do preservativo nas relações (Paiva, Latorre et al. 2002). Como destacam Barbosa, Villela et al. (1995), nem sempre o sexo tem por única finalidade o prazer. Ao menos no âmbito do casamento, ele pode assinalar *“que os acordos necessários à manutenção do casal estão mantidos”* (página 105) (Barbosa, Villela et al. 1995). Além disso, a diferença de gêneros é marcante à medida que a sexualidade feminina é bastante atrelada à reprodução e ao amor, enquanto a masculina é ligada à ideia de necessidade (Barbosa, Villela et al. 1995). E essa diferença de gêneros tem importantes implicações na negociação pelo uso de preservativo, uma vez que envolve diretamente relações de poder. Com o advento da Aids, a negociação pelo uso do preservativo, especialmente dentro de relacionamentos estáveis, foi ainda mais complexificada, devido à disseminação de uma *“cultura na confiança”*, na qual o envolvimento afetivo-sexual faz com que os sujeitos acreditem que estão livres da doença. Assim, o medo de perder o parceiro e a falta de informação e autonomia fazem com que as mulheres continuem mantendo relações com os parceiros, mesmo que estes recusem-se a usar o preservativo (Barbosa, Villela et al. 1995). Neste mesmo sentido, outras características que colocam a mulher

em situação de maior vulnerabilidade e, portanto, menor capacidade de negociação, como estar vivendo com companheiro(a), ter menor grau de instrução e menor poder aquisitivo estiveram associadas ao menos frequente uso de camisinha. Além disso, ter iniciado o tratamento antirretroviral há menos de dois anos, estar trabalhando (em comparação com estar estudando), perceber-se como tendo boa saúde e desejar ter filhos foram identificados por estudos como estando associados a menores taxas de uso de condom (Lopes, Buchalla et al. 2007, Allen, Simon et al. 2010, Ayiga 2012).

Trabalhos desenvolvidos em diferentes países, como África do Sul, Argentina e Brasil, mostram que os serviços de saúde especializados no atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, em geral, focam na prevenção do contágio de outras pessoas e na reinfecção de pessoas vivendo com o vírus, na profilaxia e no tratamento de doenças oportunistas e no uso de antirretrovirais. Por outro lado, esses serviços não provêm atenção adequada no que se refere à saúde reprodutiva dessas pessoas, ignorando demandas relativas à contracepção e não dando a devida importância ao uso de dupla proteção (Oliveira and Franca Junior 2003, Cooper, Harries et al. 2007, Gogna, Pecheny et al. 2009). No discurso dos profissionais de saúde, a indicação do uso isolado de condom, em detrimento da indicação de seu uso em conjunto com outras formas de contracepção, aparece aliada à ideia de que se forem propostas outras opções contraceptivas, o uso de preservativo será abandonado (Gogna, Pecheny et al. 2009). Entretanto, isso desconsidera fatores pessoais e relacionais que podem estar envolvidos nas práticas sexuais e na negociação do uso de camisinha, como, por exemplo, a desigualdade de gênero (Gogna, Pecheny et al. 2009).

Como resultado, há uma reprodução do discurso dos serviços de saúde sobre a importância do uso da camisinha nas falas das mulheres, embora, na prática, esse uso seja feito de forma inconsistente. Isso é atestado por um inquérito com mulheres brasileiras que mostrou que, apesar das altas taxas de declaração de uso de condom, era alta também a prevalência de gestações não desejadas (Teixeira, Pilecco et al. 2012).

2.1.5. Decisões reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids

Pouco se sabe sobre como o diagnóstico de HIV afeta as decisões reprodutivas das mulheres portadoras do vírus, visto que este aspecto é fortemente influenciado por fatores culturais e, portanto, variável em cada contexto. Por um lado, o risco da transmissão vertical, receios quanto à saúde dos filhos e o medo de dar a luz a uma criança que pode perder seus pais prematuramente devido à doença faz com que muitas mulheres não desejem engravidar após o diagnóstico de HIV (Gutmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2006). Por outro, o desejo de experienciar a maternidade, associado a valores sociais que encorajam o nascimento de um filho, faz com que elas optem por engravidar mesmo sabendo de seu diagnóstico. Especialmente no caso das mulheres soropositivas, uma gravidez pode atestar que elas ainda são saudáveis e dar-lhes uma nova razão para viver. Além disso, para mulheres que já possuem filhos, uma gravidez poderia possibilitar a criação de laços entre irmãos, resultando em apoio mútuo no caso de uma eventual perda dos pais devido à doença (Gutmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2006, Cooper, Harries et al. 2007, Fiore, Heard et al. 2008, Kanniappan, Jeyapaul et al. 2008).

Quanto à influência do conhecimento do diagnóstico por parte dos parceiros, de familiares e de amigos nas intenções reprodutivas de MVHA, um estudo realizado na África do Sul apontou que, se por um lado pessoas vivendo com HIV/Aids que não revelaram o diagnóstico sentem-se pressionadas a ter filhos, por outro, pessoas cujo status de soropositividade para o HIV é conhecido sofrem pressão contrária, no sentido de não ter filhos (Cooper, Harries et al. 2007). Há que se considerar também que casais sorodiscordantes possuem demandas sexuais e reprodutivas diferentes de casais em que ambos os parceiros vivem com HIV. Enquanto entre os primeiros existe a preocupação com a contaminação do parceiro soronegativo para o HIV, entre os últimos, o medo recai sobre a reinfeção (Delvaux and Nostlinger 2007).

Estudos que compararam MVHA que desejavam filhos ou que chegaram a engravidar, com MVHA que não desejavam filhos ou que não estavam grávidas, apontaram que o primeiro grupo se destaca por ser mais saudável (com alta contagem de linfócitos T CD4+ ou sem histórico de doenças

oportunistas) e por ter diagnóstico mais recente (Hankins, Tran et al. 1998, Chen, Philips et al. 2001, Paiva, Latorre et al. 2002, Blair, Hanson et al. 2004, Nakayiwa, Abang et al. 2006, Paiva, Santos et al. 2007).

Entretanto, as decisões reprodutivas de MVHA não se baseiam somente no fato de elas serem soropositivas para o HIV, mas também em aspectos sociais e individuais e em expectativas culturais (Gruskin, Firestone et al. 2008), como a pressão social para que casais unidos há certo tempo tenham um filho ou o desejo do novo companheiro por ter filhos do casal (Bui, Hanh et al. 2010). Assim, mulheres mais jovens, casadas ou vivendo com companheiro (especialmente se esse companheiro também deseja ter filhos no futuro) (Hankins, Tran et al. 1998), com menos filhos (Chen, Philips et al. 2001, Paiva, Latorre et al. 2002, Paiva, Santos et al. 2007, Fiore, Heard et al. 2008), maior renda (Paiva, Santos et al. 2007), parceiro negativo (Fiore, Heard et al. 2008) ou com sorologia desconhecida para o HIV (Chen, Philips et al. 2001), menor nível educacional e menor renda familiar (Hankins, Tran et al. 1998) e histórico de uso de drogas injetáveis (Hankins, Tran et al. 1998, Blair, Hanson et al. 2004) têm maiores chances de engravidar após o diagnóstico.

Pesquisas quanti (Paiva, Latorre et al. 2002) e qualitativas (Silva, Alvarenga et al. 2006) desenvolvidas no Brasil, no estado de São Paulo, mostraram que, mesmo após o diagnóstico, algumas mulheres continuavam desejando engravidar. Paiva et al. (2002), entrevistando 1.068 mulheres em centros de referência para tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids em duas cidades do estado de São Paulo, encontraram que 13,4% das mulheres entrevistadas desejava ter filhos mesmo após o diagnóstico de HIV (Paiva, Latorre et al. 2002). Da mesma forma, uma pesquisa qualitativa desenvolvida por Silva, Alvarenga et al. (2006), em que foram entrevistados homens e mulheres vivendo com HIV/Aids, usuários da rede pública de saúde em São Paulo, mostrou que os entrevistados expressaram argumentos a favor de uma possível gravidez, especialmente baseados na oportunidade de ser mãe/pai ou de constituir uma família e na vontade de dar um filho ao/a companheiro/a. Apesar disso, neste último trabalho, todos os entrevistados, a exceção de uma, manifestaram receios quanto à gravidez, especialmente devido aos efeitos da medicação no bebê, à possibilidade de deixarem uma criança órfã, a

dificuldades financeiras e ao medo de a criança adoecer (Silva, Alvarenga et al. 2006).

O acesso aos antirretrovirais, que permitiu às mulheres soropositivas para o HIV viver mais e de forma mais saudável, teve reflexos também na tomada de decisões reprodutivas. A introdução da TARV como forma de evitar a transmissão vertical foi um marco que teve importantes reflexos nas decisões reprodutivas de MVHA. Estudos realizados nos Estados Unidos, em Porto Rico e em diversos países do continente africano mostraram maior incidência de gravidezes após a introdução do uso de TARV, tanto pelo aumento no tempo de sobrevivência quanto pelo atraso da progressão da doença para Aids (Blair, Hanson et al. 2004, Myer, Carter et al. 2010). Em um estudo realizado na Suíça, ter tido uma melhora na saúde após a introdução da HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) também esteve associado ao aumento do desejo de engravidar (Panozzo, Battegay et al. 2003).

Nesse contexto, os serviços de saúde que, inicialmente, eram concebidos para maximizar a prevenção da transmissão sexual, estando integrados com os serviços de prevenção de DST, posteriormente passaram a se aliar a serviços de saúde materno infantil, com o intuito principal de prevenir a transmissão vertical, priorizando o pré-natal, a gestação e o parto. Contudo, eles perpetuaram a falha em contemplar o desejo das mulheres de engravidar, ignorando certas dificuldades que elas encontram no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, tais como o analfabetismo e as desigualdades de gênero (Figueiredo and Ayres 2002, EngenderHealth and Unfpa 2008, Gruskin, Firestone et al. 2008). De acordo com Silva et al. (2006), a indicação irrestrita do uso de preservativo para evitar a (re)infecção pelo HIV dificulta o diálogo sobre a intenção de engravidar. Assim, as políticas baseadas no risco da transmissão do vírus *“não podem ignorar as aspirações e projetos de vida mais amplos, sob a pena de comprometer, inclusive, sua própria efetividade”* (Silva et al., 2006, página 149) (Silva, Alvarenga et al. 2006).

A atitude e o aconselhamento por parte dos profissionais de saúde parecem ter um impacto importante no desfecho da gravidez de mulheres que engravidam sabendo ser portadoras ou de mulheres que recebem o diagnóstico de HIV durante a gestação (Hankins, Tran et al. 1998). Em um estudo qualitativo realizado na Argentina, a maioria das MVHA entrevistadas

relatou ter sido desencorajada a engravidar pelos médicos ou não ter recebido informações e suporte suficientes (Gogna, Pecheny et al. 2009). Como destacam Bui, Hanh et al. (2010), a reprovação pelos pares da maternidade por MVHA, especialmente por profissionais de saúde, pode fazer com que essas mulheres se sintam mais pressionadas a terminar sua gravidez. Por esta razão, esses autores sugerem que os serviços de saúde devem levar em conta o contexto sociocultural que molda as demandas reprodutivas dessas mulheres e dialogar com elas sobre seus medos referentes ao futuro (Bui, Hanh et al. 2010).

No Brasil, o estudo de Paiva, Latorre et al. (2002) demonstra claramente a falta de provisão de informações por parte dos profissionais de saúde. Nesse estudo, 25% das MVHA não sabiam que poderiam transmitir o vírus para o bebê, 27% não sabiam que o vírus se transmitia durante o parto, 24% não sabiam da transmissão através da amamentação, também 24% não sabiam que existia medicação profilática para ser tomada durante a gestação e 30% não sabiam que existia medicação para o bebê. Apesar disso, a grande maioria (85%) sabia da necessidade do uso de proteção para evitar a infecção dos seus parceiros ou sua reinfecção (Paiva, Latorre et al. 2002).

Em estudos realizados em serviços de atendimento especializado em HIV/Aids no estado e na cidade de São Paulo, pessoas vivendo com HIV/Aids, relataram que, caso expressassem seu desejo de engravidar (ou de engravidar a parceira), os profissionais de saúde se oporiam à ideia, mas caso chegassem no serviço de saúde com a gravidez em curso, os profissionais assumiriam uma postura diferente, centrada na prevenção da transmissão vertical (Paiva, Latorre et al. 2002, Silva, Alvarenga et al. 2006). Como resultado, a antecipação de uma posição contrária à gravidez por parte do serviço de saúde é uma das razões alegadas para que as pessoas vivendo com HIV não desejem ter filhos (Paiva, Santos et al. 2007). Em um estudo de caso-controle aninhado a uma coorte na Índia, Suryavanshi et al. (2008) as chances de não ter planejado a gestação eram maiores em MVHA, em comparação com MNVHA (RC=4,1; IC95%: 2,0-8,7) (Suryavanshi, Erande et al. 2008). Assim, ao invés de incentivar uma gravidez planejada, com controle dos marcadores laboratoriais desde o período pré-concepção, minimizando o risco de transmissão vertical, os profissionais de saúde assumem uma postura mais

favorável à ocorrência de gravidezes não-planejadas (Silva, Alvarenga et al. 2006).

2.2. Aborto

2.2.1. Direitos reprodutivos e seu reflexo na legalização do aborto

Internacionalmente, a discussão sobre direitos reprodutivos e aborto iniciou-se em 1975, com a I Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na Cidade do México, na qual foi reconhecido que as altas taxas de aborto ilegal, realizados por profissionais sem qualificação, causavam sérios problemas à saúde materna em muitos países em desenvolvimento (United Nations 1975).

A partir do final da década de 70 e início da década de 80, o movimento feminista passou a introduzir a discussão sobre direitos reprodutivos na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, realizada em 1979, prezava pela eliminação da discriminação contra as mulheres e por assegurar a igualdade de gênero (United Nations 1979). Mas, foi somente em 1984, no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, ocorrido em Amsterdã, que o termo “direitos reprodutivos” foi criado por feministas norte-americanas (Correa and Ávila 2003).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo (1994), trouxe diversos avanços em termos de direitos reprodutivos. Ao mesmo tempo que *“a mulher passou de objeto a sujeito dos programas de desenvolvimento e população”* (Mattar e Diniz, 2012, p.110) (Mattar and Diniz 2012), o aborto inseguro foi reconhecido como grave problema de saúde pública. Essa conferência assegurou o compromisso dos países signatários com a redução do número de abortos através da expansão e da melhoria dos serviços de planejamento familiar e da prevenção da gravidez indesejada (United Nations 1995). Nesta mesma linha, a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Beijing (1995), reafirmou o que foi estabelecido na Conferência do Cairo (1994), além de assegurar que os países signatários revisassem as leis que contivessem medidas punitivas contra mulheres que tivessem feito abortos ilegais (United Nations 1996).

No que tange à legislação acerca da prática de aborto, Boland e Katzive (2008) propõem uma divisão dos países em cinco categorias. A primeira delas,

caracterizada por leis que proíbem o aborto ou que só o permitem para salvar a vida da mulher, em 2008, contemplava 68 países e 26% das pessoas do mundo. A segunda, na qual estão leis que permitem o aborto para salvaguardar a saúde física da mulher, incluía, neste mesmo ano, 10% da população mundial e 35 países. Na terceira categoria estavam 23 países (4% da população mundial) que reconhecem os danos à saúde mental como justificativa para a realização de aborto. O quarto grupo incluía, em 2008, 14 países (20% da população), e é aquele que permite o aborto por razões socioeconômicas. O quinto e último grupo permite o aborto sem restrições e era formado no período analisado por 56 países, representando 40% da população do planeta (Boland and Katzive 2008).

Leis restritivas não coíbem o aborto, embora façam com que ele seja praticado em cenários inseguros, com risco à saúde da mulher (Alan Guttmacher Institute 2008). Isso fica claro nos achados de Sedgh et al. (2012) que, baseando-se em estimativas de 2008, encontraram taxas de aborto que eram mais baixas em países com leis mais liberais quanto ao aborto (12 por mil mulheres de 15 a 44 anos, no oeste europeu), em comparação com países cujas leis eram restritivas (29 por 1000 mulheres em idade reprodutiva na África e 32 por 1000, na América Latina) (Alan Guttmacher Institute 2008, Sedgh, Singh et al. 2012). Assim, em países onde as leis são restritivas ao aborto, são principalmente as mulheres pobres, as que vivem em áreas isoladas, as refugiadas ou migrantes dentro do próprio país, as adolescentes e as não casadas, frequentemente com menos acesso à informação e aos serviços de saúde e mais expostas à coerção e à violência sexual, que estão mais vulneráveis a recorrer a abortos inseguros, praticados por pessoas sem a habilidade necessária para fazê-lo (OMS 2004).

No Brasil, o desenvolvimento dos direitos reprodutivos esteve fortemente marcado por uma cultura religiosa, especialmente cristã, marcada pela obediência e servidão da mulher em relação ao homem e pela procriação segundo a vontade de “Deus” e da “natureza” (Buglione 2002). Assim, no plano legal, o Brasil adotou uma postura pró-natalista até o início dos anos 80, quando a crise econômica, aliada ao processo de industrialização e urbanização, ao aumento da escolaridade, à entrada das mulheres no mercado de trabalho e às mudanças nas relações de gênero fizeram com que crescesse

a demanda pelo controle da fertilidade. A partir dos anos 80, o Brasil assumiu uma posição política neutra no que tange à dinâmica demográfica, marcada pela não intervenção estatal. Por outro lado, esse período foi marcado pela luta pelo retorno da democracia e pelo fortalecimento das reivindicações feministas no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos (Ventura 2009). Como reflexo, houve a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que trouxe implícita a ideia de direitos reprodutivos. Entretanto, esses direitos só foram efetivamente regulamentados pela Lei de Planejamento Familiar, em 1996 (Mattar and Diniz 2012). Assim, os anos 90 foram marcados pela produção de uma série de normativas voltadas à regulamentação e promoção dos direitos constitucionais, com especial destaque para o segmento feminino e para os direitos reprodutivos (Ventura 2009).

No que tange especificamente ao aborto induzido, no Brasil, essa prática é classificada como crime contra a vida, de acordo com o Código Penal, Decreto-Lei no 2.848 de 7 de dezembro de 1940, sendo penalizada em caso de aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art. 124) e aborto provocado por terceiros sem (art. 125) ou com (art. 126) o consentimento da gestante. A pena é aumentada quando o aborto resulta em lesão corporal grave ou morte da gestante (art. 127). A prática do aborto é considerada não sujeita à punição em caso de risco de morte da gestante ou se a gravidez é resultante de estupro (art. 128) (Brazil 1940). Mais recentemente, por decisão do Superior Tribunal Federal (STF), foi julgada inconstitucional a interpretação que criminaliza o aborto em caso de anencefalia, de acordo com os artigos supracitados da Constituição Brasileira (Superior Tribunal Federal 2012). Entretanto, apesar de ilegal na maioria das situações, o aborto é amplamente praticado no Brasil, tanto pela própria mulher quanto em clínicas clandestinas, em condições inseguras (Souza e Silva and Fusco 2009).

A criminalização do aborto tem reflexos na condenação moral e na conduta dos profissionais para com as mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, como é destacado em dossiê elaborado pela Rede Feminista de Saúde, “... *quando uma mulher chega a uma maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime; então, tanto o aborto quanto o tratamento, em geral, são cruéis e desumanos*” (Rede Feminista de Saúde,

2005, pág 29) (Rede Feminista de Saúde 2005). Essa criminalização também tem reflexos na opinião da sociedade acerca do aborto. A grande maioria das pesquisas realizadas com juízes e promotores (Duarte, Osis et al. 2010), médicos ginecologistas (Faundes, Duarte et al. 2004) e população em geral (IBOPE 2003), indica que a maior aceitação da prática do aborto se dá nos casos em que ele já é permitido por lei.

Quanto à aceitação pública da prática do aborto, um estudo que sintetizou a literatura publicada entre 1985 e 2005 na América Latina e Caribe (representados por Brasil, Mexico, Argentina e Colombia) acerca do assunto (Yam, Dries-Daffner et al. 2006), demonstrou que ela é maior entre pessoas mais jovens, mais escolarizadas, menos religiosas e que já praticaram aborto ou que conhecem alguém que já praticou. Os estudos compilados nesta revisão apontam que a maioria da população pesquisada é a favor do aborto em caso de estupro, risco de vida ou danos à saúde da gestante e do feto, embora se oponha ao aborto realizado por razões socioeconômicas (Yam, Dries-Daffner et al. 2006). Entretanto, Kulczycki (2011) destaca que na América Latina, mesmo que a sociedade queira mudanças na legislação acerca do aborto, muitas vezes os governos se abstêm da discussão, por considerá-la delicada e não muito produtiva em termos de ganhos políticos (Kulczycki 2011).

2.2.2. Métodos de aferição da prática de aborto em contextos de ilegalidade

Os autores do livro *Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos* destacam que trabalhar com o tema do aborto no Brasil é um desafio para qualquer pesquisa, pois não existe nada que garanta legalmente o sigilo das informações coletadas (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009). Entretanto, de acordo com Osis et al. (1996), não é só a ilegalidade da prática que influencia a declaração da indução de aborto, pois são poucos os casos de mulheres, médicos ou aborteiras que tenham ido a julgamento. Segundo esses autores, outras razões se somam à ilegalidade, provocando o subrelato, como “*o significado da gravidez indesejada e da sua interrupção no imaginário da mulher*” (Osis, Hardy et al., 1996, página 450) (Osis, Hardy et al. 1996).

Portanto, em contextos nos quais a prática de aborto é ilegal, como no caso do Brasil, torna-se bastante difícil estimar sua real prevalência. As estimativas da prevalência de aborto variam de acordo com fatores sócio-demográfico e econômicos e também pelas metodologias utilizadas para sua aferição.

Assim, Rossier (2003) descreveu os requisitos metodológicos e os vieses de oito metodologias e concluiu que não existe um padrão-ouro para se pesquisar aborto. Segundo essa autora, diferentes métodos se aplicam para diferentes contextos e para diferentes objetivos (Rossier 2003).

Um estudo mexicano avaliou quatro diferentes metodologias (técnica de resposta ao azar, questionários auto-administrados, entrevistas por computador auto-administradas e entrevistas face a face), em três amostras distintas (pacientes hospitalizadas na Cidade do México, mulheres rurais em Chiapas e mulheres randomicamente escolhidas, que faziam parte de uma pesquisa domiciliar, na Cidade do México). Quando foram pesquisadas tentativas de aborto, o melhor método foi a técnica de resposta ao azar, seguida pelos questionários auto-administrados, entrevistas por computador auto-administradas e entrevistas face a face. Entretanto, quando a questão de pesquisa foi acerca de gravidezes que de fato terminaram em aborto, os resultados variaram um pouco mais: em Chiapas, os questionários auto-administrados obtiveram as maiores taxas de aborto; na pesquisa domiciliar, foram as entrevistas por computador auto-administradas; e, no hospital, as entrevistas por computador auto-administradas foram um pouco melhores na obtenção de taxas de aborto que as entrevistas face a face (Lara, Strickler et al. 2004). No Brasil, uma pesquisa com 3002 mulheres de 15 a 49 anos, residentes na zona urbana de Pelotas, encontrou uma grande diferença na prevalência de aborto provocado quando se compararam respostas obtidas através do método da urna (7,2% de aborto induzido) e do método de questões indiretas (3,8%) (Olinto and Moreira Filho Dde 2004). Neste mesmo sentido, um estudo realizado em São Paulo mostrou que a declaração de aborto provocado no último ano teve uma taxa de 1 a cada 1000 mulheres, com o uso de entrevistas face a face com perguntas diretas, e de 42 a cada 1000 mulheres, com o uso da técnica de respostas randomizadas (Souza e Silva and Vieira 2009).

Uma revisão de dados empíricos sobre a metodologia de pesquisa baseada no auto-relato da ocorrência de aborto concluiu que há uma variação muito grande da subestimação das taxas de aborto através dessa metodologia, quando comparada com estatísticas nacionais ou com registros hospitalares (ambas consideradas padrão-ouro para comparação). Essa variação faz com que as taxas de resposta positiva à pergunta sobre a prática de aborto variem de 5% a 60% em comparação com o padrão-ouro, podendo ser mais altas em contextos com altas taxas de aborto e leis não restritivas (chegando a 70%). A subestimação das taxas de aborto encontrada nesses estudos deve-se não só à ilegalidade da prática (pois alguns países nos quais foram realizadas as pesquisas tinham leis permissivas ao aborto), mas à maior dificuldade de acesso às mulheres que abortam (em comparação com as que não abortam), à maior relutância em participar de pesquisas, ao viés de memória e à reprovação social do aborto em muitas sociedades (Rossier 2003).

2.2.3. Panorama sobre a prática de aborto induzido no mundo e no Brasil

Em 2008, mundialmente ocorreram cerca de 210 milhões de gestações, sendo 40% delas não planejadas (Alan Guttmacher Institute 2008). Do total de gravidezes, 16% resultaram em nascimentos não planejados e 21% em aborto induzido (Alan Guttmacher Institute 2008, Sedgh, Singh et al. 2012). Enquanto nos países desenvolvidos, 26% do total de gestações findaram em aborto induzido, em 2008, nos países em desenvolvimento 20% delas tiveram o mesmo desfecho (Sedgh, Singh et al. 2012).

No que tange ao número de abortos induzidos por ano no mundo, ele situava-se em torno de 43,8 milhões em 2008, em comparação com cerca de 41,6 milhões em 2003 e 45,6 milhões em 1995 (Sedgh, Singh et al. 2012). Assim, em 2008, uma a cada cinco gestações foi finalizada em aborto provocado (Alan Guttmacher Institute 2008).

Entre 2003 e 2008, houve um declínio de cerca de 600 mil abortos nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento houve um aumento de 2,8 milhões de abortos. Os países em desenvolvimento passaram a responder por 86% de todos os abortos praticados no mundo em 2008, em comparação com 78% em 2003. Nesse mesmo período, a população de

mulheres em idade reprodutiva nesses países passou de 80% para 84% da população mundial (Sedgh, Singh et al. 2012).

Apesar do aumento no número total de abortos, as taxas caíram de 35 abortos por 1000 mulheres entre 15 e 44 anos, em 1995, para 29, em 2003, chegando a 28, em 2008. Essas taxas foram de 24 abortos por 1000 mulheres em idade reprodutiva nos países desenvolvidos e de 29 por 1000 mulheres em idade reprodutiva em países em desenvolvimento (Sedgh, Singh et al. 2012). O declínio acentuado nas taxas de aborto entre 1995 e 2003, seguido por uma estabilização entre 2003 e 2008, parece seguir tendência inversa ao uso de contracepção, que aumentou entre os anos de 1990 e 2000, mas não apresentou mudanças entre 2000 e 2009, especialmente nos países em desenvolvimento (Sedgh, Singh et al. 2012). Assim, o número total de abortos tem tendido a diminuir em contextos nos quais métodos contraceptivos eficazes estão disponíveis e são utilizados.

Do total de abortos realizados no mundo, 49% são feitos de forma insegura (Alan Guttmacher Institute 2008). De acordo com a OMS, um aborto é caracterizado como inseguro pela falta ou inadequação das habilidades do provedor, pelo uso de técnicas perigosas ou por sua realização em locais sem adequação sanitária (World Health Organization 1992). Enquanto o aborto seguro, realizado por profissional treinado e em condições adequadas de higiene tem baixíssimas taxas de morte (0,6 por 100 mil procedimentos, nos Estados Unidos, por exemplo) (Gold and Lindberg 1990), as taxas de morte relacionadas a abortos inseguros variam enormemente, dependendo do treinamento do provedor do aborto, das condições de higiene do local onde o aborto é realizado, do método utilizado, da saúde da mulher e da idade gestacional (World Health Organization 2011b).

Em 2003, 19,7 milhões de gestações terminaram em aborto inseguro, ao passo que, em 2008, foram 21,6 milhões. Neste mesmo período, a proporção de abortos inseguros, dentre todos os abortos, aumentou de 44% para 49%, o que se deve principalmente ao aumento proporcional dos abortos praticados em países em desenvolvimento. Apesar disso, a taxa de aborto inseguro permaneceu estável entre 1995 e 2008 (14 por mil mulheres de 15 a 44 anos) (Alan Guttmacher Institute 2008).

Cerca de metade dos abortos realizados no mundo e 98% dos abortos inseguros ocorrem em países em desenvolvimento. Nesses países, a demanda por contracepção é alta e as legislações são bastante restritivas acerca do aborto (Cohen 2009, Sedgh, Singh et al. 2012). Quase todos os abortos realizados na África (97%) e 65% dos realizados no centro-sul da Ásia são inseguros, mesma situação de apenas 9% dos abortos realizados na Europa (Sedgh, Singh et al. 2012). Na América Latina, 95% dos abortos realizados são considerados inseguros, proporção que se manteve no período de 1995 a 2008 (Alan Guttmacher Institute 2008). Apesar disso, a taxa de abortos inseguros por mil mulheres em idade reprodutiva caiu significativamente na América Latina, entre 1990 e 2008, especialmente na década de 90, devido à combinação do uso de métodos contraceptivos reversíveis eficazes e à falta de acesso a serviços de aborto seguro, além da melhora na qualidade dos dados coletados acerca do aborto induzido (World Health Organization 2011b). Por outro lado, a razão de abortos por nascidos vivos na América Latina apresentou pequeno aumento nesse mesmo período (de 37 para 39 abortos por 100 nascidos vivos) (World Health Organization 2011b).

No que tange à estimação da magnitude da prática de aborto no Brasil, Monteiro e Adesse (2006), utilizando um cálculo proposto pelo Instituto Alan Guttmacher (1994) (The Alan Guttmacher Institute 1994) para estimar o número de abortos induzidos no Brasil entre 1992 e 2005 e tendo por base as internações por abortamento registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram que houve uma redução de 38% no número de abortamentos entre os anos de 1992 e 1996, passando de 1.455.283 para 1.066.993 abortos. Esse número se manteve praticamente estável até o ano de 2005, para o qual foram estimados 1.054.242 abortos. A taxa anual de abortamentos induzidos decresceu de 3,69 para 2,07 por 100 mulheres de 15 a 49 anos, no período estudado (Monteiro and Adesse 2006).

Ainda, de acordo com o estudo de Monteiro e Adesse (2006), quando comparado ao número de nascidos vivos, em 1992, o número de abortos estimado correspondia a 43% dos nascimentos vivos, caindo para 31%, em 1996, e se mantendo praticamente estável até 2005 (30%). Isso, segundo os autores, reflete que a anticoncepção no Brasil ainda não havia sido

suficientemente eficiente para evitar as altas taxas de gravidez indesejada (Monteiro and Adesse 2006). Souza e Silva e Vieira (2009) afirmam que há fortes evidências de que, em um cenário de transição de uma dada taxa de fertilidade para outra bem mais baixa, o recurso ao aborto aumenta bruscamente (Souza e Silva and Vieira 2009). Dado que o número de filhos por mulher no Brasil vem decaindo em todas as regiões do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011), é, portanto, de se esperar que as taxas de aborto no país continuem elevadas.

Diniz e Medeiros (2010), analisando dados da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), uma pesquisa de base populacional, realizada em capitais e regiões metropolitanas do Brasil, com mulheres de 18 a 39 anos, encontraram que 15% das mulheres pesquisadas já realizaram ao menos um aborto ao longo de sua vida. Por ser um evento cumulativo, as proporções variaram de 6% para mulheres com idade entre 18 e 19 anos e 22% entre aquelas com 35 a 39 anos (Diniz and Medeiros 2010).

Por outro lado, Cecatti et al. (2009), estudando dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, pesquisa de base populacional desenvolvida em todo o país, que entrevistou mulheres de 15 a 49 anos, encontraram uma prevalência de 2,4% de aborto provocado, sendo mais frequente no Rio de Janeiro (6,5%) e na região nordeste (3,1%) e menos frequente em São Paulo (1,3%), na região Centro-Oeste (1,3%) e em Minas Gerais e no Espírito Santo (1,2%) (Cecatti, Guerra et al. 2010).

2.2.4. Fatores associados à prática de abortos induzido

Figuram entre fatores mais frequentemente associados à prática de aborto em diversos contextos, a idade (Sihvo, Bajos et al. 2003, Shah and Ahman 2004, Abigail and Power 2008, Edmeades, Lee-Rife et al. 2010, Center for Disease Control and Prevention 2011), cor de pele (não branca) (Barrett, Peacock et al. 1998, Center for Disease Control and Prevention 2011), a alta escolaridade, estar desempregada ou em situação empregatícia que não condiga com a chegada de um filho, ter piores condições socioeconômicas (Bankole, Singh et al. 1998, Sihvo, Bajos et al. 2003, Lee, Clements et al. 2004), maior número de gestações, maior taxa de fertilidade (Abigail and Power 2008), maior número de filhos (Bankole, Singh et al. 1998, Barrett, Peacock et

al. 1998, Sihvo, Bajos et al. 2003, Rede Feminista de Saúde 2005, Abigail and Power 2008), estar solteira (Barrett, Peacock et al. 1998, Fischer, Stanford et al. 1999, Tornbom, Ingelhammar et al. 1999, Kroelinger and Oths 2000, Zabin, Huggins et al. 2000, Sihvo, Bajos et al. 2003, Santelli, Speizer et al. 2006, Abigail and Power 2008, Center for Disease Control and Prevention 2011), em um relacionamento instável (Sihvo, Bajos et al. 2003) ou não ter o apoio do parceiro para continuar a gestação (Bankole, Singh et al. 1998), ter maior número de parceiros sexuais (Barrett, Peacock et al. 1998), ter feito uso de drogas pelo menos uma vez na vida (Coleman, Reardon et al. 2002, Martino, Collins et al. 2006) e ser a favor da prática de aborto (Barrett, Peacock et al. 1998).

No que se refere à idade, um estudo que compilou diversas publicações acerca da temática do aborto inseguro indicou que dois terços das mulheres que abortaram na América Latina tinham entre 15 e 29 anos, com o pico estando entre 20 e 24 anos. A proporção idade-específica varia muito pouco no intervalo que vai dos 15 aos 39 anos (em torno de 30 abortos por 100 nascidos vivos), alcançando um pico de 80 por 100 nascidos vivos no intervalo entre 40 e 44 anos. No que se refere à taxa de aborto inseguro por 1000 mulheres em idade reprodutiva, o pico situa-se nos 20 anos (40 abortos por 1000 mulheres em idade reprodutiva), decrescendo com a idade. Assim, o número cumulativo de abortos por mulher aos 44 anos é de 0,8 na América Latina, em comparação com 0,7 na África e 0,6 na Ásia (Shah and Ahman 2004). Outros fatores apresentam variações entre os diferentes estudos.

No Brasil, a associação entre a idade da mulher e a prática de aborto é de difícil interpretação devido às diferentes classificações etárias adotadas nos estudos. Apesar desta limitação, estudos realizados tanto em contextos hospitalares (Fonseca, Misago et al. 1998), quanto envolvendo amostras representativas da população brasileira (Diniz and Medeiros 2010), e uma compilação de estudos proposta pelo Ministério da Saúde sobre pesquisas sobre aborto desenvolvidas nas últimas décadas (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009) apontam que a prática é mais frequente na faixa etária de 20 a 29 anos.

Além disso, há que se considerar que a decisão pelo término da gestação pode resultar de diferentes motivações em diferentes faixas etárias. Sihvo et al. (2003), estudando uma amostra representativa da população de mulheres francesas de 18 a 44, mostraram que entre as mais jovens (menores de 25 anos), ser solteira, ter maior nível educacional (tanto a mulher quanto o parceiro), estar estudando e considerar o período inadequado para um gravidez por causa da situação empregatícia foram fatores associados com a mais frequente prática de aborto. Entre mulheres de 25 a 34 anos, esses autores mostraram que ter um filho diminui o risco de aborto, enquanto dois ou mais parece aumentar, bem como estar em um relacionamento afetivo-sexual instável e ter parceiro com maior nível educacional. Por fim, entre as mulheres mais velhas (com mais de 35 anos), estar em um relacionamento instável, considerar o período inadequado para um gravidez por causa do emprego, ter maior nível educacional e estar solteira foram considerados fatores de risco para o término voluntário da gestação (Sihvo, Bajos et al. 2003).

A literatura, entretanto, é divergente quanto à influência da escolaridade e da situação socioeconômica na ocorrência do término voluntário da gestação. Por um lado, um estudo realizado com mulheres francesas, de 18 a 44 anos, sugeriu que aquelas com maior nível educacional e, portanto, mais empoderadas, frente a uma gravidez não planejada recorriam mais frequentemente à prática de aborto (Sihvo, Bajos et al. 2003). Isso é reforçado pelos resultados de um estudo realizado com jovens (menores de 17 anos) britânicas, que mostrou uma relação entre melhor situação econômica e maior proporção de aborto (Lee, Clements et al. 2004). Por outro lado, esses dados contrastam com outros achados desse mesmo estudo francês que apontam que estar estudando, desempregada ou em alguma situação de emprego que não condiga com a chegada de um filho, ou seja, fatores que colocam a mulher em uma situação de maior vulnerabilidade social são fatores de risco para a ocorrência de aborto provocado (Sihvo, Bajos et al. 2003). Nesse mesmo sentido uma revisão de 32 estudos realizados em 27 países, apontou como algumas das principais motivações para a prática de aborto eram razões de ordem socioeconômica, dentre as quais o desemprego, a pobreza, a incapacidade de sustentar uma ou mais uma criança e a interposição da

gravidez na carreira profissional ou na trajetória acadêmica (Bankole, Singh et al. 1998).

