

Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil

Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil

Regina Maria Barbosa^{1,2}
Adriana de Araújo Pinho³
Naila Seabra Santos¹
Elvira Filipe¹
Wilza Villela⁴
Tirza Aidar^{2,5}

Abstract *This study aimed to identify and compare the characteristics of women living (WLHA) and not living with HIV/AIDS (WNLHA) regarding the report of lifetime induced abortion. Data from 1,777 MVHA and 2,045 MNVHA were collected between November 2003 and December 2004 during a cross-sectional study carried out in 13 municipalities of Brazil. After adjustment for confounding variables, 13.3% of MVHA versus 11.0% of MNVHA reported induced abortion in their lifetime ($p > 0.05$). In multivariate analysis, independent correlates of lifetime induced abortion for both groups were: age, with older women reporting greater proportions of reporting induced abortion, living in the North region of Brazil, age at sexual debut (up to 17 years old), having three or more lifetime sexual partners, having ever used drugs and self-reporting occurrence of sexually transmitted diseases. The results suggest that, in general, the characteristics of women who reported induced abortion in both groups were similar, and that the contexts associated to HIV infection and to reproductive practices and decisions among women might share similarities.*

Key words *Induced abortion, Women, HIV/aids, Sexual and reproductive health*

Resumo *No presente estudo, buscou-se identificar e comparar as características das mulheres vivendo (MVHA) e não vivendo com HIV/aids (MNVHA) que declararam ter realizado aborto alguma vez na vida. Entre novembro de 2003 e dezembro de 2004, estudo de corte transversal foi conduzido com 1.777 MVHA e 2.045 MNVHA em treze municípios brasileiros. Após ajuste por algumas variáveis confundidoras, 13,3% das MVHA versus 11,0% das MNVHA relataram aborto induzido na vida ($p > 0,05$). Para ambos os grupos, as variáveis que se mostraram associadas significativamente ao relato de aborto induzido após ajuste no modelo de regressão logística múltipla foram: idade, com as mulheres mais velhas relatando maiores proporções de aborto; residir na região Norte do país; idade na primeira relação sexual (até 17 anos); ter tido três ou mais parceiros sexuais na vida; ter usado drogas alguma vez na vida e ocorrência (auto-referida) de doença sexualmente transmissível. Os resultados sugerem que, de forma geral, o perfil das mulheres que relataram a prática de aborto é bastante semelhante entre MVHA e MNVHA, e que os contextos associados à infecção pelo HIV e às práticas e decisões reprodutivas podem guardar similaridades.*

Palavras-chave *Aborto induzido, Mulheres, HIV/aids, Saúde sexual e reprodutiva*

¹ Programa Estadual de DST/aids. Rua Santa Cruz 81, Vila Mariana. 04121-000 São Paulo SP. rbarbosa@nepo.unicamp.br

² Núcleo de Estudos da População (NEPO), Unicamp.

³ Programa de Pós-Graduação da ENSP, Fiocruz.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UNIFESP.

⁵ Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp.

Introdução

Estudos conduzidos em países com realidades socioeconômicas e culturais diversas têm avaliado o impacto do diagnóstico de HIV no comportamento reprodutivo e contraceptivo de mulheres vivendo com HIV e aids (MVHA), antes e depois da introdução da terapia antiretroviral (TARV), para a prevenção da transmissão vertical (PTV) do HIV. Tais estudos têm mostrado queda nas taxas de fecundidade e no número de novas gestações entre MVHA, comparativamente a mulheres não vivendo com HIV e aids (MNVHA) em idade reprodutiva¹⁻⁵.

Os estudos também mostram que as mulheres que engravidam após o diagnóstico de HIV são geralmente mais jovens; com menor escolaridade; fazem menor uso de métodos contraceptivos e relatam maior número de gestações prévias; têm parceiros com sorologia desconhecida ou negativa e menor conhecimento sobre PTV⁶⁻⁸.