No Brasil, a maioria das mulheres que aborta está no mercado de trabalho, especialmente em profissões como o emprego doméstico, o comércio, ofícios manuais (cabeleireira, manicure), além de estudantes (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009, Cecatti, Guerra et al. 2010). Quanto à escolaridade, são principalmente aquelas com menor escolaridade que abortam (Diniz and Medeiros 2010) (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009). Assim, uma síntese produzida pelo Ministério da Saúde acerca dos estudos realizados sobre aborto nos últimos 20 anos no Brasil mostrou que mais da metade das mulheres que aborta tem até 8 anos de escolaridade (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009). Apesar disso, ao contrário do que se imagina, mulheres de classes sociais mais favorecidas e com maior acesso à contracepção também recorrem ao aborto frente a uma gravidez não planejada (Hardy, Rebello et al. 1993, Souza e Silva and Fusco 2009). Nesse sentido, um estudo realizado com mulheres de 18 a 24 anos, em três capitais brasileiras, apontou que quanto maior a escolaridade e a renda, menores as chances de a mulher engravidar, mas, quando frente a uma gravidez indesejada, maiores as chances de a primeira gravidez resultar em aborto (Menezes, Aquino et al. 2006).

Desde a década de 90, o achado de que mulheres que abortaram faziam uso de contracepção tem se repetido entre os estudos realizados no Brasil (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009). Não somente o uso, mas o maior conhecimento e ter tido problemas com métodos contraceptivos também se apresentou associado a mais frequente prática de aborto induzido, em um estudo conduzido em Pelotas, Rio Grande do Sul (Olinto and Moreira-Filho 2006). O fato de as mulheres que abortaram fazerem uso de contracepção e terem outros filhos sugere que o aborto é usado, neste contexto, como “instrumento de planejamento reprodutivo” (Brasil, 2009, página 20) quando ocorrem falhas contraceptivas (Brasil. Ministerio da Saude.

Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009).

A recorrência ao aborto pode sugerir erroneamente uma recusa à maternidade, aspecto muito valorizado em algumas culturas como parte da construção da identidade feminina (Rede Feminista de Saúde 2005), contribuindo para a dificuldade da aceitação do aborto, tanto por profissionais de saúde quanto pela população em geral. Entretanto, diversos estudos apontam que as mulheres que recorrem à prática de aborto já são mães (Bankole, Singh et al. 1998, Barrett, Peacock et al. 1998, Sihvo, Bajos et al. 2003, Abigail and Power 2008). Nesses casos, o aborto é utilizado mais como uma opção contraceptiva do que para retardar o início da vida reprodutiva.

No Brasil, uma compilação dos estudos nacionais realizados nos últimos 20 anos, na temática do aborto provocado, mostrou que a maioria das mulheres que abortaram tinha pelo menos um filho (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009). Da mesma forma, Cecatti et al. (2010), estudando dados da PNDS 1996, mostraram que mulheres que tiveram aborto induzido tinham mais de um filho nascido vivo (Cecatti, Guerra et al. 2010). Entretanto, um estudo realizado em São Paulo, destacou a importância de se analisar a relação entre número de filhos e aborto de forma diferente para mulheres casadas e para solteiras (Souza e Silva and Vieira 2009). Entre as casadas, nesse estudo, a maior proporção de abortos por gravidez ocorreu entre as que faziam uso de métodos eficazes de contracepção, sugerindo que métodos eficazes de contracepção só eram adotados depois que as mulheres alcançavam o número de filhos desejado. Por outro lado, entre as solteiras, não houve diferença na proporção de aborto induzido entre usuárias e não-usuárias de métodos contraceptivos, podendo o aborto ser usado em casos de falha contraceptiva, pelas primeiras, ou como uma forma de controle sobre a fertilidade, pelas últimas (Souza e Silva and Vieira 2009).

A relação entre histórico de abortamento e término de gestações subsequentes parece ser controversa. Enquanto ter tido aborto prévio foi apontado como fator de risco para o término voluntário da gestação, em um estudo realizado com mulheres que buscavam serviços de abortamento, na Finlândia (Heikinheimo, Gissler et al. 2008), dados populacionais das mulheres

que abortaram nos Estados Unidos (EUA) apontam que a maioria das mulheres que procurou clínicas para o término voluntário da gestação reportou não ter tido aborto prévio (Center for Disease Control and Prevention 2011)

Não estar vivendo com parceiro na época da gestação também parece ser um dos motivos que influencia a ocorrência de aborto (Barrett, Peacock et al. 1998, Fischer, Stanford et al. 1999, Tornbom, Ingelhammar et al. 1999, Kroelinger and Oths 2000, Zabin, Huggins et al. 2000, Sihvo, Bajos et al. 2003, Santelli, Speizer et al. 2006, Center for Disease Control and Prevention 2011). Como destacam Tornbom et al. (1999), estudando mulheres suécas com e sem a experiência de aborto, não só a presença do parceiro influencia na decisão pela manutenção ou término da gestação, mas também a estabilidade e a segurança que a mulher encontra no seu relacionamento com o parceiro (Tornbom, Ingelhammar et al. 1999). Assim, quanto mais estável o relacionamento, maior é o peso da opinião do parceiro sobre a decisão do desfecho da gravidez (Tornbom, Ingelhammar et al. 1999, Santelli, Speizer et al. 2006). Isso corrobora com os achados de Moreau et al. (2011), provenientes de um estudo realizado com homens e mulheres franceses, de 18 a 44 anos, que indicam que mulheres que experienciaram o término recente de um relacionamento declaram mais frequentemente a indução de aborto, da mesma forma que relatam maior dificuldade na negociação do uso de preservativo (Moreau, Beltzer et al. 2011). Além disso, Zabin et al. (2000) sugerem que a troca de parceiros entre as diferentes gestações faz com que as mulheres mudem sua opinião sobre o desejo da gravidez (Zabin, Huggins et al. 2000).

No Brasil, o fato de a mulher estar em uma relação conjugal estabelecida tem sido indicado em diversos estudos como sendo um fator protetor para a prática de aborto induzido (Costa, Hardy et al. 1995, Olinto and Moreira-Filho 2006, Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009, Souza e Silva and Vieira 2009). No estudo de Souza e Silva e Vieira (2009), no qual foram entrevistadas 1.749 mulheres de 15 a 49 anos, em São Paulo, foi encontrado que, apesar das mulheres solteiras terem tido menos gravidezes quando comparadas com as casadas, quando elas ficavam grávidas, tinham 10 vezes mais chance de realizar um aborto (Souza e Silva and Vieira 2009). Assim, a taxa encontrada de aborto por mulher foi

semelhante entre as solteiras e as casadas, o que diferiu foi a taxa de aborto por gravidez, que segundo os autores, reflete o acesso à contracepção e varia de acordo com o contexto sócio-econômico (Souza e Silva and Vieira 2009).

Estudos têm mostrado associação entre uso de drogas durante a vida e aborto induzido. Coleman et al. (2002), comparando uma amostra de mulheres representativa das mulheres dos EUA, com e sem histórico de abortamento prévio à gravidez índice, encontraram que aquelas com histórico de abortamento relataram mais frequente uso de drogas (drogas ilícitas, maconha e álcool) durante a gestação atual (Coleman, Reardon et al. 2002). Martino et al. (2006), acompanhando uma coorte de adolescentes recrutadas no sétimo ano de escolas em Oregon e na Califórnia, concluíram que o uso de maconha na adolescência tem impacto direto na maior ocorrência de abortos na vida adulta (até os 29 anos, época em que o seguimento da coorte foi findado) (Martino, Collins et al. 2006).

Outros fatores encontrados por estudos realizados no Brasil como tendo influenciado positivamente a prática de aborto induzido foram conversar com o parceiro íntimo ou com amigos sobre a intenção de fazer o aborto (em comparação com as que conversaram com parentes ou com as que não conversaram com ninguém) (Costa, Hardy et al. 1995) e não ser de cor/raça branca (Cecatti, Guerra et al. 2010). Frequentar religião apresenta resultados contraditórios entre os estudos, o que, em parte, também pode ser devido às diferentes classificações das designações religiosas. Embora alguns estudos tenham apontado na direção de que o risco de abortar é aumentado para aquelas sem religião (Olinto and Moreira-Filho 2006, Cecatti, Guerra et al. 2010), outros não encontraram associação entre essa variável e o desfecho (Diniz and Medeiros 2010).

2.2.5. Morbidade e mortalidade associadas à prática de aborto

Um estudo realizado em 2005 mostrou que entre as cerca de 8,5 milhões de mulheres que experienciaram algum tipo de complicação pós-aborto, em torno de cinco milhões foram hospitalizadas, enquanto o restante (mais de 3 milhões de mulheres) não recebeu tratamento adequado (Singh 2006).

No mesmo ano de 2008, abortos inseguros foram responsáveis por 13% da mortalidade materna no mundo (cerca de 47 mil mortes), especialmente em países do continente africano (World Health Organization 2011b). Em termos globais, o número de mulheres que morreram em decorrência de aborto diminuiu quando comparado a 2003 (ano no qual morreram 56 mil mulheres por complicações pós-aborto), apesar de o número total de abortos ter aumentado (World Health Organization 2011b). Isso indica que a mortalidade relacionada ao procedimento tem diminuído, o que pode ser consequência do aumento do número de abortos medicamentosos (Alan Guttmacher Institute 2008). No Brasil, uma compilação de estudos feita pelo Ministério da Saúde sobre estudos acerca do aborto induzido nos últimos 20 anos, mostrou que a maioria das mulheres que realizou aborto, o fez através do uso de misoprostol² (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009).

Assim, em 2008, a taxa de mortes por aborto inseguro no mundo situava-se em torno de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos, variando de 0,7 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos (4% do total de mortes), a 40 por 100 mil nascidos vivos nos países em desenvolvimento (correspondendo a 13% das mortes maternas). Na América Latina, essa taxa era de cerca de 10 mortes por 100 mil nascidos vivos, correspondendo a 12% das causas de morte materna. Avaliando-se caso fatalidade, ou seja, o número de mulheres que morreram devido a abortos inseguros dividido pelo número de abortos inseguros, as taxas mundiais se situavam em torno de 220 mortes por 100 mil abortos inseguros, variando de 20 mortes por 100 mil procedimentos na América Central e do Sul a 520 e 540 por 100 mil procedimento, no Leste e Oeste da África, respectivamente (World Health Organization 2011b).

No Brasil, o próprio Ministério da Saúde, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, destaca que, apesar de a gravidez e o aborto não figurem entre as 10 principais causas de mortes de mulheres em idade

² O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E, introduzido no Brasil em 1984 e licenciado para o tratamento de úlcera gástrica e duodenal, mas que ganhou popularidade por suas propriedades abortivas. Em 1998, a Portaria nº344, publicada pelo Ministério da Saúde, limitou sua compra e uso a estabelecimentos hospitalares credenciados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária Mengue, S. S. and S. Dal Pizzol Tda (2008). "[Misoprostol, abortion and congenital malformations]." Rev Bras Ginecol Obstet **30**(6): 271-273..

reprodutiva, preocupa o fato de que 92% das mortes relacionadas a essas causas poderiam ser evitadas (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004).

Uma pesquisa de abrangência nacional sobre o tema, realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2002, mostrou que 11,4% dos óbitos maternos no primeiro semestre daquele ano deviam-se a complicações decorrentes da prática de aborto, o que colocava o término voluntário da gestação como a quarta causa de morte (Laurenti, Jorge et al. 2004). Victora et al. (2011), mostraram, com base em registros disponíveis no DATASUS (banco de dados do Sistema Único de Saúde), que o aborto era a terceira causa de mortalidade materna, responsável pela mesma porcentagem de óbitos que hemorragias (8%) (Victora, Aquino et al. 2011). Entretanto, dados do Ministério da Saúde apontaram que a mortalidade por aborto vem caindo. Em 2010, o aborto era a quinta causa mais comum de mortalidade materna, sendo responsável por 4,6% do total de óbitos (Brasil 2012).

O Dossiê Aborto: Mortes Previníveis e Evitáveis (2005), resultante de uma pesquisa que teve como objetivo traçar o perfil das mulheres que morreram por abortamento no Brasil, entre 1999 e 2002, destacou que, de acordo com dados do DATASUS, meninas de até 15 anos e mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos tinham maior peso na mortalidade por aborto que na morbidade (Rede Feminista de Saúde 2005). Além disso, o mesmo dossiê, analisando óbitos por abortos provenientes de fontes específicas, mostrava que as mulheres negras e as de menor escolaridade ou de escolaridade ignorada, eram as que mais frequentemente morriam por aborto (Rede Feminista de Saúde 2005).

Não só a mortalidade por aborto, mas também a qualidade da atenção que é prestada a mulheres em processo de abortamento é preocupante. Assim, um estudo realizado em três capitais do nordeste, com mulheres internadas em decorrência de abortamento (espontâneo ou provocado), mostrou que a atenção prestada encontra-se muito aquém das normas brasileiras e internacionais, com ênfase nas práticas curativas e negligência das preventivas e das que reforçam a autonomia reprodutiva das mulheres (Aquino, Menezes et al. 2012). Faltam informações sobre os procedimentos, o manejo da dor deixa

a desejar e a técnica adotada (curetagem) traz consigo maiores riscos à saúde da mulher (Aquino, Menezes et al. 2012).

2.2.6. Aborto entre MVHA

Segundo documento elaborado pelo Instituto Alan Guttmacher, juntamente com a UNAIDS, não há evidências de que o aborto, tanto cirúrgico quanto medicamentoso, tenha maior risco para a saúde das MVHA que entre as MNVHA. Entretanto, esse mesmo documento destaca que o aborto inseguro, por outro lado, pode apresentar risco aumentado de infecção e sangramento para essas mulheres (Guttmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2006).

Os estudos que relacionam a prática de aborto a estar vivendo com HIV ainda são escassos e divergem quanto à direção da associação. Além disso, a maioria deles foi desenvolvido em contextos nos quais a prática de aborto é segura e permitida por lei. Assim, antes da introdução do uso de AZT para a prevenção da transmissão vertical do HIV, estudos realizados em países nos quais a prática de aborto induzido é legal encontraram resultados bastante heterogêneos. Johnstone et al. (1990), estudando 163 mulheres usuárias de drogas injetáveis ou que tinham parceiro usuário de drogas injetáveis, em Edimburgo, quanto à decisão por terminar a gestação, não encontraram diferença estatisticamente significativa entre MVHA e MNVHA. Apesar disso, estes autores notaram uma tendência maior ao término voluntário da gestação entre MVHA (Johnstone, Brettle et al. 1990). Thackway et al. (1997), entrevistando 294 mulheres australianas vivendo com HIV, concluíram que elas tinham maior chance de findar suas gravidezes em aborto, quando comparadas a mulheres da população em geral (Thackway, Furner et al. 1997). Por outro lado, Hankins et al. (1998), estudando MVHA do Canadá e comparando-as antes e após o diagnóstico, encontraram que a incidência de aborto terapêutico nas gravidezes concebidas nas vinte semanas anteriores ao diagnóstico (10,6/100 por ano) foi mais do que o triplo da incidência nas gravidezes concebidas nas 20 semanas após o diagnóstico (3,1/100 por ano). Os autores deste último estudo, entretanto, discutem que talvez a taxa mais elevada de aborto no período imediatamente anterior ao diagnóstico se deva ao conhecimento do diagnóstico e a conseqüente mudança da percepção sobre a

própria gravidez, que no novo contexto passa a ser indesejada (Hankins, Tran et al. 1998).

Já na era do Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PPTV), Bui et al. (2010), explorando decisões reprodutivas de MVHA de duas províncias vietnamitas, encontraram que, em relação à última gestação, 68% das mulheres que sabiam ser portadoras de HIV tiveram aborto induzido, mesma situação de 22% das que não sabiam que eram portadoras (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Por outro lado, Todd et al. (2006), estudando 45 profissionais do sexo vivendo com HIV e 403 não vivendo com HIV no Uzbequistão não encontraram associação entre estar vivendo com HIV e ter tido aborto induzido (Todd, Alibayeva et al. 2006). Em ambos os contextos, o aborto é seguro e permitido por lei.

Quanto à tendência temporal, um estudo de base populacional desenvolvido no Reino Unido e na Irlanda, que incluiu todas as gestações de MVHA, apontou que a prática de aborto provocado decresceu de 29,6%, em 1990, para 3,4% em 2004-2006, e que foi 2,6 vezes mais comum entre as mulheres cujo diagnóstico foi dado antes da gestação, do que entre aquelas diagnosticadas durante o pré-natal (Townsend, Cortina-Borja et al. 2008). No estudo de Bui et al. (2010), desenvolvido no Vietnã, entre as mulheres que engravidaram sabendo ser portadoras, também houve uma diferença bastante grande na prevalência de aborto antes e após a introdução do PPTV (no ano de 2004). Antes desse protocolo, 75% das gestações findavam em aborto, mesma situação de 50% das gestações, após sua implantação (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Nesse mesmo sentido, uma pesquisa desenvolvida em dois hospitais escola do sul da França, analisando 937 MVHA, reforça a ideia de que houve um decréscimo da proporção de gestações que foi findada em aborto provocado após a introdução da profilaxia com AZT para evitar a transmissão vertical, em 1997 (mostrando queda de 59,4% para 37,5%) (Bongain, Berrebi et al. 2002).

No Brasil, foram realizadas poucas pesquisas com o intuito de entender a relação entre HIV e aborto. Friedman et al. (2011), estudaram uma coorte composta somente por MVHA no Rio de Janeiro e encontraram uma prevalência de aborto de 31,0% naquela população, no período estudado, após o diagnóstico de HIV (Friedman, Bastos et al. 2011). O maior estudo realizado

nesta temática, no entanto, envolveu 1.777 MVHA e 2.045 MNVHA e foi realizado em 13 cidades brasileiras, através de amostragem de conveniência em serviços públicos de atenção à saúde da mulher e mostrou uma prevalência de 17,5% de aborto induzido entre mulheres soropositivas para o HIV, enquanto entre as soronegativas, a prevalência encontrada no mesmo estudo foi de 10,4%. Entretanto, essa associação entre estar vivendo com HIV e ter relatado histórico de aborto induzido foi desfeita na análise multivariável, após a introdução da variável referente ao número de parceiros (Barbosa, Pinho et al. 2009).

No que tange aos fatores associados à prática de aborto, estudos realizados em diferentes contextos apontam que eles são basicamente os mesmo que para MNVHA, como ser solteira (Bongain, Berrebi et al. 2002), ter mais de 30 anos (Bui, Gammeltoft et al. 2010), estar trabalhando (Bui, Gammeltoft et al. 2010) e ter gravidezes anteriores (Bongain, Berrebi et al. 2002, Florida, Tamburrini et al. 2010). Outros fatores específicos de MVHA, como ter parceiro vivendo com HIV ou com sorologia desconhecida (Bongain, Berrebi et al. 2002), ter sido diagnosticada antes da introdução do PMTCT (van Bentem, de Vincenzi et al. 2000, Bui, Gammeltoft et al. 2010) e em casos nos quais a mulher se percebe como tendo más condições de saúde (Kline, Strickler et al. 1995) também estão associados a mais frequente prática de aborto em diferentes países, nos quais sua prática é legal. Por outro lado, a falta de sintomas clínicos ou a alta contagem de linfócitos T CD4+ (Johnstone, Brettle et al. 1990, Florida, Tamburrini et al. 2010), o conhecimento de casos de gestações cujos bebês nasceram sem o vírus (Johnstone, Brettle et al. 1990) e ter adquirido o vírus por via sexual (Bongain, Berrebi et al. 2002) parecem estar associados à prática menos frequente do término voluntário da gestação.

No Brasil, um estudo realizado em 13 cidades encontrou associação entre aborto induzido e ser mais velha, se auto-declarar não branca, residir na região norte do país, ter até 17 anos na primeira relação, ter tido três ou mais parceiros na vida, ter usado drogas ilícitas e auto-referir a ocorrência de DST, tanto em MVHA quanto em MNVHA. Para as MVHA, residir nas regiões sudeste e nordeste também esteve associado com o relato de aborto induzido (Barbosa, Pinho et al. 2009).

Após o diagnóstico, muitas razões são alegadas por MVHA para a realização do aborto, dentre elas o medo de a própria mulher ou seu companheiro não viver por muito tempo, a incerteza sobre o futuro da criança, o medo e a culpa da transmissão vertical do HIV e preocupações com sua própria saúde, além de razões socioeconômicas (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010). Corrobora com isso o fato de que, a despeito de a maternidade ser uma característica bastante ligada a construção da feminilidade em algumas sociedades, a gravidez por MVHA é desencorajada, especialmente através da afirmação de que MVHA são irresponsáveis, pois engravidam mesmo sabendo de seu frágil estado de saúde e a despeito de toda a oferta de contracepção disponível (Orner, de Bruyn et al. 2010)

Assim, de acordo com o estudo de Bui et al. (2010), no Vietnã, a principal razão alegada por mulheres que se sabiam portadoras do HIV para finalizar a gravidez foi o medo da transmissão vertical (em 74,6% dos casos), seguida por razões socioeconômicas (10,4%) (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Isso, aliado ao fato de que as mulheres que tiveram diagnóstico posterior à implantação do PPTV recorreram com menor frequência à prática de aborto, pode indicar que a redução das chances de infectar o feto faz com que as mulheres reconsiderem a possibilidade de levar adiante a gestação. (Bui, Gammeltoft et al. 2010).

Por outro lado, um estudo desenvolvido na Argentina, onde o aborto é ilegal, no qual foram entrevistados 841 homens e mulheres acima de 15 anos, que se sabiam portadores de HIV há mais de seis meses, encontrou uma prevalência de 8,4% de aborto induzido em gestações posteriores ao diagnóstico de HIV, sendo apenas 1,7% delas devidas ao status de soropositividade para o HIV e 6,7% devidas a outros fatores (Gogna, Pecheny et al. 2009). Nesse mesmo sentido, Johnstone et al. (1990), estudando mulheres que engravidaram sabendo-se portadoras do HIV, mulheres que tiveram o diagnóstico durante a gestação e mulheres que não estavam vivendo com o vírus HIV, concluíram que se a gravidez for desejada, ela será mantida a despeito do conhecimento sobre o diagnóstico de HIV. Ou seja, o desejo de engravidar supera o medo da transmissão vertical (Johnstone, Brettle et al. 1990).

3. Objetivos

Objetivo geral:

Investigar como o diagnóstico de HIV influencia a decisão pela interrupção da gestação entre mulheres vivendo com HIV/Aids.

Objetivos específicos:

- Identificar a relação entre aborto provocado e a infecção pelo HIV;
- Determinar a prevalência de aborto induzido e fatores associados em mulheres vivendo com HIV;
- Compreender as características do aborto após o diagnóstico entre mulheres vivendo com HIV/Aids.

4. Referências bibliográficas

Abigail, W. and C. Power (2008). "A systematic review of trend studies of women seeking termination of pregnancy." J Clin Nurs **17**(22): 2951-2962.

Acosta, L. M. W., C. O. Kieling and G. B. Winkler (2013). "A Transmissão Vertical do HIV em Porto Alegre: Cenário Atual e Perspectivas de Mudança." Boletim Epidemiológico de Porto Alegre **Ano XV**(51): 8.

Alan Guttmacher Institute (2008). Facts on Induced Abortion Worldwide. New York, Allan Guttmacher Institute: 2.

Allen, C. F., Y. Simon, J. Edwards and D. T. Simeon (2010). "Factors associated with condom use: economic security and positive prevention among people living with HIV/AIDS in the Caribbean." AIDS Care **22**(11): 1386-1394.

Aquino, E. M., G. Menezes, T. V. Barreto-de-Araujo, M. T. Alves, S. V. Alves, C. de Almeida Mda, E. Schiavo, L. P. Lima, C. A. de Menezes, L. F. Marinho, L. C. Coimbra and O. Campbell (2012). "[Quality of abortion care in the Unified Health System of Northeastern Brazil: what do women say?]." Cien Saude Colet **17**(7): 1765-1776.

Ayiga, N. (2012). "Rates and predictors of consistent condom-use by people living with HIV/AIDS on antiretroviral treatment in Uganda." J Health Popul Nutr **30**(3): 270-280.

Bankole, A., S. Singh and T. Haas (1998). "Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries." International Family Planning Perspectives **24**(3): 117-152.

Barbosa, R. M., A. Pinho, N. S. Santos, E. Filipe, W. Villela and T. Aidar (2009). "[Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil]." Cien Saude Colet **14**(4): 1085-1099.

Barbosa, R. M., W. V. Villela and A. P. Uziel (1995). "Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de AIDS." Physis: Revista de Saúde Coletiva **5**: 99-108.

- Barrett, G., J. Peacock and C. R. Victor (1998). "Are women who have abortions different from those who do not? A secondary analysis of the 1990 national survey of sexual attitudes and lifestyles." Public health **112**(3): 157-163.
- Bastos, F. I. (2001). A Feminizacão da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA).
- Blair, J. M., D. L. Hanson, J. L. Jones and M. S. Dworkin (2004). "Trends in pregnancy rates among women with human immunodeficiency virus." Obstetrics and Gynecology **103**(4): 663-668.
- Boland, R. and L. Katzive (2008). "Developments in laws on induced abortion: 1998-2007." Int Fam Plan Perspect **34**(3): 110-120.
- Bongain, A., A. Berrebi, E. Marine-Barjoan, B. Dunais, M. Thene, C. Pradier and J. Y. Gillet (2002). "Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **104**(2): 124-128.
- Brasil (2011). Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde and Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. Brasília: 130.
- Brasil (2012). Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde and Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, Editora do Ministério da Saúde: 444.
- Brasil (2013). Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde and Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. Brasília: 68.
- Brasil, Ministério da Saúde and Saúde da Mulher (1998). Assistência Pré-Natal. Normas e Manuais Técnicos. M. d. Saúde. Brasília: 69.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, A. e. H. V. (2007). Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST. Brasília, Ministério da Saúde: 32.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. (2009). Aborto e Saude Publica no Brasil: 20 anos. M. d. Saude. Brasília, Ministerio da Saude: 427.

Brazil (1940). Decree-Law No. 2.848, of December 7, 1940. Brasília, Presidency of Republic. **2.848**.

Brazil. Ministry of Health. (2011). Casos de Aids identificados no Rio Grande do Sul: frequencia por faixa etaria e sexo.

Buglione, S. (2002). Reprodução e Sexualidade – Uma questão de Justiça. Porto Alegre.

Bui, K. C., T. Gammeltoft, T. T. Nguyen and V. Rasch (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam." Trop Med Int Health **15**(10): 1172-1178.

Bui, K. C., N. T. Hanh, V. Rasch and T. Gammeltoft (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Northern Vietnam: exploring reproductive dilemmas." Cult Health Sex **12 Suppl 1**: S41-54.

Cataldo, F. (2008). "New forms of citizenship and socio-political inclusion: accessing antiretroviral therapy in a Rio de Janeiro favela." Sociol Health Illn **30**(6): 900-912.

Cecatti, J. G., G. V. Guerra, M. H. Sousa and G. M. Menezes (2010). "[Abortion in Brazil: a demographic approach]." Rev Bras Ginecol Obstet **32**(3): 105-111.

Center for Disease Control and Prevention (2011). Abortion Surveillance — United States, 2008. Atlanta, Center for Disease Control and Prevention,.

Chen, J. L., K. A. Philips, D. E. Kanouse, R. L. Collins and A. Miu (2001). "Fertility desires and intentions of HIV-positive men and women." Fam Plann Perspect **33**(4): 144-152, 165.

Cohen, S. A. (2009). "Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide." Guttmacher Policy Review **12**(4): 5.

Coleman, P. K., D. C. Reardon, V. M. Rue and J. Cogle (2002). "A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term." Am J Obstet Gynecol **187**(6): 1673-1678.

Cooper, D., J. Harries, L. Myer, P. Orner, H. Bracken and V. Zweigenthal (2007). "'Life is still going on": reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa." Soc Sci Med **65**(2): 274-283.

Correa, S. and M. B. Ávila (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. E. Berquó. Campinas, Editora da Unicamp/NEPO: 17-73.

Costa, R. G., E. Hardy, M. J. Osis and A. Faundes (1995). "[The decision to abort: the process and feelings involved]." Cad Saude Publica **11**(1): 97-105.

DATASUS (2014). Casos de aids identificados no Brasil: frequência por categoria de exposição segundo região/UF de residência.

Delvaux, T. and C. Nostlinger (2007). "Reproductive choice for women and men living with HIV: contraception, abortion and fertility." Reprod Health Matters **15**(29 Suppl): 46-66.

Diniz, D. and M. Medeiros (2010). "[Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique]." Cien Saude Colet **15 Suppl 1**: 959-966.

Duarte, G. A., M. J. D. Osis, A. Faundes and M. H. d. Sousa (2010). "Brazilian abortion law: the opinion of judges and prosecutors." Revista de saude publica **44**(3): 406-420.

Edmeades, J., S. M. Lee-Rife and A. Malhotra (2010). "Women and reproductive control: the nexus between abortion and contraceptive use in Madhya Pradesh, India." Studies in family planning **41**(2): 75-88.

EngenderHealth and Unfpa (2008). Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Nova York: EngenderHealth e Brasília, DF:, Unfpa.

European Centre for Disease Prevention and Control (2011). HIV/AIDS surveillance in Europe 2010, European Centre for Disease Prevention and Control.

Faundes, A., G. A. Duarte, J. A. Neto and M. H. de Sousa (2004). "The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy." Reproductive Health Matters **12**(24 Suppl): 47-56.

Figueiredo, R. and J. R. Ayres (2002). "[Community based intervention and reduction of women's vulnerability to STD/AIDS in Brazil]." Rev Saude Publica **36**(4 Suppl): 96-107.

Fiore, S., I. Heard, C. Thorne, V. Savasi, O. Coll, R. Malyuta, T. Niemiec, P. Martinelli, C. Tibaldi and M. L. Newell (2008). "Reproductive experience of HIV-infected women living in Europe." Hum Reprod **23**(9): 2140-2144.

Fisch, P., L. B. Teixeira, F. B. Pilecco, A. Vigo and D. Knauth (2013). Diagnóstico de HIV/Aids e o Uso de Antirretrovirais em Mulheres Usuárias dos Serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre. in: Fisch, P. Diagnóstico de HIV/Aids e o Uso de Antirretrovirais em Mulheres Usuárias dos serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre (dissertação). Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 73.

Fischer, R. C., J. B. Stanford, P. Jameson and M. J. DeWitt (1999). "Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy." J Fam Pract **48**(2): 117-122.

Florida, M., E. Tamburrini, C. Tibaldi, G. Anzidei, M. L. Muggiasca, A. Meloni, B. Guerra, A. Maccabruni, A. Molinari, A. Spinillo, S. Dalzero and M. Ravizza (2010). "Voluntary pregnancy termination among women with HIV in the HAART era (2002-2008): a case series from a national study." AIDS Care **22**(1): 50-53.

Fonseca, W., C. Misago, P. Freitas, E. Santos, L. Fernandes and L. Correia (1998). "Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil." Cadernos de Saúde Pública **14**(2): 279-286.

Friedman, R. K., F. I. Bastos, I. C. Leite, V. G. Veloso, R. I. Moreira, S. W. Cardoso, A. C. Andrade, M. C. Sampaio, J. Currier and B. Grinsztejn (2011). "Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil." Rev Saude Publica **45**(2): 373-381.

Fundação Oswaldo Cruz (2012). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro, Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República,.

Gogna, M. L., M. M. Pecheny, I. Ibarlucia, H. Manzelli and S. B. Lopez (2009). "The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives." Soc Sci Med **69**(6): 813-820.

Gold, R. B. and L. D. Lindberg (1990). Abortion and women's health: A turning point for America?, Alan Guttmacher Institute.

Grangeiro, A., M. M. Escuder and J. C. Pereira (2012). "Late entry into HIV care: lessons from Brazil, 2003 to 2006." BMC Infect Dis **12**: 99.

Gruskin, S., R. Firestone, S. Maccarthy and L. Ferguson (2008). "HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs?" Am J Public Health **98**(10): 1746-1750.

Guttmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2006). Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs Of People Living with HIV. New York: 4.

Hankins, C., T. Tran and N. Lapointe (1998). "Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian Women's HIV Study Group." J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol **18**(5): 479-487.

Hardy, E., I. Rebello and A. Faundes (1993). "[Abortion among female students and employees of a Brazilian university]." Rev Saude Publica **27**(2): 113-116.

Heikinheimo, O., M. Gissler and S. Suhonen (2008). "Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion." Contraception **78**(2): 149-154.

IBOPE (2003). Pesquisa de Opinião Pública sobre o Aborto, Comissão de Cidadania e Reprodução 39.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, IBGE.

- Johnstone, F. D., R. P. Brettler, L. R. MacCallum, J. Mok, J. F. Peutherer and S. Burns (1990). "Women's knowledge of their HIV antibody state: its effect on their decision whether to continue the pregnancy." BMJ **300**(6716): 23-24.
- Kanniappan, S., M. J. Jeyapaul and S. Kalyanwala (2008). "Desire for motherhood: exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood." AIDS Care **20**(6): 625-630.
- King, R., D. Katuntu, J. Lifshay, L. Packel, R. Batamwita, S. Nakayiwa, B. Abang, F. Babirye, P. Lindkvist, E. Johansson, J. Mermin and R. Bunnell (2008). "Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda." AIDS Behav **12**(2): 232-243.
- Kline, A., J. Strickler and J. Kempf (1995). "Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women." Soc Sci Med **40**(11): 1539-1547.
- Kroelinger, C. D. and K. S. Oths (2000). "Partner support and pregnancy wantedness." Birth **27**(2): 112-119.
- Kulczycki, A. (2011). "Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments." Stud Fam Plann **42**(3): 199-220.
- Lara, D., J. Strickler, C. Díaz Olavarrieta and C. Ellertson (2004). "Measuring Induced Abortion in Mexico: A Comparison of Four Methodologies." Sociological Methods & Research **32**(4): 529-558.
- Laurenti, R., M. H. P. d. M. Jorge and S. L. D. Gottlieb (2004). "A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste." Revista Brasileira de Epidemiologia **7**: 449-460.
- Lee, E., S. Clements, R. Ingham and N. Stone (2004). A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood. York, University of Southampton.
- Lopes, F., C. M. Buchalla and J. R. d. C. M. Ayres (2007). "Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil." Revista de Saúde Pública **41**: 39-46.
- Malta, M., F. I. Bastos, C. M. da Silva, G. F. Pereira, F. F. Lucena, M. G. Fonseca and S. A. Strathdee (2009). "Differential survival benefit of universal

HAART access in Brazil: a nation-wide comparison of injecting drug users versus men who have sex with men." J Acquir Immune Defic Syndr **52**(5): 629-635.

Malta, M. and C. Beyrer (2013). "The HIV epidemic and human rights violations in Brazil." J Int AIDS Soc **16**: 18817.

Martino, S. C., R. L. Collins, P. L. Ellickson and D. J. Klein (2006). "Exploring the link between substance abuse and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy." Perspect Sex Reprod Health **38**(2): 66-75.

Mattar, L. D. and C. S. G. Diniz (2012). "Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights." Interface - Comunicação, Saúde, Educação **16**(40): 107-119.

Menezes, G. M. S., E. M. L. Aquino and D. O. d. Silva (2006). "Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy." Cadernos de Saúde Pública **22**: 1431-1446.

Mengue, S. S. and S. Dal Pizzol Tda (2008). "[Misoprostol, abortion and congenital malformations]." Rev Bras Ginecol Obstet **30**(6): 271-273.

Monteiro, M. F. G. and L. Adesse (2006) "Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)." Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), 1-10.

Monteiro, S., W. V. Villela and D. Knauth (2012). "Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010)." Cad Saude Publica **28**(1): 170-176.

Moreau, C., N. Beltzer, M. Bozon and N. Bajos (2011). "Sexual risk-taking following relationship break-ups." Eur J Contracept Reprod Health Care **16**(2): 95-99.

Myer, L., R. J. Carter, M. Katyal, P. Toro, W. M. El-Sadr and E. J. Abrams (2010). "Impact of antiretroviral therapy on incidence of pregnancy among HIV-infected women in Sub-Saharan Africa: a cohort study." PLoS Med **7**(2): e1000229.

Nakayiwa, S., B. Abang, L. Packel, J. Lifshay, D. W. Purcell, R. King, E. Ezati, J. Mermin, A. Coutinho and R. Bunnell (2006). "Desire for children and

pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda." AIDS and behavior **10**(4 Suppl): S95-104.

Olinto, M. T. and D. C. Moreira-Filho (2006). "[Risk factors and predictors of induced abortion: a population-based study]." Cad Saude Publica **22**(2): 365-375.

Olinto, M. T. and C. Moreira Filho Dde (2004). "[Estimating the frequency of induced abortion: a comparison of two methods]." Rev Panam Salud Publica **15**(5): 331-336.

Oliveira, L. A. and I. Franca Junior (2003). "[Reproductive demands and health care for people living with HIV/AIDS: limits and possibilities within the context of specialized health services]." Cad Saude Publica **19 Suppl 2**: S315-323.

OMS (2004). *Abortamento Seguro: orientação técnica e política para os sistemas da saúde*. Campinas, Cemicamp: 143.

Organização das Nações Unidas (2001). *Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA*. Genebra, Organização das Nações Unidas.

Orner, P., M. de Bruyn, J. Harries and D. Cooper (2010). "A qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa." SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council **7**(2): 44-51.

Osis, M. J., E. Hardy, A. Faundes and T. Rodrigues (1996). "[Difficulties encountered in gathering information on illegal abortion in the population of women]." Rev Saude Publica **30**(5): 444-451.

Paiva, V., M. R. Latorre, N. Gravato, R. Lacerda, J. R. Ayres, A. Segurado, A. Aratangy, B. Cassia, H. H. Marques, I. Franca, Jr. and M. L. Salomao (2002). "[Sexuality of women living with HIV/AIDS in Sao Paulo]." Cad Saude Publica **18**(6): 1609-1620.

Paiva, V., T. N. Lima, N. Santos, E. Ventura-Filipe and A. Segurado (2002). "Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV." Psicologia USP **13**: 105-133.

Paiva, V., N. Santos, I. Franca-Junior, E. Filipe, J. R. Ayres and A. Segurado (2007). "Desire to have children: gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil." AIDS Patient Care STDS **21**(4): 268-277.

Panozzo, L., M. Battegay, A. Friedl, P. L. Vernazza and S. Swiss Cohort (2003). "High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner--two challenging issues." Swiss medical weekly **133**(7-8): 124-127.

Parker, R. G. (2009). "Civil society, political mobilization, and the impact of HIV scale-up on health systems in Brazil." J Acquir Immune Defic Syndr **52 Suppl 1**: S49-51.

Programa Nacional de DST/Aids, Instituto de Comunicação e Informação Científica, Fundação Oswaldo Cruz, Center for Disease Control and Prevention and BGlobal Aids Program Brazil. "Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids." Retrieved Oct. 24 2012, from <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids/>.

Rede Feminista de Saúde (2005). Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis. Belo Horizonte, Rede Feminista de Saúde.

Ronzani, T. M., J. Higgins-Biddle and E. F. Furtado (2009). "Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil." Soc Sci Med **69**(7): 1080-1084.

Rossier, C. (2003). "Estimating induced abortion rates: a review." Stud Fam Plann **34**(2): 87-102.

Santelli, J. S., I. S. Speizer, A. Avery and C. Kendall (2006). "An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana." American journal of public health **96**(11): 2009-2015.

Santos, N. J., C. M. Buchalla, E. V. Fillipe, L. Bugamelli, S. Garcia and V. Paiva (2002). "[Reproduction and sexuality in HIV-positive women, Brazil]." Rev Saude Publica **36**(4 Suppl): 12-23.

Santos, N. J. S., R. M. Barbosa, A. A. Pinho, W. V. Villela, T. Aidar and E. M. V. Filipe (2009). "Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras." Cadernos de Saúde Pública **25**: s321-s333.

Sedgh, G., S. Singh, I. H. Shah, E. Ahman, S. K. Henshaw and A. Bankole (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008." Lancet.

Shah, I. and E. Ahman (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions." Reproductive Health Matters: 9-17.

Sihvo, S., N. Bajos, B. Ducot and M. Kaminski (2003). "Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies." J Epidemiol Community Health **57**(8): 601-605.

Silva, N. E. K. e., A. T. d. Alvarenga and J. R. d. C. M. Ayres (2006). "Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado." Revista de Saúde Pública **40**: 474-481.

Singh, S. (2006). "Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries." Lancet **368**(9550): 1887-1892.

Souza e Silva, R. and C. L. B. Fusco (2009). Aborto provocado: uma realidade ilegal. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. P. Miranda-Ribeiro and A. B. Simão. Belo Horizonte, ABEP: UNFPA: 452.

Souza e Silva, R. and E. M. Vieira (2009). "Frequency and characteristics of induced abortion among married and single women in Sao Paulo, Brazil." Cad Saude Publica **25**(1): 179-187.

Superior Tribunal Federal. (2012). "Site do Superior Tribunal Federal." Retrieved July 26, 2013, 2013, from <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>.

Suryavanshi, N., A. Erande, H. Pisal, A. V. Shankar, R. A. Bhosale, R. C. Bollinger, M. Phadke and J. Sastry (2008). "Repeated pregnancy among women with known HIV status in Pune, India." AIDS Care **20**(9): 1111-1118.

Teixeira, L. B., F. B. Pilecco, A. Vigo and D. Knauth (2012). Ocorrência de gestações após a soropositividade para o HIV e fatores associados em

mulheres no sul do Brasil. in Teixeira, L.B. Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo com HIV/Aids no Sul do Brasil (tese). Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Teixeira, L. B., F. B. Pilecco, A. Vigo and D. R. Knauth (2013). "Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil." Cad Saude Publica **29**(3): 609-620.

Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martinez, D. Shaw, I. van Beek, E. Wright, K. Clezy and J. M. Kaldor (1997). "Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection." AIDS (London, England) **11**(5): 663-667.

The Alan Guttmacher Institute (1994). An Overview of Clandestine Abortion in Latin America. New York.

Todd, C. S., G. Alibayeva, J. L. Sanchez, C. T. Bautista, J. K. Carr and K. C. Earhart (2006). "Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan." Contraception **74**(4): 318-323.

Tornbom, M., E. Ingelhammar, H. Lilja, B. Svanberg and A. Moller (1999). "Decision-making about unwanted pregnancy." Acta Obstet Gynecol Scand **78**(7): 636-641.

Townsend, C. L., M. Cortina-Borja, C. S. Peckham and P. A. Tookey (2008). "Trends in management and outcome of pregnancies in HIV-infected women in the UK and Ireland, 1990–2006." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology **115**(9): 1078-1086.

UNAIDS (2012). World AIDS Day Report: 48.

UNAIDS/UNFPA/UNIFEM (2004). Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis.

United Nations (1975). Report of the World Conference of the International Women's Year. Mexico City, United Nations: 203.

United Nations (1979). Text of Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Geneva, United Nations.

United Nations (1995). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York.

United Nations (1996). Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15 September 1995. New York.

van Benthem, B. H., I. de Vincenzi, M. C. Delmas, C. Larsen, A. van den Hoek and M. Prins (2000). "Pregnancies before and after HIV diagnosis in a european cohort of HIV-infected women. European Study on the Natural History of HIV Infection in Women." AIDS **14**(14): 2171-2178.

Ventura, M. (2009). Direitos Reprodutivos no Brasil. Brasília, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Victora, C. G., E. M. Aquino, M. do Carmo Leal, C. A. Monteiro, F. C. Barros and C. L. Szwarcwald (2011). "Maternal and child health in Brazil: progress and challenges." Lancet **377**(9780): 1863-1876.

World Health Organization (1992). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Tehcnical Working Group. Geneva: 23.

World Health Organization (2011a). Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access. Geneva, WHO: 229.

World Health Organization (2011b). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. **6**: 67.

Yam, E. A., I. Dries-Daffner and S. G. Garcia (2006). "Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature." Stud Fam Plann **37**(4): 225-240.

Zabin, L. S., G. R. Huggins, M. R. Emerson and V. E. Cullins (2000). "Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'." Fam Plann Perspect **32**(1): 39-45.

5. Artigo 1

Título: Aborto entre mulheres vivendo com HIV/Aids: uma revisão de literatura

Revista pretendida: Aids and Behavior

Autores:

Flávia Bulegon Pilecco³

Alvaro Vigo³

Daniela Riva Knauth³

Título resumido: Aborto entre mulheres vivendo com HIV/Aids: uma revisão de literatura

Autor responsável pela correspondência:

Flávia Bulegon Pilecco

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 406

Bairro Rio Branco, CEP 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

Telefone: +55 51 33085461

Fax: +55 51 33085461

e-mail: flaviapilecco@yahoo.com.br

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Resumo

Introdução: Apesar dos avanços obtidos com a terapia antirretroviral, pouco se sabe sobre como o diagnóstico de HIV afeta as decisões reprodutivas das mulheres portadoras do vírus. **Objetivos:** Compreender a importância de estar vivendo com HIV e os fatores associados à decisão por abortar entre mulheres vivendo com HIV. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura. **Resultados:** Quatorze artigos foram selecionados. Esses estudos indicam que mulheres vivendo com HIV/Aids têm maiores taxas de aborto induzido. Fatores como cor de pele, idade, uso de contracepção, desejo de gestação e histórico reprodutivo, uso de drogas e ter tido DST não apresentam consenso entre os estudos. Situação socioeconômica, apoio social, fatores relativos à parceria, planejamento da gestação e ocorrência de violência estiveram associados à prática de aborto. Ter ou viver com parceiro que tenha problemas de saúde e o medo de transmitir o vírus à criança e de não viver muito tempo, também estiveram relacionados à prática de aborto. **Conclusões:** Mulheres vivendo com HIV/Aids tem risco aumentado para aborto induzido. A vulnerabilidade socioeconômica e a instabilidade da relação com o parceiro são fatores associados a essa prática.

Palavras-chave: aborto induzido, HIV, revisão de literatura, decisões reprodutivas.

Introdução

A introdução da terapia antirretroviral (TARV), a partir de 1994, como forma de evitar a transmissão vertical foi um marco que teve importantes reflexos nas decisões reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA). O impacto da introdução desse protocolo é atestado pela diminuição nas taxas de transmissão vertical (Connor, Sperling et al. 1994). Na ausência do uso de antirretroviral, as chances de infectar a criança podem chegar a 45%. Essas chances podem ser reduzidas quase a zero caso o protocolo seja cumprido de forma total (UNAIDS/ONUSIDA 2010).

Pouco se sabe, contudo, sobre como o diagnóstico de HIV afeta as decisões reprodutivas das mulheres portadoras do vírus. Por um lado, o risco, mesmo reduzido, da transmissão vertical traz receios quanto à saúde dos filhos e o medo de dar a luz a uma criança que pode perder seus pais, prematuramente, devido à doença, faz com que muitas mulheres não desejem engravidar após o diagnóstico de HIV (Gutmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2006). Por outro, o desejo de experienciar a maternidade, associado a valores sociais que encorajam o nascimento de um filho, faz com que as MVHA optem por engravidar mesmo sabendo de seu diagnóstico (Gutmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2006, Cooper, Harries et al. 2007, Fiore, Heard et al. 2008, Kanniappan, Jeyapaul et al. 2008).

No entanto, as decisões reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids não se baseiam somente no fato de elas serem soropositivas para o vírus, mas também em aspectos sociais e individuais e em expectativas culturais (Gruskin, Firestone et al. 2008), como a pressão social para que casais unidos há um certo tempo tenham um filho ou o desejo do novo companheiro por ter filhos do casal (Bui, Hanh et al. 2010). O fato de levar a termo ou interromper uma gestação envolve, assim, um conjunto de fatores que necessitam ser mais bem compreendidos de forma a propiciar às MVHA o pleno exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Neste contexto, o presente artigo tem por objetivo compreender a importância de estar vivendo com HIV e os fatores associados à decisão por abortar entre mulheres vivendo com HIV.

Metodologia

Foi realizada uma revisão de literatura no período de janeiro a julho de 2013, incluindo artigos publicados entre 1980 e 2012. Para a revisão utilizaram-se as principais bases de dados indexadas na área da saúde, dentre as quais MEDLINE, SciELO, ScienceDirect, ISI Web of Knowledge, JSTOR, CINHALL, LILACS e Cochrane. Estas bases de dados foram, acessadas por meio do portal Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), que possibilita, através de seu buscador, que seja feita a revisão simultânea nestas diferentes bases de dados (CAPES 2013).

Os termos para busca utilizados nesta revisão foram “induced abortion”, “pregnancy termination” ou “termination of pregnancy” e “HIV” ou “Aids”. Estes termos podiam estar presentes no título, no abstract ou no corpo do artigo. Como critérios de inclusão foram definidos: ter como desfecho ou, no caso dos artigos qualitativos como foco, o aborto induzido e conter fatores associados à ocorrência de término voluntário da gestação. Foram incluídos tanto artigos quantitativos quanto qualitativos, completos, contendo dados primários, publicados em todas as línguas, desde que o resumo fosse disponibilizado em inglês. Estudos que documentavam a prevalência de aborto em mulheres vivendo com HIV, mas que não traziam os fatores associados à prática de aborto, bem como artigos de revisão de literatura foram excluídos da análise.

Inicialmente os artigos foram selecionados, por duas pesquisadoras, através da leitura do título e do resumo. Caso houvesse dúvidas sobre a inclusão do artigo no estudo, o texto completo era consultado.

Posteriormente, os artigos foram lidos, também por duas pesquisadoras, e os dados foram anotados em um formulário padrão de extração de dados. Esse formulário continha a referência completa do artigo, o local de realização do estudo, o tamanho amostral, o delineamento do estudo, se o estudo fora feito antes ou após o início do uso do Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV (PPTV), informações sobre os grupos de comparação usados nos estudos (incluindo informações sobre prevalência de HIV e de aborto nesses grupos), fatores e razões encontrados como relacionados à prática de aborto e um espaço para observações.

A qualidade metodológica dos artigos analisados foi avaliada através do uso da ferramenta Health Evidence Bulletins – Wales (HEB-Wales), que vem

sendo usada desde 1995 (Weightman, Mann et al. 2004), e que é composta por instrumentos específicos para cada tipo de delineamento. Para os estudos quantitativos observacionais a ferramenta contempla 13 questões e para estudos qualitativos, são analisadas 12 questões. A ferramenta HEB-Wales foi escolhida por se aproximar de um padrão-ouro para a avaliação metodológica de estudos quantitativos observacionais, de acordo com um estudo que analisou escalas usadas para a avaliação da existência de vieses neste tipo de estudo (Sanderson, Tatt et al. 2007). As questões foram respondidas de acordo com a seguinte categorização: “sim”, “não” e “não se aplica”.

Resultados

Na primeira etapa (busca nas bases de dados) foram selecionados 3.081 artigos, dos quais 3.063 foram excluídos. A maioria das exclusões deveu-se ao fato de as palavras-chave estarem presentes no corpo e/ou nas referências dos artigos, apesar de os artigos abordarem outras temáticas relativas à saúde sexual e reprodutiva, e ao fato de que muitos artigos versavam sobre aborto espontâneo (apenas mencionando aborto induzido ao longo do texto) (figura 1).

Já em uma segunda etapa, foram lidos em detalhes 17 artigos, dos quais três foram excluídos pelas seguintes razões: o desfecho não era aborto (e sim ter considerado fazer aborto) (Smits, Goergen et al. 1999), o aborto provocado era um determinante da infecção pelo HIV (Boisson and Rodrigues 2002) e comparava múltiplos abortos e outros desfechos (um único aborto estava incluído em outros desfechos) (Todd, Alibayeva et al. 2006). Por fim, 14 artigos preencheram critérios de inclusão, consistindo em 10 artigos quantitativos e 4 qualitativos, todos publicados em periódicos revisados por pares (figura 1).

Os quadros I e II trazem a avaliação metodológica dos estudos quantitativos observacionais e qualitativos, respectivamente, de acordo com o instrumento HEB-Wales.

No quadro I (avaliação de artigos quantitativos), todos os artigos foram considerados, na análise, relevantes ao estudo, dois não tinham clareza nos objetivos (Sherr, Barnes et al. 1997, Hankins, Tran et al. 1998), um não usou metodologia adequada (Sherr, Barnes et al. 1997) e em três o universo

empírico estudado mostrou-se inadequado (Kline, Strickler et al. 1995, Sherr, Barnes et al. 1997, Thackway, Furner et al. 1997). Em cinco deles não foram considerados confundimento e vieses (Sherr, Barnes et al. 1997, Thackway, Furner et al. 1997, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Hankins, Tran et al. 1998, Florida, Ravizza et al. 2010). Nos quatro estudos de coorte o tempo de seguimento foi adequado (Thackway, Furner et al. 1997, Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002). Em três artigos as tabelas e gráficos não estavam corretamente (ou suficientemente) rotulados (Kline, Strickler et al. 1995, Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Gammeltoft et al. 2010). Cinco estudos não fizeram mais do que uma mera descrição dos resultados (Kline, Strickler et al. 1995, Sherr, Barnes et al. 1997, Thackway, Furner et al. 1997, Hankins, Tran et al. 1998, Florida, Tamburrini et al. 2010) e, nos demais, o uso de metodologia estatística foi considerado correto. Os resultados foram expressos de forma adequada em todos os artigos, exceto um (Thackway, Furner et al. 1997). Seis artigos tinham validade externa (Kline, Strickler et al. 1995, Thackway, Furner et al. 1997, Bedimo, Bessinger et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Barbosa, Pinho Ade et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010), todos consideraram os desfechos importantes, nenhum apresentou dados sobre custo e dois deles não eram evidência tipo IV (Sherr, Barnes et al. 1997, Hankins, Tran et al. 1998).

O quadro II mostra a avaliação da qualidade metodológica dos artigos qualitativos. Os quatro artigos apresentaram relevância, clareza dos objetivos, escolha da metodologia adequada, boa descrição da amostragem, resultados bem descritos e de forma crível, todos tinham validade externa, consideraram os desfechos importantes e foram aceitos para posterior uso. Entretanto, nenhum deles apresentou a posição dos autores em relação ao tema e três deles não apresentaram detalhes sobre a metodologia utilizada na análise dos dados (Bui, Hanh et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012). Apenas um artigo não descreveu claramente a metodologia da coleta de dados (Villela, Barbosa et al. 2012).

O quadro III apresenta a síntese e os principais resultados dos artigos que integraram esta revisão. Esses estudos foram realizados na Europa (Sherr, Barnes et al. 1997, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et

al. 2002, Floridia, Tamburrini et al. 2010), na América Latina (Barbosa, Pinho et al. 2009, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), na América do Norte (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Hankins, Tran et al. 1998), na Ásia (Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010), na África (Orner, de Bruyn et al. 2010) e na Oceania (Thackway, Furner et al. 1997). O tipo de delineamento usado nesses estudos incluiu estudos qualitativos (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) e quantitativos observacionais, como estudos transversais (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Barbosa, Pinho Ade et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010), de coorte prospectiva (Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002), coorte retrospectiva (Thackway, Furner et al. 1997), caso-controle aninhado à coorte (Floridia, Tamburrini et al. 2010) e série de casos (Sherr, Barnes et al. 1997).

Para uma análise pormenorizada dos achados dos estudos (tabela III), optamos por dividir a sessão de resultados de acordo com as categorias de fatores que foram frequentemente associados à prática de aborto, nos diferentes estudos. Inicialmente é apresentado um panorama sobre a prevalência de aborto, seguido de variáveis socioeconômicas e demográficas, variáveis relativas à relação com o parceiro, variáveis relacionadas à vida reprodutiva, ao HIV e ao estado de saúde em geral e, por fim, outros fatores que podem colocar as mulheres em uma situação de maior vulnerabilidade ao aborto.

Para a análise da prevalência de aborto foram utilizados apenas dados dos estudos quantitativos, uma vez que estudos qualitativos não estimam prevalência. Da mesma forma para explorar variáveis como idade e cor de pele/raça/origem geográfica, foram excluídos estudos qualitativos, uma vez que eles só apresentavam uma descrição dessas características na população pesquisada, sem correlacioná-las com a prática de aborto.

Prevalência de aborto induzido em mulheres vivendo com HIV

Dos dez artigos quantitativos analisados, nove (Kline, Strickler et al. 1995, Sherr, Barnes et al. 1997, Thackway, Furner et al. 1997, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et

al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010) apresentaram taxas de aborto entre MVHA, valendo-se de diferentes abordagens e em diferentes contextos. Estudos realizados em países desenvolvidos, nos quais o aborto é seguro e permitido por lei, mostraram taxas de aborto em MVHA de 19%, em Londres (Sherr, Barnes et al. 1997), 25%, em Louisiana, Estados Unidos (EUA) (Bedimo, Bessinger et al. 1998), 37,1% no Canadá (Hankins, Tran et al. 1998), 47%, na Austrália (Thackway, Furner et al. 1997), aproximadamente, metade, em Nova Jersey, EUA (Kline, Strickler et al. 1995), 53%, em 12 países europeus (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000) e 62,9% em uma coorte realizada na França (Bongain, Berrebi et al. 2002). No que tange a países em desenvolvimento, um estudo realizado no Vietnã (país onde o aborto é permitido por lei) mostrou uma prevalência de 22% de aborto entre mulheres que engravidaram sem saber de seu diagnóstico e de 68% entre aquelas que engravidaram após saber ser HIV positivo (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Por fim, um estudo realizado no Brasil (país no qual, na época de realização do estudo, o aborto só era permitido em caso de estupro ou de risco da vida da gestante) e que analisou a incidência de aborto ao longo da vida (antes e após o diagnóstico), mostrou uma tendência à mais frequente prática de aborto entre MVHA, apontando que 17,5% delas havia terminado ao menos uma gravidez ao longo da vida, em comparação com 10,4% das MNVHA. Entretanto, neste último estudo, a diferença entre os grupos não foi significativa, após a inclusão da variável número de parceiros no modelo multivariável (13,3% em MVHA *versus* 11,0% em MNVHA) (Barbosa, Pinho et al. 2009).

Quatro estudos analisaram o comportamento das taxas de aborto antes e após a introdução do protocolo de prevenção da transmissão vertical (Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Gammeltoft et al. 2010). Após a introdução do PPTV, as taxas de aborto caíram, como mostram estudos realizados na França (a proporção de gravidezes terminadas em aborto variou de 59,4% antes de 1994 – ano de introdução da PPTV naquele país - a 37,5% após 1994) (Bongain, Berrebi et al. 2002), em diversos outros países Europeus (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000), no Canadá (com incidência diminuindo de 4,3/100 pessoas ano antes de março de 1994 a 1,4/100 pessoas ano, de março de

1994 em diante, resultando em proporções de, respectivamente, 50% e 17%) (Hankins, Tran et al. 1998) e no Vietnã (RC=2,96; IC95%: 1,02-8,53) (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Esse achado é reforçado pelo artigo de Bui, Hanh, Rasch et al. (2010), que estudou qualitativamente MVHA no Vietnã, e no qual muitas mulheres relataram se sentir arrependidas da decisão por ter abortado, especialmente quando ficavam cientes dos programas de prevenção da transmissão vertical (Bui, Hanh et al. 2010). De fato, uma das razões alegadas para a prática de aborto em diferentes estudos, foi a possibilidade de transmitir o vírus ao feto, particularmente entre mulheres que engravidaram no início da epidemia (Bui, Gammeltoft et al. 2010, Villela, Barbosa et al. 2012), bem como os riscos (para a mulher) e sacrifícios (para a mulher e para o feto) acarretados pela PPTV (especialmente aqueles referentes ao não-aleitamento materno) (Villela, Barbosa et al. 2012), o que justifica essa diminuição nas taxas de aborto.

Variáveis socioeconômicas e demográficas associadas à prática de aborto provocado

No que tange às variáveis socioeconômicas e demográficas, existe certa limitação na comparabilidade entre os estudos quantitativos, pelo uso de diferentes categorizações das variáveis, além de não haver um consenso entre os resultados das diferentes pesquisas. A variável idade, por exemplo, apresentou cinco categorizações diferentes: de cinco em cinco anos (Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009) e dez em dez anos (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000), foi dividida a partir de um ponto de corte arbitrário em dois artigos (Bedimo, Bessinger et al. 1998, Bui, Gammeltoft et al. 2010), dividida a partir da mediana em outro (Kline, Strickler et al. 1995) e foi usada como variável contínua em outro estudo (Florida, Tamburrini et al. 2010).

Assim, quanto à idade, sete (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Florida, Tamburrini et al. 2010) dos dez artigos quantitativos analisaram a associação entre aborto induzido e idade materna. Quatro deles, um estudo de caso-controle aninhado a uma coorte, desenvolvido na Itália (Florida, Tamburrini et

al. 2010), uma coorte retrospectiva conduzida em duas cidades francesas (Bongain, Berrebi et al. 2002) e estudos transversais desenvolvidos em Nova Jersey (Kline, Strickler et al. 1995) e, através da consulta de prontuários médicos de MVHA, em Louisiana (Bedimo, Bessinger et al. 1998), EUA, não encontraram associação entre a prática de aborto induzido e a idade materna na época da gestação. Por outro lado, van Benthem, de Vincenzi, Delmas et al. (2000) encontraram que mulheres vivendo com HIV entre 25 e 35 anos, têm menor risco para aborto (RC=0,50; IC95%: 0,30-0,84; em comparação com a categoria de referência 15-24 e com a categoria 35-44, cuja razão de chance foi de 0,90; IC95%: 0,30-2,76) (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000). No estudo de Bui, Gammeltoft, Nguyen et al. (2010), ter 30 anos ou mais foi associado ao mais frequente término voluntário da gestação (RC=5,44; IC95%: 1,28-23,02) (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Da mesma forma, Barbosa, Pinho, Santos et al. (2009) encontraram que ser mais velha estava associado a maiores taxas de aborto, mas neste artigo, a avaliação tanto da variável quanto do desfecho foi diferente: a idade foi avaliada como sendo a idade atual da entrevistada (e não a idade na época da gestação) e o desfecho foi avaliado ao longo da vida e não especificamente para cada gestação (Barbosa, Pinho et al. 2009). Assim, considerando-se a forma de avaliação do preditor utilizada neste último trabalho, é de se esperar que mulheres mais velhas tenham mais abortos que as mais jovens, devido ao tempo prolongado de exposição (maior tempo médio de vida sexual).

Dos dez estudos quantitativos, seis (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010) investigaram a associação entre cor de pele/raça/país de origem e aborto induzido, valendo-se de diferentes categorizações. Assim, um estudo conduzido com base em registros médicos em Louisiana, EUA, entre 1987 e 1995, mostrou que 71,4% dos abortos ocorridos naquela população foram feitos em mulheres brancas e 24,1% em não-brancas (resultados não ajustados) (Bedimo, Bessinger et al. 1998), enquanto um estudo, conduzido no Brasil, não encontrou diferença entre brancas e não-brancas nas taxas de término da gestação (Barbosa, Pinho et al. 2009). Considerando-se o país de origem, uma coorte desenvolvida na França, mostrou que, antes da introdução

do PPTV, ser originária da África subsaariana e ter outra origem (asiática, por exemplo), foram, respectivamente, fator de proteção (RC=0,33; IC95%: 0,13-0,84) e de risco (RC=8,7; IC95%: 1,11-69,04) para a prática de aborto, em comparação com ser de origem europeia (Bongain, Berrebi et al. 2002). Por outro lado, um estudo transversal desenvolvido em Nova Jersey, EUA (Kline, Strickler et al. 1995), usando categorizações como branca, negra e hispânica, uma coorte conduzida em diversos outros países europeus (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000), cuja categorização era ser de origem europeia e de origem não-europeia, e um estudo de caso-controle aninhado a uma coorte, na Itália (Florida, Tamburrini et al. 2010), cuja categorização era baseada em ser de origem italiana ou ser estrangeira, não encontraram associação entre cor de pele/país de origem e aborto induzido.

Quanto à situação empregatícia e a condições socioeconômicas, nove (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) dos catorze artigos (incluindo artigos qualitativos) avaliaram a prática de aborto em relação à situação empregatícia e socioeconômica das participantes. Estudos quantitativos realizados no Brasil (investigou se a participante estava trabalhando na época da entrevista) (Barbosa, Pinho et al. 2009), em Louisiana (inquiriu sobre a situação empregatícia no início da coorte) (Bedimo, Bessinger et al. 1998) e Nova Jersey (situação empregatícia na época da gestação), EUA (Kline, Strickler et al. 1995), e na França (atividade profissional na época da gestação) (Bongain, Berrebi et al. 2002), não encontraram associação entre estar trabalhando e ter tido aborto induzido. Por outro lado, um estudo também quantitativo realizado no Vietnã, concluiu que ser pequena comerciante ou trabalhadora independente implica em maior risco para a ocorrência de aborto (RC=3,61; IC95%: 1,05-12,45), em comparação com estar desempregada ou ter algum outro tipo de emprego (urbano ou rural) (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Esta ideia de que situações empregatícias desfavoráveis para a chegada de um filho implicam na prática de aborto é reforçada por estudos qualitativos desenvolvidos no Brasil, no qual as entrevistadas relatam o medo de perder o emprego (especialmente devido às ausências no trabalho por causa do

acompanhamento para o HIV, que poderiam aumentar, devido à gestação e ao seguimento da criança) (Villela, Barbosa et al. 2012) e a vontade de priorizar estudos e carreira (Barbosa, Pinho et al. 2012) como razões para o término da gestação. Estudos quanti (Bui, Gammeltoft et al. 2010) e qualitativo (Bui, Hanh et al. 2010), realizados no Vietnã, e qualitativo, conduzido na Cidade do Cabo, na África do Sul (Orner, de Bruyn et al. 2010), mostraram ainda que não ter condições financeiras de ter uma criança foi um motivo frequente para a prática de aborto induzido.

O apoio social, na figura de parentes (especialmente da mãe) e de profissionais de saúde, como fator associado à prática de aborto foi investigado nos quatro artigos qualitativos (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012). Assim, estudos realizados no Brasil (Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) e no Vietnã (Bui, Hanh et al. 2010) mostraram a importância da família para a provisão de aconselhamento e na decisão por abortar ou por manter a gestação, em especial o papel das mães e das sogras, quando da ausência ou falta de suporte dos companheiros. Esse suporte é importante, uma vez que, caso algo aconteça com as mulheres, suas mães ou sogras serão as responsáveis por cuidar da criança (Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012). Os profissionais de saúde, por sua vez, podem, por um lado, ter papel indireto na decisão por abortar, através de sua omissão ou recusa de incorporar demandas de saúde reprodutiva em seu processo de trabalho e de não reconhecer que o aborto é uma realidade concreta (Villela, Barbosa et al. 2012). Por outro lado, esses profissionais podem ter papel direto, através de uma postura condenatória da prática de aborto (Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012), que é flexibilizada quando tomam conhecimento de que a mulher é HIV positivo (Barbosa, Pinho et al. 2012).

Vida sexual e relacionamento com o parceiro

Dos catorze trabalhos analisados nesta revisão, cinco (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) contemplaram temáticas relativas à sexualidade. Barbosa, Pinho, Santos et al. (2009) foi o único artigo a abordar a questão da idade na iniciação sexual (Barbosa, Pinho et al. 2009) e

Kline, Strickler e Kempf (1995) a associar o fato de a mulher ser ativa sexualmente e o recurso ao aborto (embora esse último não tenha encontrado associação) (Kline, Strickler et al. 1995). Já o uso de contracepção e/ou condom foi abordado em cinco artigos, dois deles quantitativos, analisando a associação entre o uso de condom e de outro tipo de método de controle de natalidade, independentemente (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009), e outros três, através de análise qualitativa (Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012).

Assim, Barbosa, Pinho, Santos et al. (2009) encontraram que a idade mais precoce de iniciação sexual implica em mais frequente ocorrência de aborto induzido. Em relação às mulheres vivendo com HIV, que se iniciaram sexualmente aos 18 anos ou mais, mulheres que se iniciaram aos 16-17 anos tiveram uma razão de chances de 1,80 (IC95%: 1,11-2,90) e as que se iniciaram aos 15 anos ou menos, também tiveram uma razão de chances de 1,80 (IC95%: 1,13-2,86) (Barbosa, Pinho et al. 2009) de ter alguma gestação terminada em aborto provocado (Barbosa, Pinho et al. 2009).

Os estudos quantitativos que incluíram questões acerca do uso de contracepção e de condom (tanto no período de estudo quanto ao longo da vida) não encontraram associação entre esses fatores e a ocorrência de aborto induzido (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009). Por outro lado, um estudo qualitativo conduzido em cinco cidades brasileiras, mostrou que o uso inconsistente de anticoncepcional oral e de condom e a falta de conhecimento de formas alternativas de contracepção eram comuns na população estudada (Barbosa, Pinho et al. 2012). Neste mesmo sentido, um estudo realizado na África do Sul mostrou que as mulheres entrevistadas relacionavam a ocorrência de gravidezes indesejadas a falhas contraceptivas e ao uso inconsistente de condom, associado à utilização de antiretrovirais (Orner, de Bruyn et al. 2010). Em outro estudo qualitativo, também realizado no Brasil, em 7 diferentes cidades, a dificuldade na negociação com o parceiro pelo uso da camisinha e a falta de orientação eficaz quanto ao uso de contracepção foram apontadas como razões para a ocorrência de gravidezes indesejadas (Villela, Barbosa et al. 2012), findadas, em última instância, em aborto. Orner, de Bruyn, Harries et al. (2010), mostraram que na Cidade do Cabo (África do Sul), a percepção da comunidade como um todo é de que as

mulheres vivendo com HIV que engravidam são irresponsáveis pelo fato de não terem usado camisinha, visto o insumo estar largamente disponível (Orner, de Bruyn et al. 2010).

O número de parceiros foi avaliado em dois artigos (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Barbosa, Pinho et al. 2009), de forma diferente: considerando o número de parceiros nos últimos seis meses (Barbosa, Pinho et al. 2009) ou ao longo da vida (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000). Assim, o maior número de parceiros esteve associado à maior chance de ocorrência de aborto induzido, em pesquisas desenvolvidas na Europa (em comparação com ter tido de 1 a 4 parceiros, ter de 5 a 19 parceiros, $RC=1,67$ $IC95\%$ 0,95-2,94 ; e ter tido mais de 19 parceiros, $RC=2,75$ $IC95\%$ 1,45-5,24) (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000) e no Brasil (em comparação com ter tido um ou dois parceiros, 3 ou mais apresentou RC 3,87, $IC95\%$ 2,17-6,91) (Barbosa, Pinho et al. 2009).

Dentre os 14 artigos selecionados para compor essa revisão, apenas quatro (Sherr, Barnes et al. 1997, Thackway, Furner et al. 1997, Hankins, Tran et al. 1998, Florida, Tamburrini et al. 2010) não abordaram a associação entre aborto induzido e algum aspecto diretamente ligado à relação com o parceiro. Assim, estudos realizados em Louisiana, nos EUA (Bedimo, Bessinger et al. 1998), na França (Bongain, Berrebi et al. 2002) e em diversos outros países da Europa (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000) apontaram que mulheres solteiras ou não vivendo com companheiro têm mais risco de terminar uma gravidez em aborto induzido que mulheres casadas ou vivendo com companheiro. Por outro lado, estudos desenvolvidos no Brasil (Barbosa, Pinho et al. 2009), em Nova Jersey (EUA) (Kline, Strickler et al. 1995) e no Vietnã (Bui, Gammeltoft et al. 2010), não encontraram associação entre estar vivendo com companheiro e aborto induzido. Entretanto, essas diferenças nos resultados podem ser devidas ao fato de que Barbosa, Pinho, Santos et al. (2009) inquiriram sobre estar vivendo com companheiro na época da entrevista, enquanto o aborto pode ter sido realizado em qualquer momento da vida das MVHA (mesmo antes do diagnóstico). O estudo de Kline, Strickler e Kempf (1995) (Kline, Strickler et al. 1995), por outro lado, não se trata de evidência do tipo IV, tendo certas limitações metodológicas.

Além disso, como destacado por alguns estudos (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), não só a existência de uma relação com o parceiro é importante na decisão por abortar, mas também a qualidade desta relação. Estudos qualitativos desenvolvidos no Brasil apontam como uma das razões para a ocorrência de aborto, o fato de a mulher considerar a relação como não adequada para a chegada de um filho (Barbosa, Pinho et al. 2012). Nesse mesmo sentido, o apoio do companheiro, ou seja, um parceiro que se comprometa a assumir as responsabilidades paternas e dividir a incumbência de criar uma criança, parece ser importante na tomada de decisão sobre a manutenção ou não da gravidez (Villela, Barbosa et al. 2012). Entretanto, como apontado por pesquisas qualitativas desenvolvidas em duas províncias do Vietnã (Bui, Hanh et al. 2010) e na África do Sul (Orner, de Bruyn et al. 2010), quando decididas a terminar a gestação, muitas mulheres não comunicam sua decisão ao companheiro, antevendo certa resistência, e optando, portanto, por procurar sozinhas pelos serviços de saúde.

Por fim, quatro estudos, quanti (Kline, Strickler et al. 1995, Bongain, Berrebi et al. 2002, Floridia, Tamburrini et al. 2010) e qualitativos (Bui, Hanh et al. 2010), investigaram a importância da sorologia do parceiro na decisão pelo término da gestação. Um estudo de caso-controle aninhado a uma coorte, realizado na Itália apontou para uma associação limítrofe entre o parceiro estar vivendo com HIV e a mais frequente ocorrência de aborto (OR=1,88, IC95% 0,97-3,63) (Floridia, Tamburrini et al. 2010). Esse resultado acorda com os achados de uma coorte francesa, que encontrou que, tanto antes quanto após a introdução do PPTV, o parceiro ser soronegativo para o HIV esteve associado a menor frequência da prática de aborto induzido (antes da introdução do PPTV, o parceiro ser negativo estava associado a uma razão de chances de 0,62, IC95% 0,40-0,96; após a introdução do PPTV, a razão de chances foi de 0,27, IC95% 0,13-0,58) (Bongain, Berrebi et al. 2002). Isso é contrariado pelos achados de Kline, Strickler e Kempf (1995), que não encontraram associação entre o companheiro ser soropositivo e a gestação ser findada em aborto (Kline, Strickler et al. 1995). Entretanto, cabe salientar que, em nossa avaliação, o estudo de Kline, Strickler e Kempf (1995) não foi classificado como [evidência do tipo IV (Kline, Strickler et al. 1995). Além disso,

o parceiro estar seriamente doente também foi uma importante razão alegada para a prática de aborto entre mulheres vietnãmitas (Bui, Hanh et al. 2010).

Variáveis relativas à vida reprodutiva

Três estudos (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Florida, Tamburrini et al. 2010) avaliaram a associação entre gravidezes anteriores e a ocorrência de aborto induzido. Em uma coorte conduzida em 12 países europeus, não foi encontrada associação entre gestações prévias ao diagnóstico de HIV e aborto (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000). Por outro lado, estudos de coorte que recrutaram MVHA e que investigaram a associação entre gravidezes no período da coorte e aborto induzido, mostraram haver associação entre esse determinante e o desfecho. Assim, um estudo desenvolvido na Itália apontou para a mais frequente ocorrência de aborto entre mulheres que haviam tido gravidez anterior (RC=2,5, IC95% 1,30-4,82) (Florida, Tamburrini et al. 2010), mesmo resultado de uma pesquisa realizada na França (não ter tido gravidezes prévias, RC 0,40, IC95% 0,23-0,70) (Bongain, Berrebi et al. 2002).

Quanto à associação entre ter filhos e ter abortado, ela foi investigada em cinco artigos quantitativos (Kline, Strickler et al. 1995, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012) e em um qualitativo (Bui, Hanh et al. 2010). Estudos quantitativos realizados no Brasil (cuja categorização era não ter filhos, ter de um a dois ou três ou mais) (Barbosa, Pinho et al. 2009), no Vietnã (não ter filhos, um e dois ou mais) (Bui, Gammeltoft et al. 2010), em 12 países europeus (número de filhos antes do diagnóstico de HIV) (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000) e em Louisiana (que inquiriu se as mulheres tinham ou não filhos vivos no início do estudo e antes do início do estudo) (Barbosa, Pinho et al. 2012) e Nova Jersey (investigou se as mulheres tinham filhos anteriormente, se algum tinha ficado doente ou morrido de Aids e se tinha filhos em orfanatos) (Kline, Strickler et al. 1995), nos EUA, não encontraram associação entre ter filhos e ter gestação terminada voluntariamente. Por outro lado, um estudo qualitativo desenvolvido no Vietnã mostrou que as mulheres que se sentiam mais seguras de sua decisão por abortar já eram mães, cujos filhos ainda continuavam vivos (Bui, Hanh et al. 2010).

Cinco artigos pesquisaram temáticas relativas ao planejamento e desejo da gestação (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012). Dois estudos quantitativos (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009) investigaram a associação entre querer ter filhos (ou outros filhos) no futuro e ter tido gestação terminada em aborto induzido e não encontraram associação significativa. Por outro lado, um artigo que focou no planejamento (em oposição ao desejo) da gestação que terminou ou não em aborto induzido (em oposição a planos a mais longo prazo), mostrou uma razão de chances de 24,3 (IC95% 5,8-101,2) para a ocorrência de término voluntário da gestação entre aquelas que não planejavam ter filhos (Florida, Tamburrini et al. 2010). Artigos qualitativos desenvolvidos no Brasil (Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) indicam que a ocorrência de gestações não-planejadas, especialmente se precedidas de outra gravidez que não tenha acontecido há muito tempo, implica que a mulher não se sinta capaz ou desejosa de assumir a maternidade. Neste sentido, Villela, Barbosa, Portella et al. (2012) sugerem que é bastante difícil para MVHA assumir uma recusa à maternidade, não para proteger a prole ou em prol de sua saúde, mas porque já cumpriram sua meta reprodutiva ou porque não desejam arcar com o ônus da maternidade, o que reforça a importância da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos como direito de cidadania (Villela, Barbosa et al. 2012).

Quanto à ocorrência de aborto prévio e sua influência na decisão de interromper a gestação, os três estudos quantitativos (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010) que investigaram essa temática parecem não ser unânimes. Enquanto Kline, Strickler e Kempf (1995), em um estudo realizado parte antes e parte após a introdução do PPTV encontraram que, dentre as mulheres entrevistadas que relataram não ter tido aborto prévio, 54,5% mantiveram a gestação, mesma situação de 24,2% das que relataram histórico de aborto ($p < 0,01$) (Kline, Strickler et al. 1995), Florida, Tamburrini, Tibaldi et al. (2010), em um estudo realizado após a introdução do PPTV (Florida, Tamburrini et al. 2010), e Barbosa, Pinho, Santos et al. (2009), em um estudo transversal que investigou mulheres antes e após a introdução do PPTV (Barbosa, Pinho et al. 2009), não encontraram associação entre aborto prévio e o término da gravidez.

Variáveis relativas à infecção pelo HIV e ao estado de saúde em geral

Sete estudos (quali e quantitativos) (Kline, Strickler et al. 1995, Thackway, Furner et al. 1997, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Floridia, Tamburrini et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010) investigaram a associação entre sintomas clínicos (como a carga viral, por exemplo), status de tratamento e tempo desde o diagnóstico e a ocorrência de aborto induzido. O estágio da doença (Bongain, Berrebi et al. 2002), número de cópias por mL de RNA (ácido ribonucleico) viral (Floridia, Tamburrini et al. 2010), não ter estado sob tratamento no início do estudo (Floridia, Tamburrini et al. 2010) e não estar sob TARV na época da concepção (Bui, Gammeltoft et al. 2010, Floridia, Tamburrini et al. 2010), tempo desde o diagnóstico (Kline, Strickler et al. 1995, Thackway, Furner et al. 1997, Bui, Gammeltoft et al. 2010), tempo desde a soroconversão (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000) e participação em associações para pessoas vivendo com HIV/Aids (Bui, Gammeltoft et al. 2010) não foram associados a mais frequente prática de aborto induzido. Quanto à contagem de linfócitos T CD4+, Bedimo, Bessinger e Kissinger (1998), antes da introdução da terapia antirretroviral, não encontraram associação entre contagem de linfócitos T CD4+ (categorizada em ≤ 200 , 200-500 e mais de 500 células por mL de sangue) e aborto provocado (Bedimo, Bessinger et al. 1998). Por outro lado, um estudo realizado com mulheres italianas vivendo com HIV apontou que uma menor taxa de linfócitos T CD4+ esteve associada a mais alta taxa de aborto (mediana da contagem de linfócitos T CD4+ de 270 entre as que tiveram aborto versus 420 entre as que não tiveram, $p=0,011$) (Floridia, Tamburrini et al. 2010). Concordando com este último achado, Kline, Strickler e Kempf (1995) encontraram que mulheres que têm menos problemas de saúde, mais frequentemente optam por manter a gestação (64,1% mantiveram a gravidez, mesma situação de 30,9% daquelas que tiveram muitos problemas de saúde) (Kline, Strickler et al. 1995) e Orner, de Bruyn, Harries et al. (2010) apontaram como uma das razões para o término da gestação, o medo de que a gravidez pudesse prejudicar ainda mais a saúde da mulher (Orner, de Bruyn et al. 2010).

Questões de ordem subjetiva e ligadas ao conhecimento do diagnóstico de HIV foram avaliadas nos quatro estudos qualitativos, como, por exemplo, o

medo de transmitir o vírus para a criança (Bui, Hanh et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), de não viver por muito tempo (Bui, Hanh et al. 2010, Villela, Barbosa et al. 2012) e, em caso de morte materna, onerar a família com a obrigação de cuidar de uma criança (Bui, Hanh et al. 2010), a dificuldade de lidar com o diagnóstico quando descobre estar vivendo com HIV durante a gravidez (Bui, Hanh et al. 2010), o medo de infligir sofrimento no bebê e em outras crianças dependentes (Orner, de Bruyn et al. 2010), risco para a mulher e sacrifício para a mulher e para o feto com o uso do PPTV (Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), o medo de ter um filho infectado e que poderá não viver por longo tempo ou que poderá sofrer discriminação (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010) e o fato de já ter tido um filho com HIV e tê-lo perdido (Bui, Hanh et al. 2010), faz com que muitas mulheres, entrevistadas em diferentes contextos, não queiram manter a gravidez.

Outros fatores que incorrem em maior vulnerabilidade ao aborto

Algumas outras situações ou características podem aumentar a vulnerabilidade social das mulheres vivendo com HIV e resultar em diminuída capacidade de gestão sobre sua vida reprodutiva, tendo consequências sobre as taxas de aborto.

Neste sentido, dois estudos (Bedimo, Bessinger et al. 1998, Barbosa, Pinho et al. 2012) abordaram a questão da violência em relação à ocorrência de aborto induzido. Um estudo realizado em Louisiana, EUA (Bedimo, Bessinger et al. 1998), mostrou que mulheres vivendo com HIV e com histórico de ter sofrido violência sexual têm gestações mais frequentemente findadas em aborto induzido (56,3% daquelas que relataram ter sofrido agressão sexual terminaram a gestação, em comparação com 29,4% daquelas sem histórico de agressão, $p=0,12$). Já um estudo qualitativo feito no Brasil mostrou que a ocorrência de sexo não consensual e violência física e sexual foi relativamente comum na trajetória de vida das mulheres estudadas e que relataram ter tido aborto ao longo da vida (Barbosa, Pinho et al. 2012).

Outras duas características que podem indicar uma maior vulnerabilidade social das mulheres, o uso de drogas e a ocorrência de DSTs, não são unanimidade entre os estudos (Kline, Strickler et al. 1995, Thackway,

Furner et al. 1997, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Floridaia, Tamburrini et al. 2010). Enquanto Floridaia, Tamburrini, Tibaldi et al. (2010) não encontraram associação entre o recente uso de substâncias ou o histórico de uso de drogas intravenosas e a ocorrência de aborto induzido (Floridaia, Tamburrini et al. 2010), Barbosa, Pinho, Santos et al. (2009) mostraram que ter usado drogas alguma vez na vida (RC 1,85, IC95% 1,31-2,62) esteve associado a maior risco de término voluntário da gestação (Barbosa, Pinho et al. 2009). Esse achado é reforçado pelo estudo de Kline, Strickler e Kempf (1995) que apontou para o maior risco do desfecho entre mulheres com histórico de uso de crack (25% das que usaram crack continuaram a gravidez, versus 66,1% das que não usaram) (Kline, Strickler et al. 1995). Ter contraído o vírus através do uso de drogas injetáveis (UDI) também parece estar associado à maior prevalência de aborto induzido, de acordo com estudos realizados na Austrália (Thackway, Furner et al. 1997) e na França (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000). Entre mulheres australianas que se infectaram através do UDI, 59% das gestações foram findadas em aborto, mesma situação de 38% daquelas cujo contágio foi por sexo heterossexual. Neste mesmo trabalho, 53% das mulheres que tiveram um único aborto e todas as que tiveram múltiplos abortos se infectaram por meio de UDI (Thackway, Furner et al. 1997). Neste sentido, Bongain, Berrebi, Marine-Barjoan et al. (2002), estudando MVHA francesas, mostraram que, após a introdução do PPTV, em relação a UDI, mulheres cuja forma de contágio foi através de relação heterossexual tiveram razão de chance de 0,45 (IC95% 0,27-0,80) e mulheres cuja infecção se deu por outras formas, de 0,40 (IC95% 0,17-0,92) de ter aborto induzido (Bongain, Berrebi et al. 2002).

No que tange à ocorrência de DSTs e sua associação com aborto, ela foi investigada em dois artigos (Barbosa, Pinho et al. 2009, Floridaia, Tamburrini et al. 2010). Um estudo realizado na Itália não encontrou associação entre ter histórico de DSTs, hepatite B e hepatite C e aborto (Floridaia, Tamburrini et al. 2010), enquanto um estudo desenvolvido no Brasil apontou que o auto-relato de alguma DST na vida esteve associado a maior risco de ocorrência de término voluntário da gestação (RC 1,85, IC95% 1,31-2,62) (Barbosa, Pinho et al. 2009).

A prática de sexo em troca de dinheiro ou drogas foi investigada em dois estudos (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009), que não encontraram associação entre a variável e o desfecho.

Discussão

Os resultados desta revisão indicam que MVHA tem maiores taxas de aborto induzido, especialmente após o diagnóstico (Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Gammeltoft et al. 2010), embora essas taxas tenham sido reduzidas após a introdução do PPTV (Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Gammeltoft et al. 2010) e variem bastante de acordo com o país e a legalidade ou não do aborto. Esses resultados também indicam que os fatores associados ao aborto entre MVHA são muito semelhantes aos fatores entre MNVHA. Alguns deles, como a situação empregatícia e as condições socioeconômicas (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), o apoio social (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), o número de parceiros (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Barbosa, Pinho et al. 2009), a relação com o parceiro (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), o planejamento da gestação (Florida, Tamburrini et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) e a ocorrência de violência (física e sexual) (Bedimo, Bessinger et al. 1998, Barbosa, Pinho et al. 2012), têm resultados mais uniformes entre os diferentes estudos. como a idade (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Florida, Tamburrini et al. 2010), Já outros fatores, como a cor de pele/raça/etnia (Kline, Strickler et al. 1995, Bedimo, Bessinger et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho

et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010), uso de contracepção (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012) ter tido gestações (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Florida, Tamburrini et al. 2010) e filhos previamente (Kline, Strickler et al. 1995, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012), desejo da gestação (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009), ocorrência de aborto prévio (Kline, Strickler et al. 1995, Barbosa, Pinho et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010), ter feito uso de drogas (Kline, Strickler et al. 1995, Thackway, Furner et al. 1997, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010) e ter tido alguma DST na vida (Barbosa, Pinho et al. 2009, Florida, Tamburrini et al. 2010), apresentam resultados bastante divergentes e, por vezes, antagônicos, variando de acordo com os diferentes contextos e as diferentes formas de inquirir sobre o fator associado e de categorizar as respostas.

Além desses fatores comuns a MVHA e MNVHA, as MVHA ainda estão expostas a fatores específicos às pessoas vivendo com HIV, como as condições de saúde (Kline, Strickler et al. 1995, Florida, Tamburrini et al. 2010), o receio de prejudicar a própria saúde já debilitada por causa do vírus (Orner, de Bruyn et al. 2010), a sorologia e o estado de saúde do parceiro (Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Hanh et al. 2010, Florida, Tamburrini et al. 2010), o medo de transmitir o vírus para a criança (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012), de não viver por muito tempo (Bui, Hanh et al. 2010, Villela, Barbosa et al. 2012) e o medo de infligir sofrimento à criança (Orner, de Bruyn et al. 2010, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012).

Uma das dificuldades de se fazer uma revisão de estudos acerca de aborto induzido entre MVHA é que, muitas vezes, os artigos não fazem distinção entre aborto provocado e espontâneo quando apresentam os resultados (de Bruyn 2005). Além disso, os dados são bastante incompletos, especialmente em países onde a prática é restrita e estigmatizada (Delvaux and Nostlinger 2007). Nesta revisão, alguns artigos não faziam distinção entre aborto provocado antes e após o diagnóstico (Barbosa, Pinho et al. 2009,

Barbosa, Pinho et al. 2012), enquanto outro artigo incluía tentativa não-sucedida na mesma categoria do desfecho aborto (Villela, Barbosa et al. 2012).

Poucos artigos avaliaram a prevalência e os fatores associados ao aborto induzido em contextos de ilegalidade, nos quais, via de regra, o aborto é praticado de forma insegura (Barbosa, Pinho et al. 2009, Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012). Essa lacuna no que tange a estudos que contemplem a prática de aborto inseguro entre MVHA, especialmente após o diagnóstico, corrobora com uma revisão realizada por de Bruyn (2005), que não encontrou estudos acerca dos efeitos de abortos inseguros em MVHA (de Bruyn 2005). De fato, trabalhar com o tema do aborto em contextos de ilegalidade é um desafio para qualquer pesquisa, pois não existe nada que garanta legalmente o sigilo das informações coletadas (Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. 2009). Entretanto, não só a ilegalidade da prática dificulta sua pesquisa, mas também o significado que uma gravidez não-planejada e seu término tem no imaginário da mulher (Osis, Hardy et al. 1996).

Conclusão

A ênfase dada nos serviços de saúde ao uso do condom, com vistas à prevenção da infecção ou reinfecção pelo HIV, desvencilhada de uma discussão mais abrangente sobre planejamento reprodutivo resulta em altas taxas de gravidezes não planejadas, findadas em última instância em aborto. Assim, é importante que os serviços de saúde incluam em suas rotinas discussões e práticas que contemplem mais amplamente a saúde reprodutiva, como a indicação de outras opções contraceptivas, que não exclusivamente o uso de condom.

Os achados desta revisão de literatura mostram que estudos desenvolvidos com o intuito de relacionar a prática de aborto induzido entre MVHA são escassos e de difícil comparabilidade devido às diferentes metodologias utilizadas e aos diferentes contextos nos quais são realizados (países desenvolvidos ou em desenvolvimento, com leis mais brandas ou mais rígidas no que tange ao aborto, nos quais ele é praticado de forma segura ou insegura). Ainda existe uma lacuna no que tange à prática de aborto, especialmente pós-diagnóstico, em contextos nos quais sua prática é ilegal e

insegura. Também não existem estudos quantitativos que busquem esclarecer o papel dos pares (parceiro, mãe, sogra, profissionais dos serviços de saúde) na decisão por abortar ou manter a gestação.

Conhecer e compreender as decisões reprodutivas das MVHA, após três décadas de epidemia da Aids, é uma tarefa urgente e que tem implicações diretas sobre a prevenção do HIV e sobre a qualidade de vida das mulheres. O contexto social e cultural no qual as mulheres estão inseridas influencia diretamente os fatores que concorrem para a decisão da realização de um aborto. Assim, é fundamental que os estudos contemplem não apenas fatores de ordem individual, mas considerem também elementos relacionados aos contextos de vulnerabilidade social e programática aos quais as mulheres encontram-se submetidas, como as relações de gênero, classe social e raça/cor, além do peso assumido pelo estigma e discriminação relacionados à doença.

Agradecimentos

À CAPES (processo 4579-11-9) e ao CNPq (edital universal 14/2009) pelo suporte financeiro para a realização desta pesquisa.

Referências

- Barbosa, R. M., A. Pinho, N. S. Santos, E. Filipe, W. Villela and T. Aidar (2009). "[Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil]." Cien Saude Colet **14**(4): 1085-1099.
- Barbosa, R. M., A. A. Pinho, N. S. Santos, E. Filipe, W. Villela and T. Aidar (2009). "[Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil]." Cien Saude Colet **14**(4): 1085-1099.
- Barbosa, R. M., A. A. Pinho, N. S. Santos and W. V. Villela (2012). "Exploring the relationship between induced abortion and HIV infection in Brazil." Reprod Health Matters **20**(39 Suppl): 80-89.
- Bedimo, A. L., R. Bessinger and P. Kissinger (1998). "Reproductive choices among HIV-positive women." Soc Sci Med **46**(2): 171-179.
- Boisson, E. V. and L. C. Rodrigues (2002). "Factors associated with HIV infection are not the same for all women." J Epidemiol Community Health **56**(2): 103-108.
- Bongain, A., A. Berrebi, E. Marine-Barjoan, B. Dunais, M. Thene, C. Pradier and J. Y. Gillet (2002). "Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **104**(2): 124-128.
- Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. (2009). Aborto e Saude Publica no Brasil: 20 anos. M. d. Saude. Brasília, Ministerio da Saude: 427.
- Bui, K. C., T. Gammeltoft, T. T. Nguyen and V. Rasch (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam." Trop Med Int Health **15**(10): 1172-1178.
- Bui, K. C., N. T. Hanh, V. Rasch and T. Gammeltoft (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Northern Vietnam: exploring reproductive dilemmas." Cult Health Sex **12 Suppl 1**: S41-54.
- CAPES (2013). Portal de Periódicos da Capes. Brasília, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Connor, E. M., R. S. Sperling, R. Gelber, P. Kiselev, G. Scott, M. J. O'Sullivan, R. VanDyke, M. Bey, W. Shearer, R. L. Jacobson and et al. (1994). "Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group." N Engl J Med **331**(18): 1173-1180.

Cooper, D., J. Harries, L. Myer, P. Orner, H. Bracken and V. Zweigenthal (2007). ""Life is still going on": reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa." Soc Sci Med **65**(2): 274-283.

de Bruyn, M. (2005). HIV/AIDS and reproductive health: Sensitive and neglected issues. Chapel Hill.

Delvaux, T. and C. Nostlinger (2007). "Reproductive choice for women and men living with HIV: contraception, abortion and fertility." Reprod Health Matters **15**(29 Suppl): 46-66.

Fiore, S., I. Heard, C. Thorne, V. Savasi, O. Coll, R. Malyuta, T. Niemiec, P. Martinelli, C. Tibaldi and M. L. Newell (2008). "Reproductive experience of HIV-infected women living in Europe." Hum Reprod **23**(9): 2140-2144.

Florida, M., M. Ravizza, C. Pinnetti, C. Tibaldi, A. Bucceri, G. Anzidei, M. Fiscon, A. Molinari, P. Martinelli, S. Dalzero, E. Tamburrini and P. Italian Group on Surveillance on Antiretroviral Treatment in (2010). "Treatment change in pregnancy is a significant risk factor for detectable HIV-1 RNA in plasma at end of pregnancy." HIV Clin Trials **11**(6): 303-311.

Florida, M., E. Tamburrini, C. Tibaldi, G. Anzidei, M. L. Muggiasca, A. Meloni, B. Guerra, A. Maccabruni, A. Molinari, A. Spinillo, S. Dalzero and M. Ravizza (2010). "Voluntary pregnancy termination among women with HIV in the HAART era (2002-2008): a case series from a national study." AIDS Care **22**(1): 50-53.

Florida, M., E. Tamburrini, C. Tibaldi, G. Anzidei, M. L. Muggiasca, A. Meloni, B. Guerra, A. Maccabruni, A. Molinari, A. Spinillo, S. Dalzero, M. Ravizza and P. Italian Group on Surveillance on Antiretroviral Treatment in (2010). "Voluntary pregnancy termination among women with HIV in the HAART era (2002-2008): a case series from a national study." AIDS Care **22**(1): 50-53.

Gruskin, S., R. Firestone, S. Maccarthy and L. Ferguson (2008). "HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs?" Am J Public Health **98**(10): 1746-1750.

Guttmacher Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2006). Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs Of People Living with HIV. New York: 4.

Hankins, C., T. Tran and N. Lapointe (1998). "Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian Women's HIV Study Group." J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol **18**(5): 479-487.

Kanniappan, S., M. J. Jeyapaul and S. Kalyanwala (2008). "Desire for motherhood: exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood." AIDS Care **20**(6): 625-630.

Kline, A., J. Strickler and J. Kempf (1995). "Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women." Soc Sci Med **40**(11): 1539-1547.

Orner, P., M. de Bruyn, J. Harries and D. Cooper (2010). "A qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa." SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council **7**(2): 44-51.

Orner, P., M. de Bruyn, J. Harries and D. Cooper (2010). "A qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa." SAHARA J **7**(2): 44-51.

Osis, M. J., E. Hardy, A. Faundes and T. Rodrigues (1996). "[Difficulties encountered in gathering information on illegal abortion in the population of women]." Rev Saude Publica **30**(5): 444-451.

Sanderson, S., I. D. Tatt and J. P. Higgins (2007). "Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: a systematic review and annotated bibliography." Int J Epidemiol **36**(3): 666-676.

Sherr, L., J. Barnes, J. Elford, A. Olaitan, R. Miller and M. Johnson (1997). "Women with HIV disease attending a London clinic." Genitourin Med **73**(4): 274-279.

Smits, A. K., C. A. Goergen, J. A. Delaney, C. Williamson, L. M. Mundy and V. J. Fraser (1999). "Contraceptive use and pregnancy decision making among women with HIV." AIDS Patient Care STDS **13**(12): 739-746.

Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martinez, D. Shaw, I. van Beek, E. Wright, K. Clezy and J. M. Kaldor (1997). "Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection." AIDS **11**(5): 663-667.

Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martinez, D. Shaw, I. van Beek, E. Wright, K. Clezy and J. M. Kaldor (1997). "Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection." AIDS (London, England) **11**(5): 663-667.

Todd, C. S., G. Alibayeva, J. L. Sanchez, C. T. Bautista, J. K. Carr and K. C. Earhart (2006). "Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan." Contraception **74**(4): 318-323.

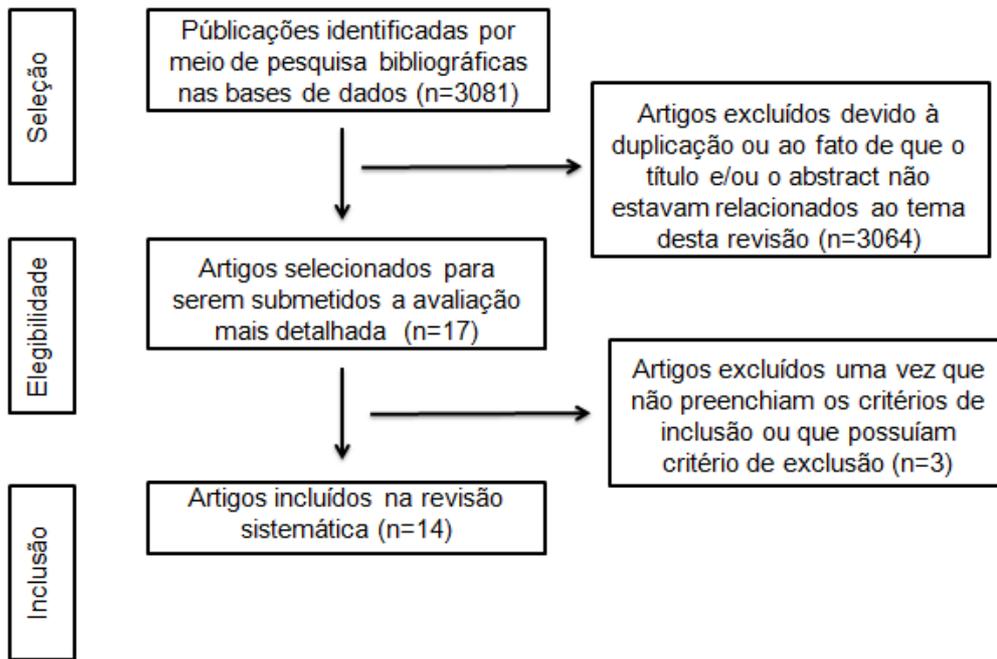
UNAIDS/ONUSIDA (2010). Chegando a Zero: Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015. Brasília, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA),: 68.

van Benthem, B. H., I. de Vincenzi, M. C. Delmas, C. Larsen, A. van den Hoek and M. Prins (2000). "Pregnancies before and after HIV diagnosis in a european cohort of HIV-infected women. European Study on the Natural History of HIV Infection in Women." AIDS **14**(14): 2171-2178.

Villela, W. V., R. M. Barbosa, A. P. Portella and L. A. de Oliveira (2012). "[Motives and circumstances surrounding induced abortion among women living with HIV in Brazil]." Cien Saude Colet **17**(7): 1709-1719.

Weightman, A. L., M. K. Mann, L. Sander and R. L. Turley (2004). Health Evidence Bulletins Wales: A systematic approach to identifying the evidence: . Cardiff, Information Services UWCM.

Figura 1. Diagrama representativo da seleção dos estudos incluídos na revisão de literatura.



Quadro I. Avaliação metodológica dos estudos quantitativos observacionais selecionados, através da ferramenta Health Evidence Bulletins – Wales.

| Referência | Relevância do estudo | Clareza dos objetivos | Metodologia adequada | População adequada | Consideração de confundimento e vieses | Tempo de seguimento (coorte) | Tabelas e gráficos corretamente rotulados | Análise estatística | Resultados | Validade externa | Desfechos importantes considerados | Informação de custo | Evidência tipo IV | Soma |
|---|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|--|------------------------------|---|---------------------|------------|------------------|------------------------------------|---------------------|-------------------|------|
| Florida, Tamburrini, Tibaldi et al., 2010 | S | S | S | S | N | NSA | S | NSA | S | N | S | N | S | 8 |
| Bedimo, Bessinger e Kissinger, 1998 | S | S | S | S | N | NSA | S | S | S | S | S | N | S | 10 |
| van Benthem, de Vicenzi, Delmas et al., 2000 | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | N | S | 12 |
| Kline, Strickler e Kempf, 1995 | S | S | S | N | S | NSA | N | NSA | S | S | S | N | S | 8 |
| Bui, Gammeltoft, Nguyen et al., 2010 | S | S | S | S | S | NSA | N | S | S | S | S | N | S | 10 |
| Barbosa, Pinho, Santos et al., 2009 | S | S | S | S | S | NSA | S | S | S | S | S | N | S | 11 |
| Bongain, Berrebi, Marine-Barjoan et al., 2002 | S | S | S | S | S | S | N | S | S | N | S | N | S | 10 |
| Thackway, Furner, Mijch et al., 1997 | S | S | S | N | N | S | S | NSA | N | S | S | N | S | 8 |
| Sherr, Barnes, Elford et al., 1997 | S | N | N | N | N | NSA | S | NSA | S | N | S | N | N | 4 |
| Hankins, Tran, Lapointe, 1998 | S | N | S | S | N | S | S | NSA | S | N | S | N | N | 7 |

S = Sim; N = Não; NSA = Não Se Aplica

Quadro II. Avaliação metodológica dos estudos qualitativos selecionados, através da ferramenta Health Evidence Bulletins – Wales.

| Referência | Relevância do estudo | Clareza dos objetivos | Metodologia escolhida foi adequada | Posição dos autores | Amostragem claramente descrita | Descrição da coleta de dados | Análise de dados | Resultados | Credibilidade dos resultados | Validade externa | Desfechos importantes considerados | Aceito para posterior uso | Soma |
|---|----------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------|------------|------------------------------|------------------|------------------------------------|---------------------------|------|
| Barbosa, Pinho, Santos et al., 2012 | S | S | S | N | S | S | N | S | S | S | S | S | 10 |
| Bui, Hanh, Rasch et al., 2010 | S | S | S | N | S | S | N | S | S | S | S | S | 10 |
| Villela, Barbosa, Portella et al., 2012 | S | S | S | N | S | N | N | S | S | S | S | S | 9 |
| Orner, de Bruyn, Harries et al., 2010 | S | S | S | N | S | S | S | S | S | S | S | S | 11 |

S = Sim; N = Não; NSA = Não Se Aplica

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão.

| Referência | Local da coleta de dados | Tamanho amostral | Desenho de estudo | Prevalência de aborto | Fatores relacionados à ocorrência de aborto (fatores de risco ou proteção ¹ e razões ² para a realização do aborto) |
|--|---|------------------|--|--|---|
| Florida, Tamburrini, Tibaldi et al., 2010 | Itália | 397 gestações | Caso-controle aninhando a uma coorte prospectiva | - | <ul style="list-style-type: none"> Ter tido gravidez anterior (RC=2,5; IC95%: 1,30-4,82) Não planejar a gravidez (RC=24,3; IC95%: 5,8-101,2) Ter a doença mais avançada, medida por baixa contagem de linfócitos T CD4+ (mediana 270 versus 420, p=0,011) |
| Bedimo, Bessinger e Kissinger, 1998 | Nova Orleans, Louisiana, EUA | 403 MVHA | Transversal | 25% das mulheres que engravidaram pós-diagnóstico abortaram | <ul style="list-style-type: none"> Ser branca (71% da amostra versus negra 24%)* Não ser solteira (61% x 24%) Ter histórico de violência sexual (56,3% x 29,4%) Viver com parceiro sexual (50% x 25%)³ |
| van Benthem, de Vicenzi, Delmas et al., 2000 | Trinta e um centros, em doze países europeus (Grécia, Itália, Portugal, Espanha, Bélgica, França, Holanda, Suíça, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia) | 449 MVHA | Coorte prospectiva | 42% das gestações ocorridas 4 anos antes do diagnóstico acabaram em aborto, mesma situação de 55% daquelas ocorridas até 4 anos após o diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> Estar solteira (viúva ou divorciada, OR=0,38; IC95%: 0,18-0,79 ; casada ou coabitando com parceiro, OR=0,33; IC95%: 0,18-0,63)* Ter entre 15 e 25 anos (25-34, OR=0,38; IC95%: 0,18-0,79 ; 35-44, OR=0,90; IC95%: 0,30-2,76)* Ter maior número de parceiros (5-19, OR=1,67; IC95%: 0,95-2,94 ; >19, OR=2,75 IC95% 1,45-5,24)* Ter HIV (OR=1,8; IC95% : 1,11-2,91)⁴ |

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------|-------------|--|---|
| Kline, Strickler e Kempf, 1995 | Três cidades no norte de Nova Jersey, EUA | 238 MVHA | Transversal | Aproximadamente metade das gestações ocorridas durante o seguimento acabaram em aborto | <ul style="list-style-type: none"> • Ter bom estado de saúde (64,1% com boa saúde manteve a gravidez, mesma situação de 30,9% daquelas com problemas de saúde) • Ter histórico de uso de crack (25% das que usaram continuaram a gravidez, versus 66,1% das que não usaram) • Ter tido abortos prévios (das que não tiveram, 54,5% mantiveram a gestação, mesma situação de 24,2% das que relataram aborto prévio)³ |
| Bui, Gammeltoft, Nguyen et al., 2010 | Quang Ninh e Hai Phong, Vietnam | 707 MVHA | Transversal | 22% das gestações entre MNVHA acabaram em aborto, mesma situação de 68% das gravidezes entre MVHA (75% antes da introdução do PPTV e 50% após) | <ul style="list-style-type: none"> • Ter tido aborto após o diagnóstico foi associado com ter 30 anos ou mais (OR=5,44; IC95%; 1,28-23,02) • Ser pequena comerciante ou trabalhadora independente (OR=3,61; IC95%; 1,05-12,45) • Ter sido diagnosticada com HIV em 2004 ou antes (OR=2,96; IC95%; 1,02-8,53) |

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--------------------|--|--|
| <p>Barbosa, Pinho, Santos et al., 2009</p> | <p>Belém, Campina Grande, Recife, Vitória da Conquista, São Paulo, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Distrito Federal, Goiânia, Campo Grande, Curitiba e Pelotas, Brasil</p> | <p>1777 MVHA e 2045 MNVHA</p> | <p>Transversal</p> | <p>17,5% das gestações entre MVHA e 10,4% entre MNVHA acabaram em aborto (após o ajuste para a variável número de parceiros, essa diferença não foi significativa, com taxas de 13,3% e 11,0%, respectivamente</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ser mais velha (em comparação com ter entre 18 e 24 anos, ter de 25-29 anos, OR=1,75; IC95%: 0,89-3,44; 30-34 anos, OR=2,35; IC95%: 1,21-4,57; 35-39 anos, OR=2,00; IC95%: 1,00-3,99; 40-49 anos, OR=3,20; IC95%: 1,60-6,39) • Região de residência (em comparação com região sul, centro-oeste OR=1,33; IC95%: 0,72-2,47; nordeste OR=2,07; IC95%: 1,15-3,71; sudeste OR=2,38; IC95%: 1,36-4,15; norte OR=3,19; IC95%: 1,39-7,35) • Idade na primeira relação sexual (em comparação com ter tido 18 ou mais, ter tido 16-17 anos, OR=1,80; IC95%: 1,11-2,90; 15 anos ou menos, OR=1,80; IC95%: 1,13-2,86) • Número de parceiros sexuais na vida (em comparação com ter tido apenas um, ter tido dois ou três OR=2,75; IC95%: 1,06-7,34; três ou mais OR=6,38; IC95%: 2,49-16,29) • Ter usado drogas alguma vez na vida (OR=1,84; IC95%: 1,01-3,35) • Ter tido (auto-relato) alguma DST na vida (OR=1,85; IC95%: 1,31-2,62) |
|--|--|-------------------------------|--------------------|--|--|

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|--|
| <p>Bongain, Berrebi, Marine-Barjoan et al., 2002</p> | <p>Toulouse e Nice, França</p> | <p>1103 gravidezes em 937 mulheres</p> | <p>Coorte prospectiva</p> | <p>62,9% das gestações foram findadas em aborto induzido, 59,4% antes da introdução do PPTV e 37,5% após</p> | <p>Antes da introdução do uso de antiretrovirais para a prevenção da transmissão vertical (antes de 1994):</p> <ul style="list-style-type: none"> • País de origem (ser da África subsaariana, OR=0,33; IC95%: 0,13-0,84) • Estado civil (viver com companheiro, OR=0,43; IC95%: 0,31-0,60) • Sorologia do parceiro (parceiro ser HIV-, OR=0,62; IC95%: 0,40-0,96) <p>Depois da introdução do uso de antiretrovirais para a prevenção da transmissão vertical (depois de 1994):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravidezes prévias (não ter tido gravidezes prévias, OR=0,40; IC95%: 0,23-0,70) • Estado civil (viver com companheiro OR=0,23; IC95%: 0,13-0,43) • Sorologia do parceiro (parceiro ser HIV-, OR=0,27; IC95%: 0,13-0,58) |
| <p>Thackway, Furner, Mijch et al., 1997</p> | <p>Cinco estados da Austrália</p> | <p>294 MVHA</p> | <p>Coorte retrospectiva</p> | <p>47% das gravidezes pós-diagnóstico resultaram em aborto (54% das gestações ocorridas até um ano pós diagnóstico, 50% daquelas ocorridas entre um e cinco anos e 66,6% daquelas ocorridas mais de 5 anos após o diagnóstico)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • O desfecho da gravidez variou conforme o modo de exposição ao HIV: entre UDI, 59% das gravidezes terminaram em aborto, mesma situação de 38% daquelas com contágio heterossexual. • Dentre as mulheres que tiveram aborto, 24 (82%) tiveram um único aborto e 5 (18%) tiveram múltiplos abortos. Dentre as primeiras, 53% eram UDI e dentre as últimas todas eram UDI.³ |

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------------------|---|---|
| Sherr, Barnes, Elford et al., 1997 | Londres, Reino Unido | 100 MVHA | Série de casos | 19 MVHA tiveram uma ou mais gestações terminadas em aborto induzido (12 antes, 7 após e 2 antes e após o diagnóstico) | <ul style="list-style-type: none"> • Não encontrou associação entre variáveis analisadas e desfecho (tamanho amostral bastante reduzido) |
| Hankins, Tran, Lapointe, 1998 | 28 centros, em 11 cidades do Canadá | 392 MVHA | Coorte prospectiva | A incidência de aborto terapêutico em gestações concebidas 20 semanas antes do diagnóstico (10,6/100 pessoas ano) foi mais do que o triplo para o mesmo período pós diagnóstico (3,1/100 pessoas ano). A proporções de gravidezes terminadas em aborto terapêutico foi de 21,3%, de 12 meses a 20 semanas antes do diagnóstico, de 33,3%, até 20 semanas antes do diagnóstico e 37,1%, até 20 semanas após o diagnóstico. | <ul style="list-style-type: none"> • Houve uma queda na incidência de aborto terapêutico após a introdução do PPTV, passando de 4,3/100 pessoas ano antes de março de 1994 a 1,4/100 pessoas ano, de março de 1994 em diante, resultando em proporções de, respectivamente, 50% e 17%. |

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|--|--------------------------|----------------|--------------------|----------|--|
| <p>Barbosa, Pinho, Santos et al., 2012</p> | <p>5 cidades, Brasil</p> | <p>30 MVHA</p> | <p>Qualitativo</p> | <p>-</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ter parceiro que divide a responsabilidade de criar uma criança é fundamental para a decisão por continuar ou terminar a gestação • Na falta de parceiro (ou de suporte do parceiro) a família é uma importante influência na decisão por abortar ou não • A falta de planejamento das gestações ou sua ocorrência em momento inoportuno são importantes razões para a ocorrência de aborto • Medo de transmitir HIV para a criança e das consequências de seguir o PPTV para a mulher e o bebê, medo de se sobrecarregar com os cuidados de uma criança HIV positivo |
|--|--------------------------|----------------|--------------------|----------|--|

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------|--------------------|----------|--|
| <p>Bui, Hanh, Rasch et al., 2010</p> | <p>Quang Ninh, Vietnam</p> | <p>13 MVHA</p> | <p>Qualitativo</p> | <p>-</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Medo de não ter condições financeiras de ter uma criança • Pressão do parceiro por ter filhos do casal pode ser importante na decisão por engravidar e continuar a gestação • Mesmo o parceiro não querendo, caso a mulher decida fazer o aborto, ela o fará • A maioria das mulheres entrevistadas abortou sem o envolvimento do parceiro (porque ele estava doente ou porque ela achou que ele se oporia ao aborto e não o comunicou de sua decisão) • A família e os serviços de saúde influenciam na decisão por abortar, através de recomendações • Mulheres que superaram mais facilmente o aborto foram as que já tinham filhos • Forte desejo por ter filhos se opõe ao medo de ter um filho HIV positivo e de expor essa criança a sofrimentos desnecessários <p>PPTV traz esperança de ter filhos HIV negativo às mulheres que querem ter filhos; mulheres que abortaram antes do PPTV se arrependem, após conhecê-lo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo de transmitir o HIV, medo de não viver por muito tempo, medo de que a criança venha a sofrer discriminação, medo de dar a luz a uma criança que vai perder os pais prematuramente |
|--|--------------------------------|----------------|--------------------|----------|--|

Quadro III. Descrição e principais achados dos artigos incluídos na revisão (continuação).

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|--------------------|----------|---|
| <p>Villela, Barbosa, Portella et al., 2012</p> | <p>São Paulo, Ribeirão Preto, Pelotas, Porto Alegre, Recife, Goiânia e Belém, Brasil</p> | <p>30 MVHA</p> | <p>Qualitativo</p> | <p>-</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Temor em relação a perder o emprego é importante na decisão por abortar • Ter parceiro que possa assumir responsabilidades paternas e dividir a responsabilidade pela criação de um filho é fundamental na decisão por continuar a gestação • Importância das mães e das sogras no processo decisório pelo término da gestação • Participação indireta do serviço de saúde na decisão por abortar, através da omissão da incorporação de demandas de saúde sexual e reprodutiva nas rotinas • Gestações não planejadas implicam em que a mulher se sinta incapaz ou não desejosa de assumir a maternidade • Importância do momento em que a gestação ocorreu: antes ou após a introdução do PPTV • Medo de transmitir o vírus para a criança, riscos para a mulher e sacrifício para a mulher e para o feto por causa do PPTV, preocupação de não ser uma boa mãe (por não amamentar), apreensão quanto à própria saúde |
| <p>Orner, de Bruyn, Harries et al., 2010</p> | <p>Cidade do Cabo, África do Sul</p> | <p>24 mulheres MVHA</p> | <p>Qualitativo</p> | <p>-</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades financeiras são importantes razões para a prática de aborto • A comunidade em geral tem a percepção de que MVHA que engravidam são irresponsáveis, uma vez que a camisinha é largamente disponível • O não uso de preservativo pelo parceiro e a falta de orientações eficazes faz com que tenham gestações indesejadas, findadas em aborto • Medo de que a gestação vá piorar sua saúde • Medo de infligir sofrimento ao bebê e outras crianças, sentimento de responsabilidade e culpa de ter um filhos HIV positivo |

MVHA = mulheres vivendo com HIV/Aids; MNVHA = mulheres não vivendo com HIV/Aids; PPTV = Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical; RC = Razão de Chances; IC95% = Intervalo de Confiança 95%; ¹ Fatores de risco ou proteção obtidos em estudos quantitativos; ² Razões para a realização de aborto obtidas de estudos qualitativos; ³ Resultados não ajustados. ⁴ Fatores de risco para a ocorrência de aborto antes e após o diagnóstico (combinados).

6. Artigo 2

Em processo final de análise pela revista PloS One

Title:

Lifetime Induced Abortion: a Comparison between Women Living and Not Living with HIV

Authors:

Flávia Bulegon Pilecco^{a*}

Luciana Barcellos Teixeira^{bc}

Álvaro Vigo^{ad}

Michael E. Dewey^e

Daniela Riva Knauth^{af}

Affiliations:

^a Graduate Studies Program in Epidemiology, Federal University of Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

^b Graduate Studies Program in Public Health, Federal University of Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

^c Department of Professional Assistance and Guidance, Nursing School, Federal University of Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) , Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

^d Department of Statistics, Federal University of Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) , Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

^e Department of Health Service and Population Research, Institute of Psychiatry, King's College London, London, United Kingdom.

^f Department of Social Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) , Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

*Corresponding author e-mail: flaviapilecco@yahoo.com.br

Abstract

Background: Studies aimed at understanding the association between induced abortion and HIV are scarce and differ on the direction of the association. This paper aims to show the prevalence of induced abortion in a sample of pregnancies of women living and not living with HIV/Aids, determining variables associated with pregnancy termination and linked to the life course of women and to the specific context of the pregnancy. **Methods:** Data came from a cross-sectional study, using interviewer-administered questionnaire, developed with women that attended public health services in Porto Alegre, Brazil. A generalized estimating equation model with logit link measured the association between determinants and abortion. **Findings:** The final sample was composed of 684 women living with HIV/Aids (2,039 pregnancies) and 639 women not living with HIV/Aids (1,539 pregnancies). The prevalence of induced abortion among pregnancies in women living with HIV/Aids was 6.5%, while in women not living with HIV/Aids was 2.9%. Among women living with HIV/Aids, the following were associated with induced abortion in the multivariable analysis: being older, having a higher education level, having had more sexual partners (i.e., variables linked to the life course of women), having had children prior to the index pregnancy and living with a sexual partner during pregnancy (i.e., variables linked to the context of each pregnancy). On the other hand, among women not living with HIV/Aids, only having a higher education level and having had more sexual partners (i.e., determinants linked to the life course of women) were associated with voluntary pregnancy termination in multivariable analysis. **Conclusion:** Although determinants are similar between women living and not living with HIV/Aids, prevalence of induced abortion is higher among pregnancies in women living with HIV/Aids, pointing to their greater social vulnerability and to the need for public policy to address prevention and treatment of HIV associated with reproductive issues.

Keywords: Induced abortion; HIV; reproductive health.

Introduction

Of the 210 million pregnancies that occurred worldwide in 2008, 16% resulted in unplanned births and 21% in induced abortion (Alan Guttmacher Institute 2008, Sedgh, Singh et al. 2012).

In Brazil, as in most Latin American countries, induced abortion is classified as a crime against life, being allowed only in cases of rape, risk to the woman's life or an anencephalic fetus (Brazil 1940, Zordo 2012). Although illegal, abortion is widely practiced in unsafe conditions in Brazil (Souza e Silva and Fusco 2009). In 2005, indirect techniques based on hospitalizations due to abortion estimated that there were 1,054,242 abortions in Brazil. In that year, the rate was 2.07 abortions per 100 women aged between 15 and 49, and the estimated number of abortions accounted for 30% of live births (Monteiro and Adesse 2006). Data from the National Survey of Abortion, a population-based survey with 2,002 women aged between 18 and 39, conducted with the ballot box method in state capitals and metropolitan regions of Brazil in 2010 showed that 15% of surveyed women had already had at least one abortion during their lifetime (Diniz and Medeiros 2010).

Currently Brazil has about one-third of the total number of cases of HIV/Aids in Latin America (around 530,000 cases) (World Health Organization 2011), with an estimated prevalence of 0.42% (0.31% among women and 0.52% among men) (Brasil 2012). In Brazil, most HIV cases still occur in men, even though the sex ratio has been slowly decreasing. In 2011, the incidence rate among men was 25.9 and among women, 14.7 cases per 100,000 inhabitants, with a sex ratio of 1.7 (Brazil. Ministry of Health. 2011). However, few studies show what influences reproductive decisions throughout life for these women.

Globally, studies aiming to understand the relation between induced abortion and HIV are scarce and differ on the direction of the association. A study conducted in Vietnam, involving the last pregnancy before and the first pregnancy after HIV diagnosis indicated an increase in induced abortion occurrence after diagnosis (Bui, Gammeltoft et al. 2010). However, a study conducted in Canada, analyzing pregnancies in women living with HIV/Aids (WLHA) conceived 20 weeks before HIV diagnosis and comparing them with pregnancies conceived 20 weeks after the diagnosis, pointed in the opposite

direction (Hankins, Tran et al. 1998). Moreover, a study that compared Scottish women who were intravenous drug users or had intravenous drug user partners showed no difference in induced abortion between WLHA and women not living with HIV/Aids (WNLHA) (Johnstone, Brettle et al. 1990), while a study conducted in Australia, which retrieved the medical records of all pregnancies occurred in WLHA, found evidence indicating a higher recurrence of voluntary termination of pregnancy in WLHA when compared to women in the general population (Thackway, Furner et al. 1997). The largest survey conducted in Brazil, which aimed to compare the prevalence of induced abortions in WLHA and WNLHA, held in 13 Brazilian cities, showed a higher prevalence of abortion in WLHA, although the association between HIV and induced abortion was reduced in the multivariable analysis, after the number of partners during lifetime was included in the multivariable model (Barbosa, Pinho et al. 2009).

The following factors are frequently associated with induced abortion among women in general: age (Sihvo, Bajos et al. 2003, Shah and Ahman 2004, Abigail and Power 2008, Edmeades, Lee-Rife et al. 2010, Center for Disease Control and Prevention 2011), skin color (non-white) (Barrett, Peacock et al. 1998, Center for Disease Control and Prevention 2011), higher education levels, unemployment or unstable employment situation, low socioeconomic status (Sihvo, Bajos et al. 2003, Lee, Clements et al. 2004), having had previous pregnancies and previous children (Bankole, Singh et al. 1998, Barrett, Peacock et al. 1998, Sihvo, Bajos et al. 2003, Rede Feminista de Saúde 2005, Abigail and Power 2008), being single (Barrett, Peacock et al. 1998, Fischer, Stanford et al. 1999, Tornbom, Ingelhammar et al. 1999, Kroelinger and Oths 2000, Zabin, Huggins et al. 2000, Sihvo, Bajos et al. 2003, Santelli, Speizer et al. 2006, Abigail and Power 2008, Center for Disease Control and Prevention 2011) or in an unstable relationship (Sihvo, Bajos et al. 2003), having a greater number of sexual partners (Barrett, Peacock et al. 1998) and a history of illicit drug use (Coleman, Reardon et al. 2002, Martino, Collins et al. 2006) and being conducive with abortion practices (Barrett, Peacock et al. 1998).

The literature indicates that the determinants of induced abortion among WLHA are fundamentally the same as those among women in the

general population (Boisson and Rodrigues 2002, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009). Other specific factors, such as having a partner living with HIV or with an unknown serology (Bongain, Berrebi et al. 2002), having been diagnosed before the introduction of PMTCT (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bui, Gammeltoft et al. 2010) and in cases in which women perceive themselves as having poor health (Kline, Strickler et al. 1995) are also determinants of induced abortion practice. In this sense, studies conducted in Brazil showed that the decision to abort is influenced by both the diagnosis of HIV and other aspects of the WLHA's life, such as the period of life in which pregnancy happened, stability and quality of relationship with the sexual partner, insertion in the labor market, and family support (Barbosa, Pinho et al. 2012, Villela, Barbosa et al. 2012).

Furthermore, some studies have analyzed factors associated with induced abortion in WLHA considering induced abortion and HIV as constant variables (i.e., even if a woman had multiple pregnancies, if she reported having abortion in just one of them, she was classified as having had abortions) (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Boisson and Rodrigues 2002, Barbosa, Pinho et al. 2012). In comparison, other studies have focused on specific pregnancies, analyzing abortion and HIV status in each pregnancy (e.g., last pregnancy before and first pregnancy after HIV diagnosis (Hankins, Tran et al. 1998, Bui, Gammeltoft et al. 2010), or pregnancies that occurred during the study period (Johnstone, Brettler et al. 1990, Kline, Strickler et al. 1995, Thackway, Furner et al. 1997, Friedman, Bastos et al. 2011)).

In this context, this paper aims to show the prevalence of induced abortion in all pregnancies of a WLHA group (both before and after HIV diagnosis) and a WNLHA group that attended public health services in Porto Alegre, Brazil, determining variables associated with pregnancy termination and linked both to the life course of women and to the specific context of the pregnancy.

Methods

Ethics statement

The research that led to this paper was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS),

under N. 2008216, as well as by the ethics committees of other institutions involved, as follows: Hospital Conceição (under N. 10-011100517), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (under N. 100517), and the Ethics Committee of Porto Alegre (under N. 001.049442.09.0). All interviewees signed a written informed consent term and were advised that they could refuse to participate in the survey at any time.

Sample description and survey procedures

Data analyzed here came from the Sexual and Reproductive Health of Women in the Context of HIV/Aids in Porto Alegre Survey, a cross-sectional study conducted from January to November 2011 in public health services in Porto Alegre, Brazil. The study population was comprised of women aged between 18 and 49, who had a scheduled visit to a health professional. Survey participants answered a comprehensive set of questions on socioeconomic and demographic characteristics as well as sexual and reproductive health outcomes, regarding sexual partners, contraception, condom use, pregnancy, abortion, HIV diagnosis, and the occurrence of violence.

Participants were selected from two groups: WLHA and WNLHA. WLHA were accessed within all health services specialized in the treatment of people living with HIV/Aids, which had a specific agenda for this purpose (totaling seven health services). WNLHA were selected in primary health services. Of 159 primary health care services in Porto Alegre, 27 were selected, covering all the sanitary districts in order to obtain a representative sample of people that use public health services in the city as a whole. The number of women recruited in each health service was proportional to the number of people attending the corresponding service and interviewees were randomly selected from the daily appointment schedules of each service.

Sample size was calculated based on the prevalence of induced abortion in WLHA and WNLHA found by Barbosa et al. (2009) (Barbosa, Pinho et al. 2009), which is the most complete study available on abortion among WLHA in Brazil to date. Considering a power of 80%, a level of significance of 5%, a sample design effect (*deff*) of 1.6 and adding 20% for possible losses, the final sample size was calculated to be 615 women in

each group. Among WLHA, 65 refused to participate in the survey, as did 41 WNLHA. In the final sample, there were 684 WLHA and 639 WNLHA, with 2,039 pregnancies among WLHA (both before and after diagnosis), and 1,539 pregnancies among WNLHA.

For this analysis, the sample was restricted to women who had at least one pregnancy in their lifetime (59 WLHA and 141 WNLHA were excluded for this reason). Ongoing pregnancies (103 among WLHA and 297 among WNLHA) were excluded because their outcome was unknown at the time of the survey. After exclusions, the analyzed set consisted of 625 WLHA, who had 1,935 pregnancies, and 498 WNLHA, who had 1,242 pregnancies.

Regarding recruitment, participants were approached by interviewers (undergraduate students of nursing and nutrition and graduates in psychology, law and biomedicine) extensively trained to work with sensitive topics. These interviewers invited selected people to participate in the study, explaining procedures and applying the term of consent. Interviews were administered face-to-face by interviewers and typed directly into netbooks.

Variables

Outcome variable was induced abortion, evaluated through a direct question, that is, if the pregnancy was terminated in a live child, a miscarriage or an induced abortion. This question was asked for each pregnancy that the women reported as having. For purposes of analysis, “live child” and “miscarriage” were combined in a category, which indicated that the pregnancy was not terminated in abortion.

The analysis used here was based on the theoretical framework proposed by Bajos et al. (2006), which states that there are characteristics common to all pregnancies linked to the life course of women, and characteristics that differ according to the specific context of each pregnancy (Bajos, Lamarche-Vadel et al. 2006). In this paper, characteristics linked to the life course of women (surveyed at the time of the interview) included variables age, level of education, religion, race/skin color, relatives' support and number of sexual partners during lifetime. On the other hand, variables linked to the specific context of each pregnancy (surveyed in relation to the time of each pregnancy) addressed more proximal variables, such as age at

pregnancy, use of contraception immediately before pregnancy, children born alive before index pregnancy and living with a sexual partner during pregnancy.

In the present paper, race/skin color was evaluated according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) classification: white, black, brown (mixed), yellow (of Asian origin), and indigenous. For the purpose of analysis, race/skin color was defined as a dichotomous variable assuming (white or non-white). The question regarding relatives' support was asked for women who declared having "a relative that lives nearby". Women who declared not having a relative that lived nearby were considered as not having relatives' support. Since previous studies present different ways of categorizing the number of sexual partners, it was chosen that this variable would be categorized in two groups, with the median as cut-off point. Regarding age at the index pregnancy, categories of age "between 30 and 39" and "between 40 and 49 were" collapsed in one due to the small number of pregnancies that occurred in the latter group. Finally, the variable children born alive was evaluated based on the information if there was a pregnancy before the pregnancy index. As to this last variable, pregnancies that were terminated in abortion (spontaneous or induced) or stillbirths were considered as not having generated a live child.

Statistical analysis

Analysis were performed using the Stata software (StataCorp, version 11) and SAS/STAT version 9.3.

The prevalence of abortion was estimated in two ways, as follows: considering the number of women that reported having an abortion divided by the total number of women; and number of pregnancies that resulted in an induced abortion divided by the total number of pregnancies.

Variables were presented as absolute values and percentages at the descriptive analysis (Tables 1, 2, 3, and 4). In Tables 1 and 3, women were the denominator of the analysis. Differences between groups were measured by the chi-square test, calculated using the software STATA version 11. Pregnancies were the denominator of the analysis in Tables 2 and 4. In these Tables, the PROC SURVEYFREQ procedure (SAS version 9.3) was used to

calculate differences between groups given the ability of this procedure to consider observations as a cluster. Moreover, the association between determinants and induced abortions was analyzed using the Rao-Scott chi-square test, a design-adjusted test that is computed by applying a design correction to the weighted Pearson chi-square statistic (SAS Institute Inc. 2011).

A GEE model with a binomial response and a logit link (performed on STATA version 11) was used to determine variables independently associated with induced abortion between WLHA and WNLHA, considering all the pregnancies that these women had during life (Table 5). The GEE model is often used for the study of correlated data (assuming that observational units are grouped), particularly with binary responses (Hanley, Negassa et al. 2003). In the present study, pregnancies are grouped in women. Thus, pregnancies have their own characteristics (linked to the specific context of each pregnancy) and characteristics that they share with other pregnancies (linked to the life course of women). Variables associated with induced abortion practice with a Wald test with $p < 0.2$ in a univariable model were included in the multivariable model. Variables significant at 5% were maintained in the multivariable model. Results were expressed as odds ratios (OR), with 95% of confidence interval (CI). In order to control age difference between groups, the variable “age at interview” was kept in the multivariable model for WLHA and WNLHA.

In addition to the single model for WLHA, which contained all pregnancies that occurred during their lifetime, a regression model was done separately for pregnancies that occurred before and after the HIV diagnosis (data not shown). Regarding the model that included pregnancies occurred before the HIV diagnosis, the determinants associated with induced abortion were the same as in the model that included pregnancies both before and after diagnosis. On the other hand, the model that considered only pregnancies that occurred after HIV diagnosis showed small changes in the estimates in comparison with the model that included pregnancies occurred before and after HIV diagnosis. However, these associations were not significant because of the small number of pregnancies that ended in induced abortion after the HIV diagnosis. This lack of power to perform the analysis of

serological status in each pregnancy is due to the sample size used in this study, that was calculated to analyze the lifetime prevalence of induced abortion. For this reason, when it is referred herein that a determinant is associated with induced abortion among WLHA, this abortions could have occurred both before and/or after diagnosis. The idea is to demonstrate the risk factors for abortion in this population during lifetime, and this methodological option is especially supported by the idea that determinants before and after diagnosis are comparable (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000).

Results

Description of the sample

Among WLHA at the moment of the interview, 13.0% had had at least one abortion in their lifetime (81 of 623 WLHA declared having had a pregnancy termination). On the other hand, of 495 WNLHA, 24 (4.9%) declared having had at least one induced abortion. Of the 1,241 pregnancies that occurred in WNLHA 2.9% (36 pregnancies) ended in induced abortion. Moreover, between the 1,935 pregnancies WLHA declared having had, 126 resulted in an induced abortion (a lifetime prevalence of abortion of 6.5%). Considering pregnancy outcome and HIV diagnosis, 103 of 1,331 pregnancies that occurred before HIV diagnosis ended in an induced abortion (7.7%), compared to 23 of 604 pregnancies that occurred after HIV diagnosis (3.8%) ($p=0.024$).

Among the 81 WLHA who declared having had a pregnancy termination, 71.7% had had only one abortion, which was the same situation as 66.7% of 24 WNLHA. Among WLHA, 21.4% of abortions occurred in the first pregnancy, 21.4% in the second pregnancy, 15.9% in the third pregnancy, and 41.3% from the fourth pregnancy onwards, while in WNLHA, these percentages were 33.3%, 16.7%, 16.7%, and 33.3%, respectively (data not shown).

As to pregnancy planning, 65.7% of the pregnancies that occurred in WLHA were not planned and, of those, 9.7% were terminated by an induced abortion. Among WNLHA, 59.6% of the pregnancies were not planned, and 4.7% of them were terminated by an induced abortion (data not shown).

Regarding reasons to terminate a pregnancy (we could only retrieve the reason for termination in 127 of the 180 induced abortions), among pregnancies occurred in WNLHA (n=32), 31.2% of pregnancies were terminated because the woman and/or her partner did not want a child at the time, 31.2% because the woman and/or her partner did not have the financial means to raise a child, 21.9% because the woman was not married and/or living with a partner or was in a relationship considered unfit for the birth of a child; 9.4% because her parents and/or her parents-in-law did not accept the pregnancy, and 6.3% for other reasons. Among pregnancies that occurred in WLHA before the HIV diagnosis (n=74), the main reason to terminate a pregnancy was that she/her partner didn't want a child at that time (40.5%), followed by a relationship that was considered unfit for the birth of a child (21.6%), not to have financial conditions to raise a child (20,3%), not to have family or family-in-law support to have a child (13.5)% and other reasons (4.1%). On the other hand, among pregnancies occurred in WLHA after the HIV diagnosis (n=21), the main reason to abort was that the woman was living with HIV/the fear of having a seropositive child (47.6%), followed by not to have the financial means to raise a child (19.1%), not to want a child at that time (14.3%), not to be living with a partner or to be in a relationship considered unfit for the birth of a child (9.5%) and other reasons (9.5%).

Regarding the description of characteristics related to the life course of women (Table 1), WLHA were characterized, at the time of the interview, as being older, having a lower education level, less family support, a greater number of sexual partners and a higher percentage of non-white skin, when compared to WNLHA ($p<0.05$). Regarding the specific context of each pregnancy (Table 2), WLHA were using more contraception when they got pregnant, had previously had more children, and were less often living with a partner, when compared to WNLHA ($p<0.05$).

Tables 3 and 4 show a description of the characteristics of WLHA and WNLHA, comparing women who had abortions to women who did not. WLHA who had abortions were older, had a higher education level and a greater number of sexual partners, when compared to the WLHA that declared having no abortion. WNLHA who declared having terminated a pregnancy also had a higher education level and a higher number of sexual partners, compared to

those who had not had a pregnancy termination (Table 3). Regarding the characteristics linked to the specific context of each pregnancy, pregnancies occurring in WLHA were more frequently ended in an induced abortion if the women were older at the time of pregnancy, had previously had children, and were not living with a sexual partner at the time of the pregnancy. The only characteristic linked to the specific context of each pregnancy associated with an induced abortion in WLHA at the descriptive analysis was to be living with a sexual partner at the time of pregnancy (Table 4).

Uni and Multivariable analysis

Having a higher education level and a greater number of sexual partners at the time of the interview and not living with a partner during the index pregnancy were associated with the declaration of an induced abortion in the univariable analysis in WLHA and WNLHA (Table 5). Among WLHA, being older at the time of the interview (between 40 and 49 years) and having had children before the index pregnancy were also associated with voluntary pregnancy termination. All variables that were significant in the univariable analysis remained statistically significant in the adjusted model for WLHA. Among WNLHA, only having a higher education level and a greater number of sexual partners were associated with the outcome in the multivariable model.

Discussion

In the analysis of the reproductive decisions of women, it is possible to notice that twice as many pregnancies in WLHA resulted in an induced abortion when compared to pregnancies that occurred in WNLHA (6.5% versus 2.9%). This higher prevalence is especially true before the diagnosis, but remains higher even after the woman knows she is living with HIV.

There are few studies that examine the association between HIV and induced abortion (Bruyn 2005), especially regarding the comparison between WLHA and WNLHA (Johnstone, Brettle et al. 1990, Thackway, Furner et al. 1997, Barbosa, Pinho et al. 2009, Friedman, Bastos et al. 2011). Moreover, the scenario in which these studies were performed is different. Most of them took place in countries where abortion is safe and allowed by law. In addition, the way of measuring the outcome and the predictor was different. In this paper, the outcome was analyzed in each pregnancy. When the practice of

abortion was analyzed, using woman as a sampling unit (instead of using pregnancy, as it is done in other studies), voluntary termination of pregnancy was still more frequent among WLHA than among WNLHA (13.0% versus 4.9%), which agrees with surveys conducted in Brazil and in Europe (Boisson and Rodrigues 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009).

The prevalence of abortion in both groups was expected to be lower than the prevalence reported in other studies that used women as sampling units (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Boisson and Rodrigues 2002, Barbosa, Pinho et al. 2012). In these studies, if a woman claims to have had a pregnancy termination, she is classified in the abortion group, no matter how many pregnancies she has had. The methodology used in the present study allows for the consideration of different outcomes for each pregnancy. Therefore, a pregnancy may result in abortion, regardless of the outcome of other pregnancies.

Regarding the scenario in which abortion happens, it must be considered that in Brazil induced abortion is, as a rule, prohibited by law, which favors its underreporting. Moreover, Osis et al. (1996) highlighted that it is not only the illegality that influences induced abortion underreporting, but also the "*[meaning unintended pregnancy and its interruption have on each woman's mind]*" (Osis et al., 1996, page 450) (Osis, Hardy et al. 1996) and the importance of motherhood for the construction of women's identity in a given society. Likewise, it is important to consider that because of the illegality and social disapproval of induced abortion and because of the role that motherhood plays in the construction of women's identity, it is expected that the prevalence of abortion reported in this paper was underestimated. According to Rossier (2003), this underestimation can range between 5% and 60%, being lower in scenarios in which abortion is widely practiced, supported by law or socially acceptable (Rossier 2003). However, there is no gold standard with which to compare the findings of our study. The care taken in the data collection, with the establishment of a trust bond between interviewers and interviewees, may have contributed to the decrease in abortion underreporting. Furthermore, one of the elements that could encourage underreporting of abortion is the fact that the interview was held in health services with maternal and child guidance. In Brazil, these health

services have a position strongly opposed to the practice of abortion, which could justify its underreport. However, in both groups interviews were conducted in the same context, which leads us to believe that there would be no difference in underreporting between groups. Moreover, due to the cross-sectional design based on the declaration of past information, not only induced abortion declaration can be biased but other variables, such as number of sexual partners and contraceptive use. Indeed, there is no way to measure if this bias is greater in one group or in the other.

WLHA had more pregnancies that ended in induced abortions during their lifetime, and HIV has been declared as being the main reason for some post-diagnosis abortions. However, HIV is not the main reason for most of these post-diagnosis abortions. They occur mainly due to a combination of factors related to the relationship with the partner, with socioeconomic conditions and with lack of social support for a pregnancy. In fact, the diagnosis of HIV seems to be associated with a decrease in the prevalence of induced abortion. Thus, the decision to interrupt a pregnancy involves social, cultural and economic determinants, not assigned, in most cases, to a single factor. Agreeing with this finding, qualitative studies of women living with HIV indicate that motherhood can be used by these women as a strategy to cope with the stigma of the disease (Knauth 1997).

The factors associated with the occurrence of abortion did not differ greatly between WLHA and WNLHA. With respect to factors linked to the life course of women, in both groups, having a higher education level and a greater number of partners was associated with pregnancy termination. Regarding factors related to the specific context of each pregnancy, living with a partner and having had children before the index pregnancy were associated with induced abortion among WLHA. We believe that these determinants were not associated with the practice of abortion among WNLHA due to the small number of WNLHA who reported having had abortions during their lifetime, which implies a lack of statistical power to demonstrate significant differences between groups.

According to our findings, WLHA are in a context of greater social vulnerability compared to WNLHA, what has already been highlighted by Mann (1992) (Mann 1992). This author indicated that populations that are

more marginalized, stigmatized and that suffer discrimination have greater vulnerability to HIV. Therefore, WLHA in our study had a lower education level, were more commonly non-white, and had less family support when compared to WNLHA. Furthermore, the most commonly alleged reason for the termination of pregnancy among WLHA was the instability of the relationship with the partner. This declaration, coupled with the greater number of sexual partners stated by these women, may be related to the social imperative of searching for a stable alliance, which, ultimately, would be responsible for providing greater social support for these women. Thus, even if the determinants of abortion are similar in WLHA and WNLHA, its rate is higher in WLHA, given the context of greater social vulnerability in which they live.

It is also important to note that only 21.4% of abortions reported by WLHA and 33.3% declared by WNLHA were performed in the first pregnancy, which may indicate that abortion has been used in these populations primarily as a contraceptive method, rather than a form of delay of the onset of the reproductive life. This becomes even more evident when we consider that 65.7% of pregnancies occurred in WLHA and 59.6% of the ones occurred in WNLHA were unplanned. This makes sense in a country like Brazil, where reproductive planning policies had a very late start (Brazil 1996, Coelho, Lucena et al. 2000, United Nations Population Fund 2008), where the population has limited access to contraception (especially emergency contraception) (Lacerda, Miranda-Ribeiro et al. 2005, Brazil. 2009) and where abortion is, as a rule, still illegal.

Conclusions

WLHA are more likely to have a history of pregnancies ended in an induced abortion, although factors associated with the practice of abortion do not differ among WLHA and women in the general population. This finding indicates that WLHA are in a context of greater social vulnerability when compared to WNLHA. This vulnerability exposes them to a higher risk of an occurrence of unwanted pregnancies, since these women have less family support to solve problems, have more unstable relationships and use contraception less frequently. Therefore, health services need to be aware of

the issues related to sexuality and women, since having a history of abortion could indicate a greater chance of living with HIV.

Although contraception has been used in Brazil since the 1960s, there are information and access barriers that prevent its use by part of the population, as opposed to what happens in European countries, such as France, where there is a quite strong contraceptive norm and where access to contraception is widespread (Bajos, Moreau et al. 2004). Thus, while in France abortion is used to correct an eventual contraceptive failure, in Brazil it has even been used as a contraceptive option, in a scenario in which family planning is weak.

In Brazil, AIDS has always been discussed as decoupled from reproductive health. There are two separate programs: the National Policy for Integral Attention to Women's Health (PNAISM) (Brazil 2004), which aims to promote the improvement of living conditions and health of Brazilian women and contribute to the reduction of morbidity and mortality that reaches this population; and the National STD/Aids Policy (Brazil 1999), which aims to reduce the incidence of HIV/Aids and to expand access to diagnosis, treatment and care. Therefore, the idea of integrating women's health through prevention and treatment of Aids is really recent, although, as attested by the results of this research, issues related to reproductive health are directly related to HIV, not only due to the transmission of the virus but and especially due to social vulnerability.

Acknowledgements

We would like to thank all the women surveyed, the health institutions involved in the research that originated the data for this paper and the students who participated as interviewers.

References

Abigail, W. and C. Power (2008). "A systematic review of trend studies of women seeking termination of pregnancy." J Clin Nurs **17**(22): 2951-2962.

Alan Guttmacher Institute (2008). Facts on Induced Abortion Worldwide. New York, Allan Guttmacher Institute: 2.

Bajos, N., A. Lamarche-Vadel, F. Gilbert, M. Ferrand, C. Group, C. Moreau, J. Bouyer, B. Ducot, D. Hassoun, H. Goulard, N. Job-Spira, M. Kaminski, N. Lelong, H. Leridon, N. Razafindratsima, C. Rossier and J. Warszawski (2006). "Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women?" Human reproduction (Oxford, England) **21**(11): 2862-2867.

Bajos, N., C. Moreau, H. Leridon and M. Ferrand (2004). "Why has the number of abortions not declined in France over the past 30 years? ." Population and Society **40**7: 1-4.

Bankole, A., S. Singh and T. Haas (1998). "Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries." International Family Planning Perspectives **24**(3): 117-152.

Barbosa, R. M., A. Pinho, N. S. Santos, E. Filipe, W. Villela and T. Aidar (2009). "[Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil]." Cien Saude Colet **14**(4): 1085-1099.

Barbosa, R. M., A. A. Pinho, N. S. Santos and W. V. Villela (2012). "Exploring the relationship between induced abortion and HIV infection in Brazil." Reprod Health Matters **20**(39 Suppl): 80-89.

Barrett, G., J. Peacock and C. R. Victor (1998). "Are women who have abortions different from those who do not? A secondary analysis of the 1990 national survey of sexual attitudes and lifestyles." Public health **112**(3): 157-163.

Boisson, E. V. and L. C. Rodrigues (2002). "Factors associated with HIV infection are not the same for all women." J Epidemiol Community Health **56**(2): 103-108.

Bongain, A., A. Berrebi, E. Marine-Barjoan, B. Dunais, M. Thene, C. Pradier and J. Y. Gillet (2002). "Changing trends in pregnancy outcome among HIV-

infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **104**(2): 124-128.

Brasil (2012). HIV/aids no Brasil - 2012. A. e. H. V. Departamento de DST, S. d. V. e. Saúde and M. d. Saúde. Brasília, Ministério da Saúde.

Brazil (1940). Decree-Law No. 2.848, of December 7, 1940. Brasília, Presidency of Republic. **2.848**.

Brazil (1996). Law n. 9,263, January 12th 1996. P. o. t. Republic. Brasília.

Brazil (1999). [National STD/Aids Policy: principles and guidelines]. N. S. a. A. Coordination. Brasília, Ministry of Health: 90.

Brazil (2004). [National policy of comprehensive care to women's health: principles and guidelines]. M. o. H. D. o. H. C. D. o. S. P. Actions. Brasília, Ministry of Health: 82.

Brazil. (2009). [National Demographic and Health Survey of Children and Women - PNDS 2006: dimensions of the reproductive process and child health]. Brasília, Ministry of Health, Brazilian Center for Analysis and Planning.: 300.

Brazil. Ministry of Health. (2011). Casos de Aids identificados no Rio Grande do Sul: frequencia por faixa etaria e sexo.

Bruyn, M. (2005). HIV/AIDS and reproductive health: Sensitive and neglected issues. Chapel Hill.

Bui, K. C., T. Gammeltoft, T. T. Nguyen and V. Rasch (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam." Trop Med Int Health **15**(10): 1172-1178.

Center for Disease Control and Prevention (2011). Abortion Surveillance — United States, 2008. Atlanta, Center for Disease Control and Prevention,.

Coelho, E. d. A. C., M. d. F. G. d. Lucena and A. T. d. M. Silva (2000). "[Family planning in Brazil in the context of public health policies: important historical factors]." Revista da Escola de Enfermagem da USP **34**: 37-44.

- Coleman, P. K., D. C. Reardon, V. M. Rue and J. Cogle (2002). "A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term." Am J Obstet Gynecol **187**(6): 1673-1678.
- Diniz, D. and M. Medeiros (2010). "[Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique]." Cien Saude Colet **15 Suppl 1**: 959-966.
- Edmeades, J., S. M. Lee-Rife and A. Malhotra (2010). "Women and reproductive control: the nexus between abortion and contraceptive use in Madhya Pradesh, India." Studies in family planning **41**(2): 75-88.
- Fischer, R. C., J. B. Stanford, P. Jameson and M. J. DeWitt (1999). "Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy." J Fam Pract **48**(2): 117-122.
- Friedman, R. K., F. I. Bastos, I. C. Leite, V. G. Veloso, R. I. Moreira, S. W. Cardoso, A. C. Andrade, M. C. Sampaio, J. Currier and B. Grinsztejn (2011). "Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil." Rev Saude Publica **45**(2): 373-381.
- Hankins, C., T. Tran and N. Lapointe (1998). "Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian Women's HIV Study Group." J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol **18**(5): 479-487.
- Hanley, J. A., A. Negassa, M. D. Edwardes and J. E. Forrester (2003). "Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: an orientation." Am J Epidemiol **157**(4): 364-375.
- Johnstone, F. D., R. P. Brettell, L. R. MacCallum, J. Mok, J. F. Peutherer and S. Burns (1990). "Women's knowledge of their HIV antibody state: its effect on their decision whether to continue the pregnancy." BMJ **300**(6716): 23-24.
- Kline, A., J. Strickler and J. Kempf (1995). "Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women." Soc Sci Med **40**(11): 1539-1547.
- Knauth, D. R. (1997). [Materhood under the sign of AIDS: a study of infected women]. Late Rights: health, sexuality and reproduction in Latin America. A. O. Costa. São Paulo, Editora 34: 39-64.

Kroelinger, C. D. and K. S. Oths (2000). "Partner support and pregnancy wantedness." Birth **27**(2): 112-119.

Lacerda, M. A., P. Miranda-Ribeiro, A. J. Caetano and C. J. Machado (2005). "Measurement and profiles of unsatisfied demands for contraceptives in the municipalities of Belo Horizonte and Recife, Brazil, 2002." R. bras. Est. Pop. **22**(1): 113-129.

Lee, E., S. Clements, R. Ingham and N. Stone (2004). A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood. York, University of Southampton.

Mann, J. M. (1992). AIDS in the World. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

Martino, S. C., R. L. Collins, P. L. Ellickson and D. J. Klein (2006). "Exploring the link between substance abuse and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy." Perspect Sex Reprod Health **38**(2): 66-75.

Monteiro, M. F. G. and L. Adesse (2006) "Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)." Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), 1-10.

Osis, M. J., E. Hardy, A. Faundes and T. Rodrigues (1996). "[Difficulties encountered in gathering information on illegal abortion in the population of women]." Rev Saude Publica **30**(5): 444-451.

Rede Feminista de Saúde (2005). Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis. Belo Horizonte, Rede Feminista de Saúde.

Rossier, C. (2003). "Estimating induced abortion rates: a review." Stud Fam Plann **34**(2): 87-102.

Santelli, J. S., I. S. Speizer, A. Avery and C. Kendall (2006). "An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana." American journal of public health **96**(11): 2009-2015.

SAS Institute Inc. (2011). SAS/STAT® 9.3 User's Guide. Cary, NC, SAS Institute Inc. .

Sedgh, G., S. Singh, I. H. Shah, E. Ahman, S. K. Henshaw and A. Bankole (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008." Lancet.

Shah, I. and E. Ahman (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions." Reproductive Health Matters: 9-17.

Sihvo, S., N. Bajos, B. Ducot and M. Kaminski (2003). "Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies." J Epidemiol Community Health **57**(8): 601-605.

Souza e Silva, R. and C. L. B. Fusco (2009). Aborto provocado: uma realidade ilegal. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. P. Miranda-Ribeiro and A. B. Simão. Belo Horizonte, ABEP: UNFPA: 452.

Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martinez, D. Shaw, I. van Beek, E. Wright, K. Clezy and J. M. Kaldor (1997). "Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection." AIDS (London, England) **11**(5): 663-667.

Tornbom, M., E. Ingelhammar, H. Lilja, B. Svanberg and A. Moller (1999). "Decision-making about unwanted pregnancy." Acta Obstet Gynecol Scand **78**(7): 636-641.

United Nations Population Fund (2008). [Family Planning in Brazil: 50 years of History]: 44.

van Benthem, B. H., I. de Vincenzi, M. C. Delmas, C. Larsen, A. van den Hoek and M. Prins (2000). "Pregnancies before and after HIV diagnosis in a european cohort of HIV-infected women. European Study on the Natural History of HIV Infection in Women." AIDS **14**(14): 2171-2178.

Villela, W. V., R. M. Barbosa, A. P. Portella and L. A. de Oliveira (2012). "[Motives and circumstances surrounding induced abortion among women living with HIV in Brazil]." Cien Saude Colet **17**(7): 1709-1719.

World Health Organization (2011). Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access. Geneva, WHO: 229.

Zabin, L. S., G. R. Huggins, M. R. Emerson and V. E. Cullins (2000). "Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'." Fam Plann Perspect **32**(1): 39-45.

Zordo, S. (2012). "Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia." Ciência & Saúde Coletiva **17**(7): 1745-1754.

Table 1. Description of women living with HIV/AIDS and women not living with HIV/AIDS according to characteristics linked to the life course of women (variables refer to the time of the interview)

| | | Women living with HIV/Aids (n=625^a) | Women not living with HIV/Aids (n=498^a) | p^b |
|--|------------|---|---|----------------------|
| | | n (%) | n (%) | |
| Age at interview (years) | 18-29 | 121 (19.4) | 223 (44.8) | <0.001 |
| | 30-39 | 283 (45.3) | 152 (30.5) | |
| | 40-49 | 221 (35.3) | 123 (24.7) | |
| Level of education (years) | 0 to 7 | 272 (43.5) | 164 (32.9) | 0.001 |
| | 8 to 11 | 162 (25.9) | 166 (33.3) | |
| | 12 or more | 191 (30.6) | 168 (33.8) | |
| Practice of a religion | No | 271 (43.4) | 242 (48.6) | 0.175 |
| | Sometimes | 205 (32.8) | 155 (31.1) | |
| | Always | 149 (23.8) | 101 (20.3) | |
| Race/Skin color | White | 361 (57.8) | 315 (63.6) | 0.046 |
| | Non white | 264 (42.2) | 264 (36.4) | |
| Family support | Yes | 339 (54.2) | 309 (62.2) | 0.008 |
| | No | 286 (45.8) | 188 (37.8) | |
| Number of sexual partners in lifetime ^c | 1-4 | 253 (44.8) | 308 (66.5) | <0.001 |
| | 5 or more | 312 (55.2) | 155 (33.5) | |

^a Totals can differ due to missing answers. ^b Differences between women living with HIV/Aids and women not living with HIV/Aids were calculated using chi square test. ^c Categories based on median number of sexual partner at the time of the interview.

Table 2. Description of pregnancies occurred among women living with HIV/AIDS and women not living with HIV/AIDS according to characteristics linked to the specific context of each pregnancy

| | | Pregnancies among women living with HIV/Aids (n=1,936^a) | Pregnancies among women not living with HIV/Aids (n=1,242^a) | p^b |
|------------------------------|---------|---|---|----------------------|
| | | n (%) | n (%) | |
| Age at pregnancy (years) | Up to19 | 582 (30.1) | 399 (32.1) | 0.345 |
| | 20-29 | 999 (51.7) | 639 (51.5) | |
| | 30-49 | 352 (18.2) | 204 (16.4) | |
| Contraceptive use | Yes | 817 (42.2) | 451 (36.3) | 0.028 |
| | No | 1,119 (57.8) | 790 (63.7) | |
| Previous children | No | 643 (33.2) | 500 (40.3) | <0.001 |
| | Yes | 1,292 (66.8) | 742 (59.7) | |
| Living with a sexual partner | Yes | 1,440 (74.4) | 988 (79.6) | 0.004 |
| | No | 496 (25.6) | 253 (20.4) | |

^a Totals can differ due to missing answers. ^b Differences between pregnancies among women living with HIV/Aids and women not living with HIV/Aids were calculated using Rao-Scott chi-square (PROC SURVEYFREQ).

Table 3. Description of women living with HIV/AIDS and women not living with HIV/AIDS, with and without declaration of induced abortion, according to characteristics linked to the life course of women (variables refer to the time of the interview)

| | Women living with HIV/Aids (n=623 ^a) | | | p ^b | Women not living with HIV/Aids (n=493 ^a) | | |
|---|---|---|--|----------------|---|--|----------------|
| | | Women who declared having had induced abortion (n=81) n (%) | Women who declared having not had induced abortion (n=542) n (%) | | Women who declared having had induced abortion (n=24) n (%) | Women who declared having not had induced abortion (n=469) n (%) | p ^b |
| Age at interview (years) | 18-29 | 5 (6.2) | 115 (21.2) | 0.001 | 6 (25.0) | 213 (45.4) | 0.125 |
| | 30-39 | 35 (43.2) | 248 (45.8) | | 9 (37.5) | 143 (30.5) | |
| | 40-49 | 41 (50.6) | 179 (33.0) | | 9 (37.5) | 113 (24.1) | |
| Level of education (years) | 0 to 7 | 33 (40.7) | 239 (44.1) | 0.005 | 2 (8.3) | 162 (34.5) | 0.010 |
| | 8 to 11 | 12 (14.8) | 149 (27.5) | | 8 (33.3) | 154 (32.8) | |
| | 12 or more | 36 (44.4) | 154 (28.4) | | 14 (58.4) | 153 (32.6) | |
| Practice of a religion | No | 38 (46.9) | 232 (42.8) | 0.748 | 11 (45.8) | 227 (48.4) | 0.217 |
| | Sometimes | 24 (29.6) | 181 (33.4) | | 5 (20.8) | 150 (32.0) | |
| | Always | 19 (23.5) | 129 (23.8) | | 8 (33.4) | 92 (19.6) | |
| Race/Skin color | White | 52 (64.2) | 309 (57.0) | 0.222 | 16 (66.7) | 297 (63.7) | 0.771 |
| | Non white | 29 (35.8) | 233 (43.0) | | 8 (33.3) | 169 (36.3) | |
| Family support | Yes | 41 (50.6) | 296 (54.6) | 0.501 | 12 (50.0) | 295 (63.0) | 0.199 |
| | No | 40 (49.4) | 246 (45.4) | | 12 (50.0) | 173 (37.0) | |
| Number of sexual partners in lifetime ^c | 1-4 | 20 (29.0) | 231 (46.8) | 0.005 | 7 (33.3) | 297 (68.0) | 0.001 |
| | 5 or more | 49 (71.0) | 263 (53.2) | | 14 (66.7) | 140 (32.0) | |

^a Totals can differ due to missing answers. ^b Differences between women living with HIV/Aids and women not living with HIV/Aids were calculated using chi square test. ^c Categories based on median number of sexual partner at the time of the interview.

Table 4. Description of pregnancies occurred among women living with HIV/AIDS and women not living with HIV/AIDS that resulted or not in induced abortion, according to characteristics linked to the specific context of each pregnancy

| | | Pregnancies among women living with HIV/Aids (n=1,935^a) | | p^b | Pregnancies among women not living with HIV/Aids (n=1,241^a) | | p^b |
|------------------------------|---------|---|--|----------------------|---|--|----------------------|
| | | Ended in induced abortion (n=126) n (%) | Not ended in induced abortion (n=1,809) n (%) | | Ended in induced abortion (n=36) n (%) | Not ended in induced abortion (n=1,205) n (%) | |
| Age at pregnancy (years) | Up to19 | 27 (21.6) | 555 (30.7) | 0.031 | 11 (30.6) | 388 (32.2) | 0.896 |
| | 20-29 | 79 (63.2) | 920 (50.9) | | 18 (50.0) | 620 (51.4) | |
| | 30-49 | 19 (15.2) | 332 (18.4) | | 7 (19.4) | 197 (16.4) | |
| Contraceptive use | Yes | 48 (38.1) | 769 (42.5) | 0.479 | 8 (22.2) | 443 (36.8) | 0.097 |
| | No | 78 (61.9) | 1,040 (57.5) | | 28 (77.8) | 761 (63.2) | |
| Previous children | No | 28 (22.2) | 615 (34.0) | 0.026 | 13 (36.1) | 486 (40.3) | 0.635 |
| | Yes | 98 (77.8) | 1,193 (66.0) | | 23 (63.9) | 719 (59.7) | |
| Living with a sexual partner | Yes | 52 (41.3) | 1,387 (76.7) | <0.001 | 19 (52.8) | 968 (80.4) | <0.001 |
| | No | 74 (58.7) | 422 (23.3) | | 17 (47.2) | 236 (19.6) | |

^a Totals can differ due to missing answers. ^b Differences between pregnancies among women living with HIV/Aids and women not living with HIV/Aids calculated using Rao-Scott chi-square (PROC SURVEYFREQ).

Table 5. Odds ratio and 95% confidence interval for declaration of induced abortion among women living with HIV/Aids and women not living with HIV/Aids, estimated through the univariable and multivariable GEE logistic model

| | | Declaration of induced abortion | | | |
|---|------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | | Women living with HIV/Aids | | Women not living with HIV/Aids | |
| | | Univariable analysis | Multivariable analysis | Univariable analysis | Multivariable analysis |
| | | OR (CI95%) ^a | OR (CI95%) ^b | OR (CI95%) ^a | OR (CI95%) ^b |
| Age at interview (years) ^c | 18-29 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 30-39 | 2.50 (0.91-6.86) | 2.30 (0.77-6.86) | 1.97 (0.67-5.81) | 2.76 (0.74-10.26) |
| | 40-49 | 3.84 (1.41-10.47) | 3.44 (1.18-10.04) | 1.82 (0.63-5.27) | 3.20 (0.96-10.70) |
| Level of education (years) ^c | 0 to 7 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 8 to 11 | 0.92 (0.45-1.87) | 1.26 (0.59-2.69) | 9.72 (1.99-47.55) | 8.96 (1.85-43.35) |
| | 12 or more | 2.86 (1.69-4.69) | 3.29 (1.84-5.88) | 14.67 (3.36-64.03) | 8.69 (1.91-39.33) |
| Practice of a religion ^c | No | 1 | - | 1 | - |
| | Sometimes | 0.88 (0.50-1.57) | - | 1.02 (0.35-2.99) | - |
| | Always | 1.07 (0.58-1.96) | - | 2.29 (0.86-6.11) | - |
| Race/Skin color ^c | White | 1 | - | 1 | - |
| | Non-white | 0.61 (0.36-1.01) | - | 0.94 (0.37-2.39) | - |
| Family support ^c | Yes | 1 | - | 1 | - |
| | No | 0.98 (0.60-1.59) | - | 1.40 (0.60-3.29) | - |
| Number of sexual partners in lifetime ^{cd} | 1-4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 5 or more | 2.80 (1.59-4.95) | 2.34 (1.33-4.14) | 4.50 (1.72-11.79) | 3.85 (1.44-10.30) |
| Age at pregnancy (years) ^e | Up to 19 | 1 | - | 1 | - |
| | 20-29 | 1.37 (0.82-2.27) | - | 0.92 (0.37-2.26) | - |
| | 30-49 | 1.26 (0.69-2.31) | - | 0.81 (0.20-3.35) | - |
| Contraceptive use ^e | Yes | 1 | - | 1 | - |
| | No | 0.85 (0.50-1.43) | - | 1.69 (0.62-4.61) | - |
| Previous children ^e | No | 1 | 1 | 1 | - |
| | Yes | 2.11 (1.39-3.18) | 3.42 (2.10-5.57) | 1.31 (0.61-2.84) | - |
| Living with a sexual partner ^e | Yes | 1 | 1 | 1 | - |
| | No | 3.57 (2.24-5.68) | 5.00 (3.35-7.47) | 3.14 (1.01-9.80) | - |

^a OR: Odds Ratio; CI95%: Confidence Interval of 95%. Estimated through unadjusted Generalized Estimating Equations (GEE). ^b OR: Odds Ratio; CI95%: Confidence Interval of 95%. Estimated through adjusted Generalized Estimating Equations (GEE). ^c Variables refer to the time of the interview. ^d Categories based on median number of sexual partner at the time of the interview. ^e Variables refer to the time of pregnancy.

7. Artigo 3

Título: Aborto pós-diagnóstico em mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil

Revista pretendida: Ciência e Saúde Coletiva

Título resumido: Aborto pós-diagnóstico em mulheres vivendo com HIV/Aids

Área de concentração: Saúde coletiva

Palavras-chave: aborto induzido, HIV, trajetória de vida, saúde reprodutiva

Financiamento:

O projeto que originou este artigo foi financiado pelo Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (edital nº14/2009).

Resumo

Objetivo: Analisar as características das mulheres e dos abortos realizados após o diagnóstico do HIV. **Metodologia:** Foram analisados dados de mulheres vivendo com HIV/Aids recrutadas em serviços públicos especializado em HIV/Aids em Porto Alegre.

Resultados: Das 18 mulheres que declaram ter feito aborto após o diagnóstico, cinco se identificam como negras e uma como parda, dez possuem ensino médio completo, uma ensino superior completo, seis, ensino fundamental incompleto e uma ensino fundamental completo. A declaração de violência é recorrente. O uso consistente de contracepção e de preservativo é baixo nessa população. A mediana de idade nas gestações que resultaram em aborto foi de 27 anos e a mediana de tempo entre o diagnóstico e o aborto foi de 2 anos. Na maioria dos abortos a iniciativa foi da própria mulher. Em metade dos abortos, a motivação foi a mulher estar vivendo com HIV, embora apenas 3, de 10 mulheres que declararam essa motivação não tenham tido outros filhos após o diagnóstico. **Discussão:** Não é possível traçar um perfil de mulher que aborta após o diagnóstico. Essa decisão é situacional e influenciada por diversos outros fatores, que remetem a momentos específicos do ciclo de vida, formas de organização familiar e de parceria e ao contexto socioeconômico no qual a gravidez acontece.

Palavras-chave: aborto, HIV, trajetória de vida, saúde reprodutiva.

Abstract

Objective: To analyze the characteristics of women and of abortions performed after the HIV diagnosis. **Methodology:** Data from women living with HIV/Aids, recruited from public services specialized in HIV/Aids treatment in Porto Alegre, were analyzed. **Results:** Of the 18 women who declared to have had an abortion after HIV diagnosis, five were black and one was brown/mulatto, ten have completed high school, one had university degree, six had incomplete primary education and one had complete primary education. The declaration of violence is recurrent. Consistent use of contraception and condoms is low in this population. The median age in pregnancies that resulted in miscarriage was 27 years old and the median time between HIV diagnosis and abortion was 2 years. The initiative of most abortions was taken by the woman. The motivation in half of the abortions was that the woman was living with HIV. Nevertheless, 3 of 10 women who reported this motivation have not had other children after HIV diagnosis. **Discussion:** A profile of a woman who has induced abortions after HIV diagnosis can not draw. This decision is situational and influenced by many other factors, which refer to specific points in the life cycle, forms of family organization and partnership and to the socioeconomic context in which the pregnancy happens.

Keywords: induced abortion, HIV, life course, reproductive health.

Dados de Identificação:

Flávia Bulegon Pilecco^a

Luciana Barcellos Teixeira^b

Álvaro Vigo^c

Daniela Riva Knauth^d

^a Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 406 - Rio Branco

90035-007 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/Fax: (51) 3308-5461

e-mail: flaviapilecco@yahoo.com.br

^b Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem - Prédio 21103, Sala 205

Rua São Manoel, 963, CEP 90620-110

^c Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Av. Bento Gonçalves, 9500 - Prédio 43-111 – sala B212 – Agronomia

91509-900 Porto Alegre - RS – Brasil

Fone: (51) 3308-6209

e-mail: alvaro.vigo@gmail.com

^a Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 406 - Rio Branco

90035-007 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/Fax: (51) 3308-5461

e-mail: daniela.knauth@gmail.com

Endereço para correspondência:

Flávia Bulegon Pilecco

Departamento Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rua Ramiro Barcelos, 2500 - sala 406 - Rio Branco

90035-007 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/Fax: (51) 3308-5461

e-mail: flaviapilecco@yahoo.com.br

Introdução

Os avanços na prevenção e no tratamento do HIV/Aids possibilitaram às mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) levar a termo uma gestação com risco bastante diminuído de transmissão do vírus ao feto e de terem suas condições de saúde ameaçadas pela gravidez (Connor, Sperling et al. 1994). Assim, se por um lado estes avanços tecnológicos garantem o direito à reprodução, por outro, de certa forma, não contemplam a outra face dos direitos reprodutivos, que é a de não ter filhos ou de tê-los no espaçamento que a mulher e/ou o casal considere adequado. O alto investimento das políticas públicas e dos serviços de saúde, em uma perspectiva de saúde materno-infantil, acaba por constranger o acesso daquelas mulheres que não se adéquam ao preservativo como método contraceptivo ou ainda que desejam interromper uma gestação (Villela, Barbosa et al. 2012). Esta visão da mulher sob a ótica da reprodução tem implicações, ainda, no diagnóstico tardio daquelas mulheres que não tem filhos ou que estão fora da faixa etária reprodutiva (Fisch 2013).

As decisões reprodutivas das MVHA levam em consideração não apenas o fato de elas serem soropositivas para o vírus, mas também fatores de ordem individual, aspectos sociais, bem como as expectativas culturais que recaem sobre as essas mulheres (Gruskin, Firestone et al. 2008). Em revisão da literatura sobre o tema (Pilecco 2014) foram identificados apenas onze estudos que analisaram abortos provocados após o diagnóstico, nove através de metodologia quantitativa e dois, de qualitativa. Nesses estudos, o risco de transmissão do vírus ao feto foi um dos fatores que pesaram nas decisões reprodutivas das MVHA. Estudos realizados em países desenvolvidos, nos quais o aborto é seguro e permitido por lei, antes da introdução do Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical (PPTV), mostraram que o aborto provocado era uma prática relativamente comum. Nestes estudos, as taxas de aborto variaram de 19% em Londres (Sherr, Barnes et al. 1997) e 25%, em Louisiana, EUA (Bedimo, Bessinger et al. 1998), a aproximadamente metade, em Nova Jersey, EUA (Kline, Strickler et al. 1995). Após a introdução do PPTV houve uma redução na proporção de gravidezes findadas em aborto induzido (Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Bui, Gammeltoft et al. 2010), embora essas taxas tenham continuado bastante elevadas, sendo de 17,5% no Brasil (Barbosa, Pinho et al. 2009), 37,1% no Canadá (Hankins, Tran et al. 1998), 47%, na Austrália (Thackway, Furner et al. 1997), 53% em 12 países europeus (van Benthem, de Vincenzi et al. 2000), 62,9% em uma coorte realizada na França

(Bongain, Berrebi et al. 2002) e 68% no Vietnã (Bui, Gammeltoft et al. 2010). Por outro lado, alguns estudos sugerem que não somente estar vivendo com o vírus motiva a decisão dessas mulheres por abortar, mas que existe também uma associação entre aborto provocado pós-diagnóstico e características socioeconômicas. Dessa forma, estudos qualitativos realizados no Brasil (Villela, Barbosa et al. 2012), no Vietnã (Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010) e na cidade do Cabo (Orner, de Bruyn et al. 2010) indicam o medo de perder o emprego (Villela, Barbosa et al. 2012), bem como o medo de não ter condições financeiras para criar uma criança (Bui, Gammeltoft et al. 2010, Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010) como razões para a prática de aborto.

O histórico de decisões reprodutivas também se reflete na continuação ou interrupção uma gestação pós-diagnóstico. Assim, estudos desenvolvidos na Italia (Floridia, Tamburrini et al. 2010) e na França (Bongain, Berrebi et al. 2002), indicam que uma gestação tem mais chances de findar em aborto caso a mulher já tenha tido gestações anteriores. Além disso, alguns trabalhos apontam que o não planejamento da gestação tem estado associado à prática de aborto (Floridia, Tamburrini et al. 2010) e não desejar ser mãe naquele momento da vida como um dos motivos que levou mulheres a abortar (Villela, Barbosa et al. 2012).

Por fim, variáveis relativas ao estado de saúde das MVHA, como a contagem de linfócitos T CD4+ (Floridia, Tamburrini et al. 2010) e o medo que a gravidez possa debilitar ainda mais uma saúde já fragilizada pelo vírus (Orner, de Bruyn et al. 2010) também estiveram associadas ao término voluntário da gestação, em estudos realizados na Itália e na África do Sul, respectivamente. Outras razões como o medo de contaminar o feto (Bui, Gammeltoft et al. 2010, Villela, Barbosa et al. 2012), os riscos e sacrifícios relacionados à PPTV (Villela, Barbosa et al. 2012), o medo de não viver por muito tempo e deixar uma criança órfã (Bui, Hanh et al. 2010, Villela, Barbosa et al. 2012) ou mesmo de infligir sofrimento ao bebê e a outras crianças dependentes (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010) e o fato de já ter tido um filho infectado, que faleceu (Bui, Hanh et al. 2010), leva muitas mulheres a decidir terminar a gravidez.

Buscando compreender como o diagnóstico de HIV impacta nas decisões reprodutivas das MVHA, o presente artigo tem por objetivo analisar as características das mulheres e dos abortos realizados após o diagnóstico do HIV.

Metodologia

Neste artigo são analisados os dados provenientes da pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto da Epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre, um estudo observacional, realizado em serviços públicos de saúde da cidade de Porto Alegre.

A população em estudo foi composta por mulheres de 18 a 24 anos, que buscavam os serviços públicos da cidade. Essas mulheres foram divididas em dois grupos: MVHA e mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA). As MVHA foram recrutadas nos serviços especializados e com agenda específica para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids existentes em Porto Alegre. As MNVHA foram acessadas em serviços de atenção primária à saúde do município. Esses serviços de atenção primária foram sorteados aleatoriamente, de modo a abranger todos os distritos sanitários da cidade. O número de mulheres recrutadas em cada unidade foi proporcional ao volume de atendimentos prestado e as entrevistadas foram aleatoriamente selecionadas a partir da agenda de consultas dos serviços.

O tamanho amostral foi calculado com base no trabalho de Barbosa et al. (2009), que estimou a prevalência de aborto induzido para as duas populações em estudo (MVHA e MNVHA) (Barbosa, Pinho et al. 2009). Considerando-se um poder de 80%, um nível de significância de 5% e um efeito de desenho amostral (*deff*) de 1,6, e acrescentando-se 20% para possíveis perdas, a amostra foi estimada em 615 MVHA e 615 MNVHA. Entre as MVHA, 65 recusaram participar da pesquisa, e entre as MNVHA, 41, resultando em uma amostra final composta por 684 MVHA e 639 MNVHA. Dentre as MVHA, 126 tiveram gestações que terminaram em aborto provocado e 18 relataram terem realizado aborto após o diagnóstico do HIV.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e novembro de 2011. O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário aplicado por entrevistador, com perguntas objetivas, que abordavam características socioeconômicas e demográficas e questões de saúde sexual e reprodutiva, como parcerias afetivo-sexuais, contracepção, uso de preservativo, gestações, aborto, diagnóstico de HIV e violência (física, psicológica e sexual).

Como nosso objetivo foi aprofundar a análise dos abortos ocorridos a partir do conhecimento do status sorológico para o HIV, os dados apresentados neste artigo referem-se às 18 MVHA que tiveram abortos pós-diagnóstico e aos 23 casos de aborto pós-diagnóstico. Tendo em vista o pequeno número de casos e, por outro lado, a

relevância social e política da compreensão deste fenômeno, optamos por realizar uma análise descritiva e qualitativa da trajetória conjugal, sexual e reprodutiva destas mulheres. Assim, foram consideradas informações socioeconômicas e demográficas (idade, cor, religião, escolaridade, trabalho, renda e apoio de parentes), relativas à sexualidade e reprodução (idade na primeira relação sexual, uso de contracepção e de condom na iniciação sexual, número de parceiros durante a vida e nos últimos 12 meses, número de uniões, tempo desde a última relação sexual, uso de contracepção e de camisinha nessa última relação e número de filhos atualmente), informações mais específicas sobre o contexto da gestação que resultou em aborto (número de filhos na época da gestação, idade na época da gestação, histórico de aborto prévio àquela gravidez, se estava em uso de contracepção quando engravidou, se coabitava com parceiro na época e qual sua relação com esse parceiro, se o parceiro estava vivendo com HIV e se era o mesmo da gestação anterior), informações que qualificassem o aborto em si (qual a idade gestacional na época do aborto, onde foi realizado o aborto, se precisou de ajuda médica pós-aborto, onde procurou essa ajuda e como foi esse atendimento, de quem foi a iniciativa de fazer o aborto e qual foi a principal razão para a realização desse aborto), informações de contextos que podem expor a mulher a uma maior vulnerabilidade social (ocorrência de violência psicológica, física e sexual, uso de drogas e relato de sexo pago), idade em que a mulher descobriu ser HIV positivo e porque fez o teste e se ela desejava ter filhos no futuro.

Na tabela 1, variáveis como cor de pele, escolaridade, idade na época do diagnóstico e ocorrência de violência foram comparadas entre MVHA que tiveram aborto pós-diagnóstico e demais MVHA. No quadro 1, os dados de MVHA que tiveram aborto pós-diagnóstico são apresentados em maiores detalhes. Essa análise pormenorizada, permitiu também a criação de pequenos textos que recontam a trajetória contraceptiva e reprodutiva dessas mulheres (textos não apresentados). Esses textos foram posteriormente analisados com o objetivo de entender em que contexto e quais os fatores que pesaram na decisão de interrupção da gestação. Esta estratégia metodológica permitiu analisar cada trajetória evidenciando fatores que numa análise agregada por variável são menos patentes, como a relação entre o motivo do aborto e outras gestações pós-diagnóstico que foram levadas a termo.

Esse estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (centro proponente da pesquisa) e de outros três comitês de ética, responsáveis pelos locais de coleta de dados, possibilitando às entrevistadas a recusa

ou a interrupção do questionário a qualquer momento e assegurando o anonimato e a confidencialidade das respostas, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados

Das 18 mulheres que declararam ter feito aborto após o diagnóstico, cinco se identificaram como negras e uma como parda. Já entre as MVHA que declararam não ter tido aborto pós-diagnóstico, 274 (41,1%) se auto-declararam não-brancas (negras ou pardas). Em relação à escolaridade, entre aquelas que declararam ter terminado ao menos uma gestação após o diagnóstico, uma possuía ensino superior completo, dez, ensino médio completo, uma, ensino fundamental completo e seis delas tinham ensino fundamental incompleto. Já dentre as que declararam não ter terminado voluntariamente gestações após o diagnóstico, 80 (12,0%) tinham ensino técnico ou superior completo ou incompleto, 139 (20,9%) tinham ensino médio completo, 173 (26,0%) tinham ensino fundamental completo e 274 (41,1%) tinham ensino fundamental incompleto ou nunca frequentaram a escola (tabela 1).

A mediana da idade na época do diagnóstico de HIV foi de 21 anos (intervalo interquartilico 18-26) para aquelas que abortaram após o diagnóstico e de 28 (intervalo interquartilico 22,5-34,5) para as que não o fizeram. As razões pelas quais as mulheres que declararam ter terminado uma gestação após o diagnóstico fizeram o teste anti-HIV foram: a gestação e o pré-natal (n=7), o parceiro ter ficado doente (n=3), ela ter ficado doente (n=1), o médico ter solicitado o teste (n=2), ter tido relações sexuais desprotegidas (n=2), por iniciativa própria ou por rotina (n=1) e por outros motivos (n=2). Já entre as que declararam não ter abortado após o diagnóstico, esses motivos foram alegados por, respectivamente, 226 (34,0%), 76 (11,4%), 121 (18,2%), 38 (5,7%), 16 (2,4%), 87 (13,1%) e 101 mulheres (15,2%) (tabela 1).

A declaração de violência é recorrente entre as mulheres que abortaram após o diagnóstico. Das 18 mulheres, 14 sofreram algum tipo de violência. Assim, 11 declararam ter sofrido violência psicológica, oito, violência sexual e 11, violência física (dentre as 17 que responderam questões acerca da ocorrência de violência física). Ainda dentre as 18, 11 declararam ter feito uso de algum tipo de droga ao longo da vida e sete fizeram sexo em troca de dinheiro. Por outro lado, dentre as MVHA que declararam não ter findado gestação em aborto, após o diagnóstico, 381 (57,2%)

declararam ter sofrido algum tipo de violência. Do total de mulheres (n=666), 263 (39,9%) sofreram violência psicológica, 255, violência física (38,7%) e 120 (18,2%), violência sexual (tabela 1). Dentre essas MVHA que não abortaram após o diagnóstico, 194 (29,3%) declararam ter feito uso de drogas ilícitas e 70 (10,6%) fizeram sexo em troca de dinheiro alguma vez na vida.

O uso consistente de contracepção, considerando-se a primeira e a última relação, foi declarado por quatro, de 17 mulheres (uma mulher teve sua primeira relação através de sexo forçado, razão pela qual optamos por não inquirir acerca daquela relação), enquanto o uso consistente de preservativo nessas duas ocasiões foi declarado por apenas uma das entrevistadas. (dados não apresentados).

Sete mulheres tiveram filhos apenas antes do diagnóstico, uma não teve filhos, quatro tiveram filhos apenas após o diagnóstico e seis tiveram filhos antes e após o diagnóstico. Das 17 mulheres que tiveram filhos em outras gestações (uma não teve filhos), apenas duas os tiveram com o mesmo parceiro, e, das 22 gestações que foram precedidas de outras gestações, 12 não eram do mesmo parceiro da gestação imediatamente anterior (quadro 1).

A mediana de idade nas gestações que resultaram em aborto foi de 27 anos (intervalo interquartilico 23-30,5), a mediana de tempo entre o diagnóstico e o aborto foi de 2 anos (intervalo interquartilico 1-5,75) e a mediana do número de filhos antes do aborto foi de 2 (intervalo interquartilico 1-2,75) (dados não apresentados).

Das gestações para as quais essa informação está disponível (n=20), quase a metade (nove) foram terminadas com o uso de Misoprostol, quatro com o uso de aspiração à vácuo, três com o uso de chás ou infusões, duas através do uso de sonda, uma com o uso de curetagem e uma com o uso de bucha vegetal. Em 15 gestações, a iniciativa pelo aborto foi da própria mulher, em duas dela e do parceiro, em duas, dela e de seus familiares e, em apenas um dos casos, a iniciativa foi somente do parceiro (quadro 1). Metade das gestações (dez) tiveram como motivação a mulher estar vivendo com HIV, três, a falta de condições financeiras, três porque a mulher e/ou o parceiro não queriam filhos naquele momento, duas porque a mulher e o parceiro não eram casados e duas por outros motivos. Apesar de a razão para o aborto de metade das gestações ter sido o HIV, apenas 3, de 10 mulheres que declararam essa motivação não tiveram outros filhos após o diagnóstico (quadro 1).

Discussão

A análise da trajetória reprodutiva das mulheres que abortaram após o diagnóstico indica que a decisão pela interrupção da gravidez está associada a um conjunto de fatores, que não exclusivamente o HIV. Assim, uma gravidez não prevista tem diferentes significados segundo o momento do ciclo de vida no qual ela acontece e a decisão por terminá-la não pode ser compreendida se não for considerada sua inscrição na trajetória de vida das mulheres (Donati, Cèbe et al. 2002).

As MVHA que tiveram gestações finalizadas em aborto pós-diagnóstico, caracterizavam-se por ser mais frequentemente brancas, com maior escolaridade, por usar menos preservativo e contracepção na primeira e última relações e por relatarem ter sofrido violência (psicológica, física e sexual) mais frequentemente que MVHA em geral. Assim, apesar de os determinantes socioeconômicos e demográficos colocarem essas mulheres em situação de menor vulnerabilidade individual em relação às outras MVHA, o uso consistente de contracepção e proteção e o frequente relato de situações de violência indicam que estas mulheres encontram-se submetidas a determinantes de gênero que criam obstáculos à garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como ao direito humano à integridade física e psicológica (Faúndes and Barzelatto 2004).

A infecção pelo HIV parece ser uma importante razão para a interrupção da gestação, uma vez que cerca de metade dos abortos foram motivados pelo fato de a mulher estar vivendo com HIV. Essa relação entre aborto e HIV fica especialmente evidente através do achado de que, na maioria dos casos, há um intervalo de tempo de dois anos entre o diagnóstico e o aborto. Assim, além de ter que lidar com um diagnóstico relativamente recente, que traz consigo todas as implicações de se descobrir soropositiva para o HIV, como o estigma e a necessidade de acompanhamento e tratamento, uma gravidez ocorrida logo após o diagnóstico ou um diagnóstico feito durante a gestação, exige que as mulheres tomem uma decisão sobre seu seguimento ou sua manutenção, tornando o momento de vida ainda mais delicado (Guimarães 2001, Guilhem 2005).

Por outro lado, mesmo abortos que foram declaradamente findados devido ao HIV, não ocorreram exclusivamente por causa do status de soropositividade, mas sim por um conjunto de fatores, dentre o quais o número de filhos que a mulher já tem e o relacionamento com o parceiro. Isso fica evidente quando observado que as mesmas mulheres que declararam não desejar aquela gestação por estar vivendo com o vírus

tiveram outros filhos após o diagnóstico. Neste mesmo sentido, Villela et al. (2012) mostram que mesmo nos casos em que o HIV interferiu na decisão por abortar, esse motivo esteve associado a outros fatores. Esses outros fatores, no caso de mulheres vivendo com HIV/Aids, são reforçados pela possibilidade concreta de adoecimento ou de morte precoce (Bui, Hanh et al. 2010, Orner, de Bruyn et al. 2010, Villela, Barbosa et al. 2012).

Em nossos achados, ao contrário de outros estudos (Bedimo, Bessinger et al. 1998, Bongain, Berrebi et al. 2002), estar em uma relação com o parceiro não esteve relacionado à ocorrência de aborto pós-diagnóstico. Assim, houve relatos de aborto em situações de coabitação com o parceiro e nas quais o parceiro da gestação que resulta em aborto é o mesmo da gravidez anterior (demonstrando certa estabilidade do relacionamento), ao passo que também houve abortos em situações de parcerias eventuais. Questões de ordem subjetiva podem se interpor nessa relação entre estar em uma relação com o parceiro e manter a gestação, como ter um companheiro disposto a assumir as responsabilidades paternas e dividir a responsabilidade pela criação dos filhos (Villela, Barbosa et al. 2012), ou ainda a avaliação quanto à longevidade e qualidade da relação conjugal (Donati, Cèbe et al. 2002).

Nesse contexto, apesar de a decisão por seguir ou não uma gravidez ocorrer, muitas vezes, em função da disponibilidade do parceiro em assumir responsabilidades paternas, nem sempre ela é feita através da interação com esse companheiro. Assim, na maioria das gestações que terminaram em aborto após o diagnóstico do HIV, foi a mulher quem teve a iniciativa por findá-la. Isso vai ao encontro dos achados de Chi et al. (2010), que, estudando mulheres vietnamitas mostraram que mesmo que o parceiro não queira o aborto, se a mulher decidir fazê-lo, ela leva sua decisão a cabo (Bui, Hanh et al. 2010).

Desta forma, como sugere Donati et al. (2002) analisando o processo decisório quanto ao desfecho de uma gestação em mulheres que vivem na França, a decisão por interromper uma gestação não se reduz à ausência do desejo de maternidade. Quando uma mulher se descobre grávida, o desejo ou não de filhos se conjuga com todo um conjunto de razões que remete às representações sociais do bom momento e das boas condições para ser mãe (Donati, Cèbe et al. 2002).

A análise da trajetória reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids evidencia que não há um perfil específico de mulher que aborta após o diagnóstico. Os abortos devem ser compreendidos dentro de uma diversidade dos processos decisórios que

remetem a momentos específicos do ciclo de vida, formas de organização familiar e de parceria e ao contexto socioeconômico no qual a gravidez se dá (Donati, Cèbe et al. 2002). A mudança em um dos elementos desta situação pode implicar em uma decisão distinta, razão pela qual uma gravidez pode ser interrompida em função do diagnóstico do HIV em um determinado momento e uma próxima gestação ser levada a termo apesar do HIV.

Considerações finais

Nossos achados sugerem que não há um perfil específico de mulher que aborta, mostrando que a decisão é situacional. Assim, os estudos que tem por objetivo investigar fatores e razões associados à prática de aborto devem inquirir especificamente sobre o contexto de cada gestação. Pesquisas que classificam a mulher apenas como tendo abortado ou não, não consideram que essa mesma mulher pode ter tido outras gestações não findadas em aborto.

Se não há um perfil particular de mulher que decide interromper a gestação por causa do diagnóstico de HIV, uma gestação pode ser prevista e, no caso de não desejada, evitada. A questão que devemos nos colocar é a de por que estas gestações que não vieram em um bom momento não foram evitadas com o uso de métodos contraceptivos eficazes? Os dados indicam ainda que abortos são realizados de forma insegura nos países onde esta prática é ilegal, colocando em risco a vida das mulheres, particularmente daquelas MVHA (Alan Guttmacher Institute 2008).

As elevadas taxas de aborto entre MVHA apontadas pela literatura internacional e nacional (Kline, Strickler et al. 1995, Sherr, Barnes et al. 1997, Thackway, Furner et al. 1997, Bedimo, Bessinger et al. 1998, Hankins, Tran et al. 1998, van Benthem, de Vincenzi et al. 2000, Bongain, Berrebi et al. 2002, Barbosa, Pinho et al. 2009, Bui, Gammeltoft et al. 2010) sugerem que esta população está tendo um acesso precário à informação e a métodos eficazes de contracepção, a despeito do forte investimento das políticas e serviços de saúde no uso do preservativo (Teixeira 2012). Assim, investir na difusão e disponibilização de insumos para a dupla proteção é uma ação fundamental para reduzir as gravidezes não previstas. Da mesma forma, é importante o desenvolvimento de ações educativas com vistas a prevenir gravidezes indesejadas e DSTs, conduzidas de forma contínua, especialmente junto às populações mais vulneráveis. Portanto, a garantia dos direitos reprodutivos das MVHA não passa

apenas pela redução da transmissão vertical do HIV, mas inclui também a garantia de acesso ao diagnóstico precoce, ações educativas, planejamento reprodutivo, métodos contraceptivos eficazes e insumos de prevenção.

Autoria

FBP participou da concepção e do delineamento do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do artigo; LBT participou da concepção e do delineamento do estudo, da revisão crítica do artigo e da aprovação de sua versão final; AV participou da concepção e do delineamento do estudo, da revisão crítica do artigo e da aprovação de sua versão final; DRK participou da concepção e do delineamento do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à Capes (processo nº 4579-11-9) e aos CNPq, pelas bolsas de doutorado ofertadas à F.B.P., e ao CNPq, pelo financiamento do projeto do qual se originaram os dados apresentados neste artigo (edital universal nº14/2009).

Referências

- Alan Guttmacher Institute (2008). Facts on Induced Abortion Worldwide. New York, Allan Guttmacher Institute.
- Barbosa, R. M., A. Pinho, N. S. Santos, E. Filipe, W. Villela and T. Aidar (2009). "[Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil]." Cien Saude Colet **14**(4): 1085-1099.
- Bedimo, A. L., R. Bessinger and P. Kissinger (1998). "Reproductive choices among HIV-positive women." Soc Sci Med **46**(2): 171-179.
- Bongain, A., A. Berrebi, E. Marine-Barjoan, B. Dunais, M. Thene, C. Pradier and J. Y. Gillet (2002). "Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **104**(2): 124-128.
- Bui, K. C., T. Gammeltoft, T. T. Nguyen and V. Rasch (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam." Trop Med Int Health **15**(10): 1172-1178.
- Bui, K. C., N. T. Hanh, V. Rasch and T. Gammeltoft (2010). "Induced abortion among HIV-positive women in Northern Vietnam: exploring reproductive dilemmas." Cult Health Sex **12 Suppl 1**: S41-54.
- Connor, E. M., R. S. Sperling, R. Gelber, P. Kiselev, G. Scott, M. J. O'Sullivan, R. VanDyke, M. Bey, W. Shearer, R. L. Jacobson and et al. (1994). "Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group." N Engl J Med **331**(18): 1173-1180.
- Donati, P., D. Cèbe and N. Bajos (2002). Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. N. Bajos, M. Ferrand and Equipe GINÉ. Paris, INSERM.
- Faúndes, A. and J. Barzelatto (2004). O Drama do Aborto: em busca de um consenso. Campinas, Editora Komedi.
- Fisch, P. (2013). Diagnóstico de HIV/Aids e o Uso de Antirretrovirais em Mulheres Usuárias dos serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Florida, M., E. Tamburrini, C. Tibaldi, G. Anzidei, M. L. Muggiasca, A. Meloni, B. Guerra, A. Maccabruni, A. Molinari, A. Spinillo, S. Dalzero and M. Ravizza (2010). "Voluntary pregnancy termination among women with HIV in the HAART era (2002-2008): a case series from a national study." AIDS Care **22**(1): 50-53.
- Gruskin, S., R. Firestone, S. Maccarthy and L. Ferguson (2008). "HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs?" Am J Public Health **98**(10): 1746-1750.
- Guilhem, D. (2005). Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília, Editora da Universidade de Brasília.
- Guimarães, C. D. (2001). Aids no Feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro, UFRJ.
- Hankins, C., T. Tran and N. Lapointe (1998). "Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian Women's HIV Study Group." J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol **18**(5): 479-487.
- Kline, A., J. Strickler and J. Kempf (1995). "Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women." Soc Sci Med **40**(11): 1539-1547.
- Orner, P., M. de Bruyn, J. Harries and D. Cooper (2010). "A qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa." SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council **7**(2): 44-51.
- Pilecco, F. B. (2014). Aborto Provocado em Mulheres Vivendo com HIV/Aids [tese]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sherr, L., J. Barnes, J. Elford, A. Olaitan, R. Miller and M. Johnson (1997). "Women with HIV disease attending a London clinic." Genitourin Med **73**(4): 274-279.
- Teixeira, L. B. (2012). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo com HIV/Aids no Sul do Brasil [tese]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martinez, D. Shaw, I. van Beek, E. Wright, K. Clezy and J. M. Kaldor (1997). "Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection." AIDS (London, England) **11**(5): 663-667.

van Benthem, B. H., I. de Vincenzi, M. C. Delmas, C. Larsen, A. van den Hoek and M. Prins (2000). "Pregnancies before and after HIV diagnosis in a european cohort of HIV-infected women. European Study on the Natural History of HIV Infection in Women." AIDS **14**(14): 2171-2178.

Villela, W. V., R. M. Barbosa, A. P. Portella and L. A. de Oliveira (2012). "[Motives and circumstances surrounding induced abortion among women living with HIV in Brazil]." Cien Saude Colet **17**(7): 1709-1719.

Tabela 1. Comparação entre características de mulheres vivendo com HIV/Aids que tiveram aborto pós-diagnóstico e mulheres vivendo com HIV/Aids em geral.

| Variáveis | | Mulheres vivendo com HIV/Aids que tiveram aborto pós-diagnóstico (n=18) | Mulheres vivendo com HIV/Aids em geral (n=684) |
|--|--|---|--|
| Cor de pele/raça | Branca | 12 (63,1%) | 392 (58,9%) |
| | Não branca | 6 (36,9%) | 274 (41,1%) |
| Escolaridade | Nunca frequentou a escola/Ensino fundamental incompleto | 6 (36,8%) | 274 (41,1%) |
| | Ensino fundamental completo | 1 (5,3%) | 173 (26,0%) |
| | Ensino médio completo | 10 (52,6%) | 139 (20,9%) |
| | Ensino técnico/superior incompleto/superior completo/pós-graduação | 1 (5,3%) | 80 (12,0%) |
| Idade na época do diagnóstico (mediana) | | 21 anos | 28 anos |
| Razões para ter se testado para o HIV | Pré-natal | 7 (36,4%) | 226 (34,0%) |
| | Rotina/Iniciativa própria | 1 (5,2%) | 87 (13,1%) |
| | Relações sexuais desprotegidas | 2 (10,5%) | 16 (2,4%) |
| | Parceiro adoeceu | 3 (15,8%) | 76 (11,4%) |
| | Entrevistada adoeceu | 1 (10,5%) | 121 (18,2%) |
| | Solicitação médica | 2 (10,5%) | 38 (5,7%) |
| | Outros | 2 (10,5%) | 101 (15,2%) |
| Relato de violência | Psicológica | 11 (55,9%) | 263 (39,9%) |
| | Física | 11 ¹ (61,1%) | 255 (38,7%) |
| | Sexual | 8 (42,1%) | 120 (18,2%) |

¹ Conseguimos obter dados de apenas 17 mulheres sobre violência física.

Quadro 1. Resumo da trajetória de vida das mulheres que tiveram aborto induzido após o diagnóstico de HIV.

| Idade | Escolaridade | Número de uniões | Idade na época do diagnóstico | Filhos antes do diagnóstico | Filhos após o diagnóstico | Idade na época do aborto | Parceiro da época do aborto | Razão para a ocorrência do aborto | Iniciativa do aborto |
|---------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|--|---|---|
| 40 anos | ensino fundamental incompleto | 3 | 30 anos | 3 | 0 | 30 anos | Mesmo das gestas anteriores | - | - |
| 33 anos | ensino fundamental completo | 1 | 21 anos | 1 | 1 | 23 anos | Mesmo das gestas anteriores | Ser HIV+ | Da própria mulher |
| 32 anos | ensino fundamental incompleto | 1 | 23 anos | 1 | 3 | 24 e 27 anos | Em nenhum dos dois abortos era o mesmo da gesta anterior | Em ambos os abortos a razão foi a mulher ser HIV+ | O primeiro foi iniciativa da mulher e dos familiares do parceiro e o último apenas dela |
| 39 anos | ensino fundamental incompleto | 3 | 31 anos | 3 | 0 | 31 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Falta de condições socioeconômicas | Da própria mulher |
| 42 anos | ensino fundamental incompleto | 3 | 31 anos | 3 | 0 | 32 anos | Mesmo das gestas anteriores | Falta de condições socioeconômicas | Da própria mulher |
| 36 anos | ensino médio completo | 2 | 18 anos | 1 | 0 | 23, 28 e 35 anos | Em nenhum dos três abortos era o mesmo da gesta anterior | Para o primeiro e o último abortos, a razão foi não querer filhos naquele momento | A iniciativa do primeiro foi da mulher e do último foi dela e do parceiro |
| 48 anos | superior completo | 2 | 38 anos | 4 | 1 | 40 anos | Mesmo das gestas anteriores | Ser HIV+ | Da própria mulher |
| 31 anos | ensino médio completo | 2 | 19 anos | 1 | 0 | 20 anos | Mesmo da gesta anterior | Outra | Da própria mulher |
| 33 anos | ensino médio completo | 2 | 18 anos | 1 | 2 | 25 anos | Mesmo das gestas anteriores | Falta de condições socioeconômicas | Da própria mulher |

Quadro 1. Resumo da trajetória de vida das mulheres que tiveram aborto induzido após o diagnóstico de HIV (continuação).

| Idade | Escolaridade | Número de uniões | Idade na época do diagnóstico | Filhos antes do diagnóstico | Filhos após o diagnóstico | Idade na época do aborto | Parceiro da época do aborto | Razão para a ocorrência do aborto | Iniciativa do aborto |
|---------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|---|--|---------------------------------------|
| 35 anos | ensino médio completo | 4 | 18 anos | 3 | 2 | 31 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Ser HIV+ | Da mulher e dos seus familiares |
| 29 anos | ensino médio completo | 0 | 21 anos | 0 | 0 | 21 anos | - | Ser HIV+ | Da própria mulher |
| 33 anos | ensino médio completo | 0 | 16 anos | 1 | 1 | 18 anos | Mesmo da gesta anterior | Ser HIV+ | Do seu parceiro |
| 42 anos | ensino médio completo | 1 | 28 anos | 1 | 0 | 28 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Ser HIV+ | Da própria mulher |
| 27 anos | ensino médio completo | 1 | 21 anos | 0 | 2 | 24 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Não queriam filhos no momento | Da mulher e do parceiro |
| 38 anos | ensino médio completo | 2 | 27 anos | 2 | 0 | 28 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Ser HIV+ | Da própria mulher |
| 33 anos | ensino médio completo | 2 | 18 anos | 1 | 4 | 21 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Outro | Da própria mulher |
| 33 anos | ensino fundamental incompleto | 3 | 19 anos | 1 | 2 | Aos 21, 25 e 29 anos | Mesmo das gestas anteriores nos 3 abortos | A razão para o primeiro e o último aborto foi a mulher não ser casada com o parceiro | Da própria mulher em ambos os abortos |
| 45 anos | ensino fundamental incompleto | 3 | 35 anos | 1 | 2 | 40 anos | Não era o mesmo da gestação anterior | Ser HIV+ | Da própria mulher |

8. Sumário do Artigo 2

Aborto Induzido durante a Vida: uma Comparação entre Mulheres Vivendo e Não Vivendo com HIV

Introdução: A literatura acerca da associação entre aborto induzido entre aborto induzido e HIV é bastante escassa e divergente. Assim, este artigo tem por objetivo mostrar a prevalência de aborto induzido em todas as gravidezes de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids, determinando variáveis associadas ao término da gestação e ligadas à trajetória de vida da mulher e ao contexto específico da gestação. **Metodologia:** Os dados analisados neste artigo são provenientes de um estudo transversal, que usou um questionário aplicado por entrevistador, desenvolvido com mulheres que frequentavam serviços públicos de saúde em Porto Alegre, Brasil. Um modelo de equações de estimativas generalizadas com link logit foi usado para mensurar a associação entre as variáveis analisadas e aborto induzido. **Resultados:** A amostra final foi composta por 684 mulheres vivendo com HIV/Aids (2.039 gravidezes) e 639 mulheres não vivendo com HIV/Aids (1.539 gravidezes). A prevalência de aborto induzido em mulheres vivendo com HIV/Aids foi de 6,5%, enquanto entre mulheres não vivendo com HIV/Aids foi de 2,9%. Entre mulheres vivendo com HIV/Aids, as seguintes características estiveram associadas com aborto induzido na análise multivariável: ser mais velha, ter maior nível educacional, ter tido mais parceiros sexuais (variáveis relativas à trajetória de vida da mulher), ter tido filhos antes da gravidez índice e estar coabitando com o parceiro durante a gestação (variáveis ligadas ao contexto específico de cada gestação). Por outro lado, entre mulheres não vivendo com HIV/Aids, somente ter maior nível educacional e maior número de parceiros (fatores ligados à trajetória de vida da mulher) foram associados ao término voluntário da gestação. **Conclusão:** Apesar de os determinants serem similares entre mulheres vivendo e não vivendo HIV/Aids, a prevalência de aborto induzido é mais alta em gravidezes ocorridas em mulheres vivendo com HIV/Aids, indicando sua maior vulnerabilidade social e a necessidade de políticas públicas que

contemplem a prevenção e o tratamento de HIV de forma associada à saúde reprodutiva.

9. Conclusões e considerações finais

Neste trabalho foi possível demonstrar que a literatura acerca de aborto induzido entre MVHA ainda é bastante reduzida, divergente e não apresenta uma padronização, o que dificulta comparações entre os estudos. Soma-se a isso o fato de que o aborto é um fenômeno fortemente influenciado pelas normas sociais e culturais do lugar onde ocorre e que, portanto, estudos realizados em diferentes contextos (países nos quais o aborto é legal ou ilegal e nos quais sua prática é segura ou insegura) apresentam taxas de aborto bastante variáveis.

Um dos achados recorrentes na literatura, e que se repetiu em nosso estudo, foi a mais alta prevalência de aborto entre MVHA, quando comparadas à MNVHA. Entretanto, excetuando-se os fatores relacionados ao vírus (como o estágio da doença, o estado de saúde e o status sorológico do parceiro), os fatores associados à prática de aborto induzido são bastante semelhantes entre MVHA e MNVHA. Porém, no caso de MVHA, fatores que aumentam a vulnerabilidade individual e social das mulheres, como a falta de suporte familiar, a instabilidade da relação com o parceiro, a ocorrência de violência e o uso inconsistente de contracepção e preservativo, são mais frequentes, corroborando para as maiores taxas de aborto. Ademais, dentre as MVHA, a vulnerabilidade programática fica evidente devido à ênfase dada pelos serviços de saúde ao uso de preservativo em detrimento de outros métodos contraceptivos. A prevenção da infecção/reinfecção acaba por inibir o debate sobre planejamento reprodutivo, resultando em taxas bastante elevadas de gestações não planejadas. Portanto, é patente a necessidade de estudos que contemplem indicadores tanto de vulnerabilidade individual, quanto social e programática dessas mulheres.

A ilegalidade da prática do aborto é outro elemento que reforça a vulnerabilidade das mulheres, uma vez que obriga aquelas que decidem abortar a recorrer a meios ilícitos, e nem sempre seguros, para finalizar a gestação. E é justamente sobre países nos quais a prática de aborto é ilegal que existem menos dados disponíveis na literatura, especialmente no que tange a abortos ocorridos exclusivamente após o diagnóstico de HIV.

O aborto pós-diagnóstico não está relacionado a um perfil específico de mulher, mas é uma decisão situacional. Esta decisão depende de diversos

fatores, que articulados ao conhecimento do status de soropositividade para o HIV, culminam na interrupção da gravidez. Este achado aponta para a necessidade de estudos que não classifiquem a mulher apenas como tendo tido ou não aborto, mas que mostrem as especificidades das gestações que findaram em aborto.

A alta prevalência de aborto entre MVHA reforça a importância da elaboração de políticas públicas que desenvolvam estratégias efetivas de planejamento familiar, não restritas ao uso do preservativo. A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids implica não apenas no acesso das mulheres ao protocolo de prevenção da transmissão vertical do vírus, mas também no acesso a ações educativas e a métodos contraceptivos eficazes, seja reversíveis ou não, de forma a diminuir a taxa de gravidezes não-planejadas e, conseqüentemente, de abortos. As altas taxas de aborto provocado entre as mulheres que vivem com HIV/Aids devem ser tomadas enquanto indicador de que suas necessidades em termos de saúde sexual e reprodutiva não estão sendo devidamente atendidas pelas políticas e serviços de saúde. Além disso, esse achado aponta que o aborto deve ser considerado enquanto um problema de saúde pública, visto que sua invisibilidade ou ilegalidade não garante que ele seja evitado.

10. Anexos

a. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008216

Título : Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids

Pesquisador (es)

| <u>NOME</u> | <u>PARTICIPAÇÃO</u> | <u>EMAIL</u> | <u>FONE</u> |
|----------------------------|---------------------|--------------|-------------|
| ALVARO VIGO | PESQUISADOR | | |
| DANIELA RIVA KNAUTH | PESQUISADOR RESP | | |
| LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA | PESQUISADOR | | |
| FLÁVIA BULEGON PILECCO | PESQUISADOR | | |

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião n° 62, ata n°14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta - feira , 18 de dezembro de 2009


JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
Coordenador do CEP-UFRGS

Bruno Cassel Neto
Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
PROPESQ/UFRGS

b. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Tostes 594
CEP 91220-900 - Fretado Alegre - RS
Fone: 3307-2100
CNPJ: 02.777.134/0001-29

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital N. S. da
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Marquês de São João, 20
CEP 91040-900 - Porto Alegre - RS
Fone: 3317-4100
CNPJ: 02.760.126/0001-75

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Montenegro, 17
CEP 91190-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3344-2222
CNPJ: 02.657.114/0001-17



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 93.254/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 19 de abril de 2010 reavaliou o estudo apreciado em reunião extraordinária realizada em 24 de março de 2010 referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-011

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FLÁVIA BULEGON PILECCO

ÁLVARO VIGO

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

DANIELA RIVA KNAUTH

Título: Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre.

Documentação: Aprovados

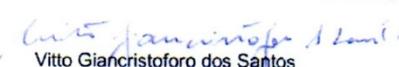
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 20 de abril de 2010.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP

c. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100517 **Versão do Projeto:** 22/11/2010 **Versão do TCLE:** 23/03/2011

Pesquisadores:

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

ALVARO VIGO

FLÁVIA BULEGON PILECCO

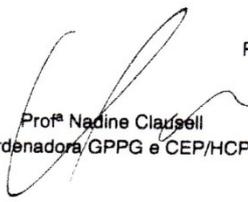
DANIELA RIVA KNAUTH

Título: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de março de 2011.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

d. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa
da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Daniela Riva Knauth
Registro do CEP: 623 **Processo N°:** 001.012109.11.8
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.012109.11.8, referente ao projeto de pesquisa: “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre”, tendo como pesquisador responsável Daniela Riva Knauth cujo objetivo é Avaliar a associação entre o diagnóstico de soropositividade para o HIV/Aids e prática de aborto; Avaliar a associação de soropositividade para o HIV/Aids e relato de violência física e sexual; Investigar o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres que vivem com HIV/Aids; Compreender as especificidades do contexto de vulnerabilidade para o vírus que se apresenta para as mulheres infectadas pelo HIV/Aids em relação às mulheres soronegativas.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 25/04/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

e. Questionário da Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto da Epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre

Identificação

1. Identificação

2. Serviço de Saúde

- 1. Fêmeina
- 2. Hospital Nossa Senhora da Conceição
- 3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- 4. SAE Vila dos Comerciários
- 5. SAE IAPI
- 6. Dermatologia Sanitária
- 7. Hospital Sanatório Partenon
- 8. Hospital São Lucas
- 9. UBS
- 10. PSF
- 11. UBS GHC

3. Qual a sua idade?

4. Qual a sua data de nascimento?

___/___/___

5. Qual é sua cor:

- 1. branca
- 2. preta
- 3. parda
- 4. amarela (de origem asiática)
- 5. indígena
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe

6. Você frequenta alguma religião, culto ou doutrina? (resposta estimulada)

- 1. não
- 2. sim, às vezes
- 3. sim, sempre

7. Atualmente, que religião, culto ou doutrina você frequenta?

- 1. católica
- 2. protestante
- 3. pentecostal (crente, evangélica)
- 4. espírita
- 5. umbanda, candomblé, batuque
- 6. judaica
- 7. não tem religião
- 8. nenhuma
- 9. mais de uma
- 10. outra

8. Se 'outra', defina / defina :

9. Neste momento, você está casada ou vive com alguém?

- 1. sim
- 2. não

10. Tem/teve filhos?

- 1. sim
- 2. não

11. Você tem parentes que moram perto de você?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

12. Quando você precisa de ajuda ou tem algum problema, você pode contar com seus parentes para lhe dar apoio?

- 1. sim, sempre
- 2. sim, às vezes, não
- 3. NSA

Estudo e trabalho

Agora vamos falar um pouco sobre estudo e trabalho.

13. Qual foi a última série que você concluiu com aprovação? (o entrevistador deve classificar)

- 1. nunca frequentou a escola
- 2. ensino fundamental incompleto
- 3. ensino fundamental completo
- 4. ensino médio incompleto
- 5. ensino médio completo
- 6. ensino técnico
- 7. superior incompleto
- 8. superior completo
- 9. pós-graduação
- 10. não sabe/não lembra

14. Você está trabalhando ou exercendo alguma atividade com rendimentos?

- 1. sim
- 2. não

15. Qual o tipo de vínculo que possui no seu trabalho: (resposta estimulada e única)

- 1. empregada com carteira assinada/contrato
- 2. empregada sem carteira assinada/contrato
- 3. autônoma/conta própria
- 4. empregadora
- 5. aprendiz ou estagiária com remuneração
- 6. NSA

16. Você possui alguma outra fonte de renda?

- 1. não
- 2. sim, auxílio doença
- 3. sim, aposentadoria
- 4. sim, pensão

17. Qual sua renda?

18. Qual é a renda total da sua casa no mês?

Parcerias afetivo-sexuais

Agora vamos passar para algumas questões sobre a sua vida íntima e seus relacionamentos (namoros, casamentos) e parceiro/a/s. Se você se sentir inibida ou não entender algum termo técnico, sinta-se à vontade para perguntar ou não responder.

19. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?

20. Nessa relação, vocês usaram algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

21. Qual o método que vocês usaram? (resposta espontânea)

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito interrompido/gozar fora
- 9. tabelinha
- 10. usaram mais de um método anticoncepcional
- 11. não sabe/não lembra
- 12. NSA
- 13. outro

22. Se 'outro', defina / defina :

23. Vocês usaram camisinha nessa primeira relação?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

24. Qual o número de parceiros/as sexuais que você já teve na vida?

25. Qual o número de parceiros/as sexuais que você teve nos últimos 12 meses?

26. Alguma vez você já foi casada ou morou com um parceiro?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

27. Quantos casamentos/uniões (morar com um parceiro) você já teve?

Última relação sexual

Agora vamos falar um pouco sobre a sua última relação sexual.

28. Há quanto tempo aconteceu sua última relação sexual?

29. Vocês usaram algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

30. Que método usaram para evitar a gravidez? (resposta espontânea)

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito
- 9. interrompido/gozar fora
- 10. tabelinha
- 11. usaram mais de um método anticoncepcional
- 12. não sabe/não lembra
- 13. NSA
- 14. Outro

31. Se 'outro', defina / defina :

32. Nessa última relação, vocês usaram camisinha?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. recusou-se a responder
- 4. NSA

Gravidez e desdobramentos

Vamos falar agora sobre gravidez e filhos.

33. Você já esteve grávida? Considere, inclusive, qualquer gravidez mesmo que não tenha tido uma criança viva.

- 1. sim
- 2. nunca
- 3. não, essa é a primeira vez
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe
- 6. NSA

34. Quantas vezes vocês engravidou? (contando a gravidez atual, caso a entrevistada esteja grávida)

35. A entrevistada engravidou antes do diagnóstico de HIV?

- 1. sim
- 2. não

36. A entrevistada tem relato de aborto provocado?

- 1. sim
- 2. não

37. A entrevistada tem relato de aborto anterior ao diagnóstico de HIV?

- 1. sim
- 2. não

Primeiro aborto provocado (antes do diagnóstico)

Vamos conversar sobre a sua experiência do primeiro aborto.

38. Que idade tinha o parceiro de quem você engravidou nessa relação que resultou em aborto?

39. Quem ele era: (resposta estimulada e única)

- 1. esposo/companheiro
- 2. namorado
- 3. ficante/parceiro eventual
- 4. não lembra
- 5. outro

40. Onde o aborto foi realizado: (resposta estimulada e única)

- 1. em um consultório particular
- 2. em uma clínica de aborto
- 3. na sua casa
- 4. numa aborteira/parteira
- 5. num hospital
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe/não lembra
- 8. outro

41. Se 'outro', defina / defina :

42. Como o aborto foi realizado? (resposta estimulada e única)

- 1. Cytotec (Prostokos, misoprostol, pílula abortiva, comprimidos abortivos)
- 2. vácuo, aspiração
- 3. curetagem
- 4. chás e infusões
- 5. uso de objetos domésticos
- 6. medicamentos (exceto cytotec)
- 7. Cytotec e outro método
- 8. recusou-se a responder
- 9. não lembra
- 10. outro

43. Se 'outro', defina / defina :

44. Você precisou procurar algum serviço de saúde por causa do aborto?

- 1. sim e foi atendida
- 2. sim, mas não foi atendida
- 3. não procurou
- 4. não sabe/não lembra

45. Que tipo de serviço de saúde procurou primeiro?

- 1. posto/centro de saúde
- 2. hospital público
- 3. hospital/clínica particular
- 4. consultório médico particular
- 5. não lembra
- 6. recusou-se a responder
- 7. outro

46. Se 'outro', defina / defina :

47. Como você foi o atendimento neste local?

- 1. bom
- 2. regular
- 3. ruim

48. Durante esse atendimento, você se sentiu maltratada ou humilhada por algum profissional de saúde pelo fato de você ter feito um aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

49. A iniciativa desse aborto foi: (resposta estimulada e única)

- 1. sua
- 2. do seu parceiro
- 3. sua e do seu parceiro
- 4. dos seus familiares
- 5. dos familiares do parceiro
- 6. sua e dos seus familiares
- 7. sua e dos familiares do parceiro
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

50. Entre as seguintes alternativas, qual foi o principal motivo que pesou na sua decisão de fazer um aborto:

- 1. você e seu parceiro não eram casados/não estavam morando junto
- 2. você e/ou seu parceiro não tinham condições financeiras para sustentar uma criança
- 3. seus familiares e/ou os familiares de seu parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez
- 4. você e/ou seu parceiro não queria/queriam filhos no momento
- 5. recusou-se a responder
- 6. não lembra
- 7. outro

51. Se 'outro', defina / defina :

52. Você contou para o seu médico (ginecologista/médico de família, infectologista?) sobre este aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

53. A entrevistada teve aborto após o diagnóstico?

- 1. sim
- 2. não

Primeiro aborto provocado após o diagnóstico

Vamos conversar sobre a sua experiência do primeiro aborto após o diagnóstico.

54. Que idade tinha o parceiro de quem você engravidou nessa relação que resultou em aborto?

55. Quem ele era: (resposta estimulada e única)

- 1. esposo/companheiro
- 2. namorado
- 3. ficante/parceiro eventual
- 4. não lembra
- 5. outro

56. Onde o aborto foi realizado: (resposta estimulada e única)

- 1. em um consultório particular
- 2. em uma clínica de aborto
- 3. na sua casa
- 4. numa aborteira/parteira
- 5. num hospital
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe/não lembra
- 8. outro

57. Se 'outro', defina / defina :

58. Como o aborto foi realizado? (resposta estimulada e única)

- 1. Cytotec (Prostokos, misoprostol, pílula abortiva, comprimidos abortivos)
- 2. vácuo, aspiração
- 3. Curetagem
- 4. chás e infusões
- 5. uso de objetos domésticos
- 6. medicamentos (exceto cytotec)
- 7. Cytotec e outro método
- 8. recusou-se a responder
- 9. não lembra
- 10. Outro

59. Se 'outro', defina / defina :

60. Você precisou procurar algum serviço de saúde por causa do aborto?

- 1. sim e foi atendida
- 2. sim, mas não foi atendida
- 3. não procurou
- 4. não sabe/não lembra

61. Que tipo de serviço de saúde procurou primeiro?

- 1. posto/centro de saúde
- 2. hospital público
- 3. hospital/clínica particular
- 4. consultório médico particular
- 5. não lembra
- 6. recusou-se a responder
- 7. Outro

62. Se 'outro', defina / defina :

63. Como você foi o atendimento neste local?

- 1. bom
- 2. regular
- 3. ruim

64. Durante esse atendimento, você se sentiu maltratada ou humilhada por algum profissional de saúde pelo fato de você ter feito um aborto?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

65. A iniciativa desse aborto foi: (resposta estimulada e única)

- 1. Sua
- 2. do seu parceiro
- 3. sua e do seu parceiro
- 4. dos seus familiares
- 5. dos familiares do parceiro
- 6. sua e dos seus familiares
- 7. sua e dos familiares do parceiro
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. Outro

66. Entre as seguintes alternativas, qual foi o principal motivo que pesou na sua decisão de fazer um aborto:

- 1. o fato de você ser portadora do vírus
- 2. você e seu parceiro não eram casados/não estavam morando junto
- 3. você e/ou seu parceiro não tinham condições financeiras para sustentar uma criança
- 4. seus familiares e/ou os familiares de seu parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez
- 5. você e/ou seu parceiro não queria/queriam filhos no momento
- 6. recusou-se a responder
- 7. não lembra
- 8. Outro

67. Você contou para o seu médico (ginecologista/médico de família, infectologista?) sobre este aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

68. A entrevistada teve mais algum relato de aborto? (se sim, preencha as questões seguintes com informações sobre o último relato de aborto)

- 1. sim
- 2. não

Último aborto provocado

Vamos conversar sobre a sua experiência do último aborto.

69. Que idade tinha o parceiro de quem você engravidou nessa relação que resultou em aborto?

70. Quem ele era: (resposta estimulada e única)

- 1. esposo/companheiro
- 2. namorado
- 3. ficante/parceiro eventual
- 4. não lembra
- 5. outro

71. Onde o aborto foi realizado: (resposta estimulada e única)

- 1. em um consultório particular
- 2. em uma clínica de aborto
- 3. na sua casa
- 4. numa aborteira/parteira
- 5. num hospital
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe/não lembra
- 8. outro

72. Se 'outro', defina / defina :

73. Como o aborto foi realizado? (resposta estimulada e única)

- 1. Cytotec (Prostokos, misoprostol, pílula abortiva, comprimidos abortivos)
- 2. vácuo, aspiração
- 3. curetagem
- 4. chás e infusões
- 5. uso de objetos domésticos
- 6. medicamentos (exceto cytotec)
- 7. Cytotec e outro método
- 8. recusou-se a responder
- 9. não lembra
- 10. outro

74. Se 'outro', defina / defina :

75. Você precisou procurar algum serviço de saúde por causa do aborto?

- 1. sim e foi atendida
- 2. sim, mas não foi atendida
- 3. não procurou
- 4. não sabe/não lembra

76. Que tipo de serviço de saúde procurou primeiro?

- 1. posto/centro de saúde
- 2. hospital público
- 3. hospital/clínica particular
- 4. consultório médico particular
- 5. não lembra
- 6. recusou-se a responder
- 7. outro

77. Se 'outro', defina / defina :

78. Como você foi o atendimento neste local?

- 1. bom
- 2. regular
- 3. ruim

79. Durante esse atendimento, você se sentiu maltratada ou humilhada por algum profissional de saúde pelo fato de você ter feito um aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

80. A iniciativa desse aborto foi: (resposta estimulada e única)

- 1. sua
- 2. do seu parceiro
- 3. sua e do seu parceiro
- 4. dos seus familiares
- 5. dos familiares do parceiro
- 6. sua e dos seus familiares
- 7. sua e dos familiares do parceiro
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

81. Entre as seguintes alternativas, qual foi o principal motivo que pesou na sua decisão de fazer um aborto:

- 1. o fato de você ser portadora do vírus
- 2. você e seu parceiro não eram casados/não estavam morando junto
- 3. você e/ou seu parceiro não tinham condições financeiras para sustentar uma criança
- 4. seus familiares e/ou os familiares de seu parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez
- 5. você e/ou seu parceiro não queria/queriam filhos no momento
- 6. recusou-se a responder
- 7. não lembra
- 8. outro

82. Se 'outro', defina / defina :

83. Você contou para o seu médico (ginecologista/médico de família, infectologista?) sobre este aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

Sobre o HIV

Agora vamos falar um pouco sobre o diagnóstico de HIV

84. Que idade você tinha quando soube que era portadora do vírus da Aids?

85. Na época por que você fez o teste para HIV?

- 1. estava grávida e o médico pediu
- 2. por iniciativa própria/por "rotina"
- 3. tive relações sexuais desprotegidas
- 4. meu parceiro ficou doente
- 5. eu fiquei doente, médico pediu
- 6. outros

Violência relacionada ao diagnóstico

Agora vamos conversar sobre algum tipo de violência que pode ou não ter acontecido com você e que esteja ligada ao diagnóstico de HIV.

86. Você já passou por algum tipo de agressão verbal (ofensas) por ser HIV positiva?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

87. Você já passou por algum tipo de agressão física por ser HIV positiva?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

88. Você já se sentiu discriminada dentro de algum serviço de saúde por ser portadora do vírus?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

89. De que forma você se sentiu discriminada?

- 1. através de ofensa verbal
- 2. através de tratamento desigual
- 3. você não recebeu informações, mesmo tendo solicitado
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe/não lembra
- 6. outro

90. Se 'outro', defina / defina :

Intenção de ter filhos e laqueadura

Agora vamos falar um pouco sobre seus planos sobre ter filhos ou ter mais filhos.

91. Você quer ter filhos (ou outros filhos)?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

Violência

Vamos conversar um pouco sobre situações de violência que podem ou não ter acontecido com você.

92. Na sua vida você é ou foi ofendida, humilhada, ou intimidada de proposito por alguém?

- 1. sim
 - 2. não
 - 3. recusou-se a responder
 - 4. não sabe/não lembra
 - 5. NSA
-

93. Na sua vida, quantas vezes isso aconteceu?

- 1. uma ou duas vezes
 - 2. algumas vezes
 - 3. muitas vezes
-

94. Na sua vida alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

- 1. sim
 - 2. não
 - 3. recusou-se a responder
 - 4. não sabe/não lembra
 - 5. NSA
-

95. Na sua vida, quantas vezes isso aconteceu?

- 1. uma ou duas vezes
 - 2. algumas vezes
 - 3. muitas vezes
-

96. Alguma vez na vida, você foi forçada a ter relações sexuais, por se sentir ameaçada fisicamente ou temer ser seriamente?

- 1. sim
 - 2. não
 - 3. recusou-se a responder
 - 4. não sabe/não lembra
 - 5. NSA
-

97. Na sua vida, quantas vezes isso aconteceu?

- 1. uma ou duas vezes
- 2. algumas vezes
- 3. muitas vezes

Uso de drogas e DSTs

Vamos falar agora sobre algumas experiências de vida.

98. Você já utilizou alguma destas drogas? (múltipla escolha)

- 1. não utilizou nenhum tipo de droga
- 2. maconha
- 3. cocaína
- 4. crack/merla
- 5. anfetamina (rebite, boleta)
- 6. ecstasy
- 7. cola de sapateiro
- 8. outro

99. Se 'outro', defina / defina :

100. Atualmente, você está utilizando algum tipo de droga?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

101. Que tipo de drogas você utiliza?

- 1. maconha
- 2. cocaína
- 3. crack/merla
- 4. anfetamina (rebite, boleta)
- 5. ecstasy
- 6. cola de sapateiro
- 7. outro

102. Se 'outro', defina / defina :

103. Alguma vez na vida, você fez sexo em troca de dinheiro? Quero reforçar, novamente, que tudo que você disser será mantido em segredo.

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. NSA

ID _____

DATA _____

SERVIÇO _____

Agora gostaria de fazer algumas perguntas que facilitarão a condução deste questionário. Elas se referem à (s) sua (s) gravidez (es)

| | A | C | D | E | F | G | I | J | K | L | M | O | P |
|-----------------|--|--|-------------------------------------|---|---|---|--|--|---|------------------------------|--|--|---------------------------|
| Gestação | Qual sua idade nessa gestação? (anos) | Nessa época, você usava contracepção? | Essa gravidez foi planejada? | Durante essa gestação, você mora(va) com o parceiro? | Quem é (era) esse parceiro? | É o mesmo parceiro da gestação anterior? | Você sofreu violência durante a gestação? | Essa gravidez resultou em aborto? | Qual a idade gestacional na época do aborto? (meses) | Qual o tipo de parto? | O bebê nasceu vivo? | A criança morreu? | Ela mora com você? |
| 1ª | () () | () sim () não | () sim () não | () sim () não | () 1ª união () diagnóstico () atual () outro | | () sim () não | () não (pula para L) () sim, espontâneo () sim, provocado | () () (pula para a próxima gesta) | () vaginal () cesáreo | () sim () não (pula para a próxima gesta) | () sim (pula para a próxima gesta) () não | () sim () não |
| 2ª | () () | () sim () não | () sim () não | () sim () não | () 1ª união () diagnóstico () atual () outro | () sim () não | () sim () não | () não (pula para L) () sim, espontâneo () sim, provocado | () () (pula para a próxima gesta) | () vaginal () cesáreo | () sim () não (pula para a próxima gesta) | () sim (pula para a próxima gesta) () não | () sim () não |
| 3ª | () () | () sim () não | () sim () não | () sim () não | () 1ª união () diagnóstico () atual () outro | () sim () não | () sim () não | () não (pula para L) () sim, espontâneo () sim, provocado | () () (pula para a próxima gesta) | () vaginal () cesáreo | () sim () não (pula para a próxima gesta) | () sim (pula para a próxima gesta) () não | () sim () não |

f. Textos que recontam a trajetória contraceptiva e reprodutiva de mulheres que tiveram aborto pós-diagnóstico

- 40 anos, cor de pele negra, sem religião, ensino fundamental incompleto, aposentada e com renda própria de R\$700,00. Disse não poder contar com a ajuda de parentes, quando tem algum problema. Teve sua primeira relação aos 21 anos, sem o uso de contracepção ou de preservativo. Relatou ter tido 3 uniões e apenas um parceiro nos últimos 12 meses. Na última relação, não usou nem contracepção nem preservativo. Teve três filhos, todos anteriores ao diagnóstico e ao episódio de aborto pós-diagnóstico. Esse aborto ocorreu quando tinha 30 anos, sem histórico prévio de aborto. No momento da gravidez que resultou em aborto, não coabitava com parceiro e não usava contracepção. Apesar de ter tido filhos com diferentes parceiros, a gravidez que resultou em aborto foi concebida com o mesmo parceiro da gravidez anterior, que era HIV+. O aborto foi realizado aos 3 meses de gestação. Relata ter sofrido violência psicológica e sexual algumas vezes durante a vida, bem como ter usado maconha no passado. Relata ter feito sexo em troca de dinheiro. Descobriu que tinha HIV aos 30 anos. Não quer ter mais filhos no futuro.
- Tem 33 anos, é negra, estudou até o ensino fundamental completo. É aposentada, tem renda familiar de R\$3000,00 (renda própria de R\$1200,00). Relata sempre poder contar com o apoio de parentes, caso tenha algum problema. Iniciou-se sexualmente aos 14 anos, sem o uso de contracepção e de preservativo. Ao longo da vida teve 7 parceiros e uma união, tendo tido apenas um parceiro nos últimos 12 meses. Na última relação relatou não ter usado método contraceptivo, nem camisinha. Atualmente tem dois filhos (um nascido antes e um após o diagnóstico). Na época do aborto, aos 23 anos, tinha apenas um filho e já havia tido um aborto pré-diagnóstico. Na gestação que resultou em aborto, relatou não coabitar com o parceiro, nem fazer uso de contracepção. Apesar de ter tido filhos de parceiros diferentes, a gravidez que resultou em aborto era do mesmo parceiro da gestação anterior. O aborto foi feito aos 3 meses de gravidez, em uma aborteira, com o uso de aspiração à vácuo. A entrevistada relatou ter precisado de ajuda médica, a qual foi buscada junto a um hospital público. O atendimento, naquele momento, foi qualificado como bom e a entrevistada relatou não ter sido maltratada. A iniciativa do aborto foi da própria entrevistada, especialmente motivada pelo fato de a entrevistada estar vivendo com HIV. Relatou ter sofrido violência psicológica uma ou duas vezes e violência física algumas vezes. Informou ter usado cocaína no passado. Descobriu estar vivendo com HIV aos 21 anos, por ocasião de um teste durante o pré-natal. Diz não querer mais filhos.
- É branca, tem 32 anos, relata não ter religião e poder contar às vezes com o apoio de parentes para a resolução de problemas. cursou até o ensino fundamental incompleto, não estava trabalhando na época da entrevista, mas recebia auxílio doença, no valor de

R\$510,00. Teve sua primeira relação aos 16 anos, sem o uso de contracepção ou de preservativo. Durante a vida, teve 4 parceiros e uma união, tendo um único parceiro nos últimos 12 meses. Na última relação, relatou ter usado condom. Atualmente tem 4 filhos (um nascido antes e três após o diagnóstico). Na época do primeiro aborto pós-diagnóstico, tinha dois filhos, enquanto no segundo aborto pós-diagnóstico, tinha 3. Teve um aborto pré-diagnóstico e dois pós-diagnóstico, aos 24 e aos 27 anos. Em ambas as gestações que resultaram em aborto após o diagnóstico, estava usando contracepção e não coabitava com o parceiro. As gravidezes que resultaram em aborto foram de parceiros diferentes das gestações anteriores, cuja sorologia para o HIV era desconhecida. No primeiro aborto pós-diagnóstico, a entrevistada engravidou de um parceiro com o qual ela não era casada ou unida. Esse aborto foi feito em casa, com o uso de chás. A entrevistada procurou auxílio médico em um hospital público e classificou o atendimento como ruim, relatando ter se sentido maltratada. A iniciativa desse aborto foi da própria mulher, especialmente motivada por ela ser HIV+. Já o segundo aborto resultou de uma gravidez cujo parceiro era o esposo ou companheiro da entrevistada, o aborto também foi feito em casa, com o uso de bucha vegetal método e foi necessário atendimento em hospital público, desta vez classificado como bom. A iniciativa desse segundo aborto foi da entrevistada e dos pais de seu companheiro, especialmente motivada pelo fato de a mulher estar vivendo com HIV. Relatou ter sofrido violência psicológica e sexual algumas vezes e violência física muitas vezes na vida, além de ter informado ter usado cocaína no passado. Ficou sabendo que estava vivendo com HIV aos 23 anos, porque o médico solicitou que ela fizesse o teste. Relata não querer mais filhos.

- 39 anos, branca, espírita, ensino fundamental incompleto e relata poder contar com os parentes sempre que tem um problema. Trabalha com carteira assinada e recebe algum tipo de bolsa do governo, relatando renda própria de R\$570,00 e renda familiar de R\$2120,00. Iniciou-se sexualmente aos 11 anos, sem o uso de camisinha ou de preservativo. Informou ter tido 3 uniões e nenhum parceiro nos últimos 12 meses, embora tenha dito que sua última relação sexual foi há 60 dias (?). Na última relação, relata ter usado injeção ou implante e não ter feito uso de camisinha. Atualmente tem 3 filhos, todos nascidos antes do diagnóstico e, portanto, antes do aborto pós-diagnóstico. Esse aborto ocorreu quando ela tinha 31 anos e sem histórico de aborto prévio. A entrevistada coabitava com o parceiro HIV+, que era seu esposo ou companheiro e não fazia uso de contracepção. Ela relatou ter tido filhos de diferentes parceiros e a gravidez que resultou em aborto era de um parceiro diferente do parceiro da gravidez anterior. O aborto ocorreu aos 5 meses de gestação. A gravidez foi findada em casa, com o uso de sonda método e foi necessário o atendimento médico, procurado em um hospital público e qualificado como bom. O aborto foi feito por iniciativa da mulher, porque ela e/ou o companheiro não tinham condições financeiras para ter uma criança. A entrevistada relata ter sofrido

violência psicológica algumas vezes e violência física muitas vezes. Descobriu ser HIV+ aos 31 anos, porque ficou doente. Deseja ter filhos no futuro.

- 42 anos, branca, sem religião, ensino fundamental incompleto, trabalha como autônoma e ganha algum tipo de bolsa do governo, totalizando R\$800,00 de renda própria (que é a mesma renda da família). Relata não ter parentes que morem perto. Sua primeira relação sexual foi aos 18 anos, sem o uso de contracepção ou camisinha. Ao longo da vida teve 20 parceiros e 3 uniões, tendo apenas um parceiro no último ano. Na última relação, há 3 dias, não usou contracepção ou preservativo. Atualmente tem 3 filhos (2 nascidos antes e um após o diagnóstico), o mesmo número que tinha antes do aborto pós-diagnóstico. O referido aborto ocorreu quando a entrevistada tinha 32 anos, precedido por um aborto pré-diagnóstico e resultante de uma gravidez na qual a entrevistada não coabitava com o parceiro. Esse parceiro era HIV+ e eles não usavam contracepção. Esse aborto foi feito aos 2 meses de gestação e, apesar de a entrevistada ter tido filhos de diferentes parceiros, o parceiro da gestação que resultou em aborto era o mesmo parceiro da gravidez anterior, seu esposo ou companheiro da época. Esse aborto foi feito em casa, com o uso de Cytotec, e foi necessário atendimento médico, procurado em um posto ou centro de saúde e qualificado como bom. A iniciativa do aborto foi da entrevistada, porque ela e o parceiro não tinham condições financeiras para ter um filho naquele momento. A entrevistada relatou ter sofrido violência psicológica várias vezes e violência física algumas vezes, além de ter relatado o uso passado de maconha, cocaína e crack. Ela descobriu estar vivendo com HIV aos 31 anos, e fez o teste porque teve relações desprotegidas. Não tem a intenção de ter filhos no futuro.
- 36 anos, branca, sem religião, ensino médio completo, trabalha com carteira assinada e recebe pensão, totalizando um ganho próprio de R\$950,00 e um ganho entre os moradores de sua casa de R\$1200,00. Relata sempre poder contar com o apoio de parentes quando tem algum problema. Iniciou-se sexualmente aos 15 anos e, nesta ocasião, fez uso de pílula anticoncepcional. Ao longo da vida teve duas uniões e no último ano teve dois parceiros sexuais. Na última relação, ocorrida há 4 dias, relatou ter usado camisinha. Atualmente tem um filho (nascido após o diagnóstico). Teve 6 gestações, a primeira e a segunda gestação terminaram em aborto espontâneo, a quarta resultou em filho nascido vivo, e a terceira, a quinta e a sexta em aborto provocado. O primeiro aborto provocado aconteceu aos 23 anos, a entrevistada não tinha histórico de aborto, coabitava com o parceiro e estava fazendo uso de contracepção quando engravidou. O parceiro não vivia com HIV e não era o mesmo da gestação anterior. Eles eram casados naquela época. O aborto foi feito antes que a gravidez completasse um mês, com o uso de Cytotec e foi necessário auxílio médico pós-aborto, buscado em um hospital público. Neste atendimento, a entrevistada relata ter sido maltratada. A iniciativa desse aborto foi da própria mulher porque ela e/ou o parceiro não queria(m) filhos naquele momento. O

segundo aborto provocado aconteceu quando ela tinha 28 anos. Ela coabitava com o parceiro, que era diverso do parcerio da gestação anterior e não estava vivendo com HIV. Quando engravidou, estava usando contracepção. O aborto foi feito antes que a gestação completasse um mês. A terceira gestação que resultou em aborto induzido ocorreu quando a entrevistada tinha 35 anos e estava em uso de contracepção. O parceiro desta gestação não estava vivendo com HIV, coabitava com a entrevistada e era seu esposo e/ou companheiro. O aborto aconteceu antes que a gravidez fizesse um mês e foi realizado na casa da entrevistada, com o uso de Cytotec. A entrevistada precisou procurar por ajuda médica e recorreu ao atendimento em um hospital público, o qual qualificou como bom. A iniciativa desse aborto foi da entrevistada e de seu parceiro porque eles não queriam filhos no momento. A entrevistada descobriu que estava vivendo com HIV aos 18 anos, porque seu parceiro ficou doente. Relata ter sofrido violência psicológica uma ou duas vezes e violência física muitas vezes na vida, além de informar uso passado de cocaína e anfetaminas. Afirma não querer filhos no futuro.

- 48 anos, branca, sem religião, ensino superior completo, está trabalhando e recebe pensão, o que resulta em uma renda própria de R\$2800,00 e uma renda familiar de R\$4500,00. Relata sempre poder contar com o apoio de parentes quando tem algum problema. Iniciou-se sexualmente aos 14 anos, sem o uso de contracepção ou de proteção. Durante a vida, teve 3 parceiros e duas uniões. No último ano, teve apenas um parceiro. Em sua última relação sexual, ocorrida quatro dias antes da entrevista, a entrevistada informa ter usado preservativo. Atualmente tem 4 filhos (3 nascidos antes e um após o diagnóstico). A quinta gestação, que resultou em aborto induzido, ocorreu aos 40 anos, sem histórico de abortamento prévio e em um período no qual a entrevistada não estava fazendo uso de contracepção. Ela informou ter tido filhos com diferentes parceiros, mas o parceiro da gestação que resultou em aborto era o mesmo da gestação anterior, ou seja, seu esposo e/ou companheiro, que também estava vivendo com HIV. O aborto foi feito após a gestação completar um mês, na própria casa da entrevistada, com o uso de Cytotec. Foi necessário atendimento médico, o qual foi buscado em um hospital público e foi considerado bom. A iniciativa de fazer o aborto foi da própria mulher, baseada no fato de que ela estava vivendo com HIV. A entrevistada relata ter sofrido violência física e sexual muitas vezes na vida. Descobriu estar vivendo com HIV aos 38 anos, em decorrência de um teste durante o pré-natal.
- 31 anos, branca, ensino médio completo, relata frequentar a Igreja Pentecostal às vezes e poder contar também às vezes com o apoio de parentes para resolver problemas. Não trabalha e recebe pensão no valor de R\$545,00. Sua primeira relação foi aos 17 anos, sem o uso de contracepção ou de preservativo. Teve 5 parcerios ao longo de sua vida e duas uniões. No último ano, teve apenas um parceiro. Em sua última relação, ocorrida 3 dias antes da entrevista, relatou ter usado camisinha. Atualmente tem um filho (nascido

antes do diagnóstico) e sua segunda gestação resultou em aborto induzido. Essa gestação que resultou em aborto induzido ocorreu aos 20 anos, quando ela coabitava com o parceiro, que era seu esposo e/ou companheiro e que também estava vivendo com HIV. Na época em que ficou grávida, não fazia uso de contracepção e o parceiro desta gestação era o mesmo da gestação anterior. O aborto foi realizado aos 3 meses de gestação, numa aborteira, através de sonda método. Foi necessário atendimento médico, que foi buscado em um hospital público e classificado como regular, com queixas de maus tratos. A iniciativa do aborto foi da própria entrevistada. A entrevistada relata ter sofrido violência psicológica e física algumas vezes e violência sexual uma ou duas vezes. Relata ter usado maconha e cocaína no passado. Ficou sabendo que estava vivendo com HIV aos 19 anos. Informa querer ter filhos no futuro.

- 33 anos, negra, sem religião, ensino médio completo, trabalha como empregada sem carteira assinada e recebe pensão, tendo uma renda própria de R\$1200,00 (mesma renda da casa). Afirma sempre poder contar com parentes para resolver problemas. Teve a primeira relação aos 16 anos, com o uso de coito interrompido como método contraceptivo. Durante a vida, teve 3 parceiros e duas uniões e no último ano teve apenas um parceiro. Em sua última relação, cerca de 120 dias antes da entrevista, havia usado camisinha como método contraceptivo e de proteção. Atualmente tem 3 filhos (um nascido antes e dois após o diagnóstico). Antes do aborto induzido pós-diagnóstico, a entrevistada tinha 2 filhos (o aborto aconteceu em sua 3ª gestação). A gestação que resultou em aborto ocorreu quando a entrevistada tinha 25 anos, não tinha histórico de aborto, coabitava com o parceiro e estava fazendo uso de contracepção. O parceiro, esposo e/ou companheiro da entrevistada, não era HIV+ e, apesar de a entrevistada ter tido filhos de diferentes parceiros, o parceiro desta gestação era o mesmo das gestações anteriores. O aborto foi realizado no quinto mês da gestação, na casa da entrevistada, com o uso de aspiração à vácuo, e foi necessário atendimento médico, o qual foi buscado em um hospital público e foi classificado como bom. A iniciativa de fazer o aborto foi da entrevistada, porque ela e/ou o parceiro não tinham condições financeiras de ter um filho. Ela relata ter sofrido violência física muitas vezes durante a vida. Descobriu ser HIV+ aos 18 anos, quando seu parceiro ficou doente. Não quer ter outros filhos no futuro.
- 35 anos, branca, não tem religião, ensino médio completo, não trabalha, não tem renda própria, a renda da casa é de R\$700,00 e não tem parentes que morem perto. Sua primeira relação sexual foi aos 12 anos e não usou nem contracepção, nem preservativo. Ao longo da vida, teve aproximadamente 1300 parceiros, 4 uniões e, no último ano, teve 11 parceiros. Em sua última relação, no dia anterior à entrevista, usou como método contraceptivo a pílula anticoncepcional e não usou condom. Atualmente tem 5 filhos. Teve 21 gestações, sendo que a primeira, a quarta, a quinta (antes do diagnóstico), a décima nona e a vigésima (depois do diagnóstico) resultaram em filho nascido vivo, a última (21ª)

resultou em aborto pós-diagnóstico e as demais acabaram em aborto pré-diagnóstico. O aborto pós-diagnóstico aconteceu quando a entrevistada tinha 31 anos, em uma gestação na qual ela não coabitava com o parceiro e não usava contracepção. Ela não sabe o status sorológico do parceiro, que era um relacionamento ocasional. A entrevistada teve filhos de diferentes parceiros e o parceiro da gestação que resultou em aborto após o diagnóstico era diferente do parceiro da gestação anterior. O aborto foi feito quando a gestação estava com um mês, na casa da entrevistada, por meio de aspiração à vácuo. Foi necessária a busca por atendimento médico em um hospital público e o atendimento foi classificado como bom, embora a entrevistada relate ter sido maltratada. A iniciativa foi da entrevistada e dos seus familiares, por ela ser HIV+. Ela relata ter sofrido violência psicológica, física e sexual muitas vezes na vida, ter usada maconha, cocaína e ecstasy no passado e ter feito sexo em troca de dinheiro. Descobriu estar vivendo com HIV aos 27 anos, durante exames de pré-natal. Informa não querer filhos no futuro.

- 29 anos, parda, ensino médio completo, às vezes frequenta a umbanda e/ou candomblé, trabalha com carteira assinada e tem renda própria de R\$660,00 (mesma renda da casa). Relata poder contar com o apoio de parentes quando precisa resolver algum problema. Iniciou-se sexualmente aos 16 anos, com o uso de camisinha. Ao longo da vida teve 8 parceiros e nunca teve uma união, tendo um único parceiro no último ano. Em sua última relação, ocorrida 8 dias antes da entrevista, usou camisinha. Não tem filhos e o aborto aconteceu em sua primeira gestação, aos 21 anos. Nessa gravidez, a entrevistada não coabitava com o parceiro e usava contracepção. O parceiro dessa gestação era namorado da entrevistada e era HIV+. O aborto foi feito aos 3 meses de gestação, em uma clínica, por meio de aspiração à vácuo e a entrevistada precisou de atendimento médico, buscado no posto ou centro de saúde e classificado como regular, uma vez que a entrevistada se sentiu maltratada. A iniciativa de fazer o aborto foi da própria entrevistada, baseada no fato de que ela era HIV+. A entrevistada relata ter sofrido violência sexual uma ou duas vezes. Ficou sabendo que era HIV+ aos 21 anos, quando estava grávida, por ocasião de exames de pré-natal. Pretende ter filhos no futuro.
- 33 anos, branca, sem religião, ensino médio completo, não trabalha e não tem renda própria, sendo a renda da casa, R\$1200,00. Relata sempre poder contar com a ajuda de parentes quando tem algum problema. Sua primeira relação aconteceu aos 14 anos, sem o uso de contracepção ou de condom. Teve 5 parceiros, nenhuma união ao longo da vida e apenas um parceiro no último ano. Sua última relação sexual aconteceu 15 dias antes da entrevista, sem o uso de contracepção ou de proteção. Atualmente tem dois filhos (um nascido antes e outro após o diagnóstico) e a segunda gestação terminou em aborto pós-diagnóstico. Essa gestação aconteceu quando a entrevistada tinha 18 anos, coabitava com parceiro e não usava contracepção. O parceiro dessa gestação era esposo e/ou companheiro da entrevistada, o mesmo das demais gestações, e estava vivendo com

HIV. Esse aborto ocorreu quando a gestação estava com 3 meses e foi feito em uma clínica, com o uso da curetagem. Não foi necessário atendimento médico posterior ao aborto. A iniciativa pelo aborto foi do parceiro, pelo fato de a mulher ser HIV+. Descobriu ser HIV+ aos 16 anos, porque o médico solicitou que ela fizesse o exame. Não quer ter filhos no futuro.

- 42 anos, branca, ensino médio completo, sem religião, trabalha sem carteira assinada e recebe R\$545,00 por mês (mesma renda da família). Relata sempre poder contar com o apoio de parentes quando tem algum problema. Iniciou-se sexualmente aos 14 anos, sem o uso de contracepção ou proteção. Teve 10 parceiros e uma união ao longo da vida e um parceiro no último ano. Sua última relação foi na noite antes da entrevista e a entrevistada relata ter usado condom. Atualmente tem um filho (nascido antes do diagnóstico) e o aborto pós-diagnóstico aconteceu na segunda gestação, quando a entrevistada tinha 28 anos, não coabitava com o parceiro e não estava usando contraceptivos. O parceiro era um namorado, HIV+ e não era o mesmo da gestação anterior. O aborto foi feito aos 3 meses de gestação, em um hospital, através do uso de Cytotec. Procurou um hospital público para atendimento pós-aborto e classifica o atendimento como bom. A iniciativa do aborto foi da própria entrevistada, por estar vivendo com HIV. Fez uso, no passado, de maconha e cocaína. Ficou sabendo que estava vivendo com o vírus aos 28 anos, após ter tido relações desprotegidas. Não tem intenção de ficar grávida no futuro.
- 29 anos, negra, ensino médio completo, às vezes frequenta a umbanda e/ou candomblé, não trabalha e recebe uma pensão de R\$200,00. Informa poder contar com o apoio de parentes às vezes. Em sua primeira relação, aos 15 anos, não usou contracepção ou preservativo. Ao longo da vida (incluindo o último ano), teve um parceiro. Sua última relação foi há aproximadamente 120 dias, sem o uso de contracepção, nem de condom. Atualmente tem 2 filhos (nascidos após o diagnóstico) e o aborto pós-diagnóstico aconteceu em sua segunda gestação, quando tinha 24 anos, não coabitava com o parceiro, nem usava contracepção. O parceiro era um parceiro ocasional, não era HIV+, nem era o mesmo parceiro de sua gestação anterior. O aborto ocorreu aos 4 meses de gestação, na casa da entrevistada, com o uso de Cytotec. Precisou procurar atendimento em um hospital público e o classificou como bom. A iniciativa do aborto foi da entrevistada e de seu parceiro, porque ambos não queriam filhos naquele momento. Relatou ter feito sexo por dinheiro. Ficou sabendo que estava vivendo com HIV aos 21 anos, quando ficou grávida. Não pretende ter filhos no futuro.
- 38 anos, branca, ensino médio completo, às vezes frequenta a umbanda e/ou candomblé, trabalha sem carteira assinada e sua renda é de R\$600,00, sendo que a renda da casa é de R\$1000,00. Não tem parentes que morem perto. Sua primeira relação foi aos 16 anos, com o uso de anticoncepcional oral. Teve duas uniões ao longo da vida e nenhum

parceiro no último ano. Não tem relações sexuais há mais de 4 anos e em sua última relação usou camisinha. Atualmente tem 2 filhos (nascidos antes do diagnóstico), sua terceira gestação resultou em aborto induzido pré-diagnóstico e o aborto pós-diagnóstico aconteceu em sua quarta gestação, quando a entrevistada tinha 28 anos, coabitava com o parceiro e estava fazendo uso de contracepção. O parceiro desta gestação era seu esposo e/ou companheiro, não era HIV+ e não era o mesmo parceiro da gestação anterior. O aborto foi feito aos 3 meses de gestação, na casa da entrevistada, com o uso de Cytotec e necessitou de atendimento médico, buscado em um hospital público e qualificado como bom. A iniciativa desse aborto foi da própria mulher, motivada pelo fato de ela estar vivendo com HIV. Relata uso progressivo de maconha e cocaína. Descobriu estar vivendo com HIV aos 27 anos, quando fez o teste por iniciativa própria/por rotina.

- 33 anos, negra, sem religião, ensino médio completo, trabalha como aprendiz ou estagiária remunerada e recebe algum tipo de bolsa do governo, totalizando uma renda própria de R\$400,00 e uma renda do domicílio de R\$800,00. Iniciou-se sexualmente aos 11 anos (através de sexo forçado). Teve duas uniões ao longo da vida e um parceiro no último ano, embora relate não ter tido relações sexuais no último ano (?). Nessa última relação, a entrevistada relata ter usado mais de um método, incluindo preservativo. Tem atualmente 5 filhos (4 deles nascidos após o diagnóstico), a sexta gestação foi terminada em aborto espontâneo e a terceira em aborto provocado pós-diagnóstico. O aborto provocado aconteceu quando a entrevistada tinha 21 anos, em uma gestação na qual não coabitava com o companheiro e estava fazendo uso de contracepção. O parceiro dessa gestação era um namorado, cujo status sorológico para o HIV é desconhecido da entrevistada e ele não era o mesmo parceiro da gestação anterior. O aborto foi feito na casa da entrevistada, com uso de Cytotec e foi necessário atendimento médico, que foi buscado em um hospital público e qualificado como bom. A iniciativa do aborto foi da própria mulher. A entrevistada relata ter sofrido violência psicológica algumas vezes, violência física uma ou duas vezes e violência sexual muitas vezes. Ela relata ter usado maconha, cocaína e crack e ter feito sexo por dinheiro. Descobriu estar vivendo com HIV aos 18 anos, por meio de exames de pré-natal. Não pretende ter mais filhos.
- 33 anos, branca, ensino fundamental incompleto, às vezes frequenta a Igreja Pentecostal e relata sempre poder contar com o apoio de parentes para resolver problemas. Não trabalha e recebe auxílio doença, no valor de R\$545,00 (mesma renda da casa). Sua primeira relação foi aos 16 anos, sem o uso de contracepção ou de camisinha. Ao longo da vida teve 10 parceiros e 3 uniões e, no último ano, teve um único parceiro. Sua última relação sexual foi há cerca de 90 dias antes da entrevista, com o uso de camisinha. Atualmente tem 2 filhos (um pré e um pós-diagnóstico) e teve 6 gestações: a primeira resultou em aborto pré-diagnóstico, a segunda e a quarta em filhos e a terceira, a quinta e a sexta em aborto pós-diagnóstico. O primeiro aborto pós-diagnóstico (3ª gesta)

aconteceu quando a entrevistada tinha 21 anos, estava coabitando com o parceiro e usava contracepção. O parceiro desta gestação era seu ficante, não era HIV+ e, apesar de a entrevistada ter tido gravidezes de diferentes parceiros, esse parceiro era o mesmo da gestação anterior. Esse aborto aconteceu aos 2 meses de gestação, na casa da entrevistada, com o uso de chás e infusões e necessitou de atendimento médico, buscado em um hospital público e qualificado como bom. A iniciativa desse aborto foi da entrevistada, porque ela e o parceiro não eram casados. A segunda gestação terminada em aborto induzido (5º gesta) ocorreu quando a entrevistada tinha 25 anos, coabitava com o parceiro e usava contracepção. Esse parceiro, que era esposo e/ou companheiro da entrevistada, não estava vivendo com HIV e era o mesmo da gestação anterior (mas diferente do parceiro do primeiro aborto) e o aborto foi feito aos dois meses de gestação. O terceiro aborto (6º gesta) foi feito quando a entrevistada tinha 29 anos, coabitava com o parceiro e usava métodos contraceptivos. O parceiro era o mesmo da gestação anterior (esposo e/ou companheiro da entrevistada e HIV-). Esse aborto também foi feito aos dois meses de gestação, na casa da entrevistada, com o uso de chás e infusões. Foi necessário atendimento médico, buscado junto a um hospital público e qualificado como bom. A iniciativa pelo aborto foi da entrevistada e de seu parceiro porque a entrevistada e o parceiro não eram casados ou não viviam juntos (?). A entrevistada relatou ter sofrido violência psicológica e sexual uma ou duas vezes, violência física muitas vezes, ter feito sexo por dinheiro e ter usado maconha, cocaína, crack e cola de sapateiro no passado. Relata ter ficado sabendo ser HIV+ aos 19 anos, por ocasião de exames de pré-natal. Não deseja ter filhos no futuro.

- 45 anos, branca, frequenta sempre a Igreja Pentecostal, ensino fundamental incompleto, trabalha como autônoma e recebe algum tipo de bolsa, totalizando uma renda própria (e da casa) de R\$523,00. Não tem parentes que morem perto. Sua primeira relação sexual foi aos 17 anos, sem o uso de contracepção ou de preservativo. Ao longo da vida teve seis parceiros e três uniões e no último ano teve apenas um parceiro. Em sua última relação, ocorrida 15 dias antes da entrevista, usou condom. Atualmente tem 3 filhos (um pré e dois pós-diagnóstico) e a quarta gestação resultou em aborto induzido pós-diagnóstico. Essa gestação aconteceu quando a entrevistada tinha 40 anos, não coabitava com o parceiro e não fazia uso de contracepção. O parceiro era um parceiro eventual, com sorologia desconhecida para o HIV, e que não era o mesmo da gestação anterior. Esse aborto foi feito aos 3 meses de gestação, na casa da entrevistada, com o uso de Cytotec e necessitou de atendimento médico, buscado em um hospital público e classificado como regular. A iniciativa do aborto foi da própria entrevistada, especialmente motivada pelo fato de que ela estava vivendo com HIV. A entrevistada relata ter sofrido violência psicológica uma ou duas vezes na vida e ter feito sexo por dinheiro. Descobriu que estava vivendo com HIV aos 35 anos, por ocasião de exames de pré-natal. Informa não querer mais filhos.