Paralelamente, os poucos estudos existentes também têm observado taxas maiores de abortamento espontâneo⁹⁻¹¹ e induzido^{2,3} entre mulheres HIV positivo comparativamente a mulheres soronegativo ou da população feminina em geral, o que, sem dúvida, contribui igualmente para a queda da fecundidade entre estas mulheres. Por outro lado, outros estudos sugerem que a intenção reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/aids pode não se alterar em função do diagnóstico de HIV^{7,12,13} e que os contextos socioeconômicos e culturais podem ser mais determinantes nas escolhas reprodutivas do que o próprio conhecimento do estado sorológico^{14,15}.

As informações relativas à prática do aborto induzido são contraditórias e escassas em função das dificuldades de investigar o tema do aborto, tanto entre as mulheres HIV positivo, como também na população feminina em geral, em especial nos contextos em que tal prática é ilegal e/ou criminalizada.

No Brasil, não há estudos publicados até o momento, e de abrangência nacional, sobre a ocorrência de aborto induzido entre MVHA, nem tampouco trabalhos que explorem o perfil dessas mulheres em comparação ao de MNVHA que relataram a prática de aborto. Os poucos estudos relativos ao aborto entre a população feminina em geral mostram que o perfil que se delineia é constituído por mulheres jovens, não unidas, com pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas¹⁶⁻¹⁸.

Com o presente trabalho, buscou-se identificar e explorar as características de MVHA que declararam ter realizado pelo menos um aborto alguma vez na vida e compará-las com aquelas identificadas entre as MNVHA em estudo conduzido

nas cinco regiões brasileiras. Tal proposta, ao realizar tal comparação, tem por objetivo fornecer informações que fomentem a discussão e a pesquisa com relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/aids.

Metodologia

Análise secundária, de dados obtidos pela pesquisa “Estudo sobre comportamentos sexuais e contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres”, foi realizada para investigar a ocorrência de aborto. Trata-se de estudo de corte transversal, conduzido em treze municípios brasileiros entre novembro de 2003 e dezembro de 2004, com 3.822 mulheres com 18 anos ou mais, divididas em dois grupos: 1.777 mulheres com diagnóstico positivo para HIV e 2.045 mulheres usuárias de serviços públicos de atenção à saúde da mulher. Para ambos os grupos, utilizou-se uma amostra de conveniência de serviços localizados em capitais ou municípios de grande porte das cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Os municípios escolhidos foram: Belém, Campina Grande, Recife, Vitória da Conquista, São Paulo, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Distrito Federal, Goiânia, Campo Grande, Curitiba e Pelotas.

O grupo de mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) foi selecionado em Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em DST/aids. O cálculo do tamanho da amostra foi feito utilizando-se uma estimativa da soroprevalência do HIV na população por macrorregião¹⁹, para um intervalo de confiança de 95% e erro bilateral de 5%. Na região Norte, utilizou-se um erro bilateral de 7,5% para o grupo de mulheres HIV positivo porque não seria possível obter uma amostra maior na região, devido ao menor número de pessoas atendidas nos SAE.

A seleção do grupo comparativo foi realizada em unidades básicas de saúde e em serviços de atenção à saúde da mulher, nos mesmos municípios, que possuíam mais de 50% dos seus atendimentos voltados às consultas de pré-natal e/ou planejamento familiar. A seleção dos serviços em cada município também foi por conveniência a partir do convite para constituírem sítios de pesquisa. Além de pertencerem a redes administrativas diferenciadas, quer no plano da rede pública estadual, quer no plano das redes municipais, também contemplaram diferentes situações de entrada e constituição da clientela quanto a sua demanda (espontânea, estimulada ou referida) e modelos de assistência.

As MVHA foram consideradas elegíveis para participação no estudo se tivessem 18 anos ou mais e soubessem ler e escrever, uma vez que o instrumento de pesquisa era auto-aplicável. Em cada unidade, o profissional de saúde responsável pelo convite às mulheres foi instruído a convidar apenas as mulheres com exames sabidamente soropositivos, matriculadas no respectivo serviço.

As mulheres usuárias dos serviços de saúde da mulher foram consideradas elegíveis se tivessem 18 anos ou mais e soubessem ler e escrever, independentemente do conhecimento do seu estado sorológico quanto à infecção por HIV. Embora o conhecimento do estado sorológico à infecção por HIV entre essas mulheres não fosse critério de elegibilidade, perguntou-se no instrumento de pesquisa se já haviam realizado alguma vez na vida o teste anti-HIV e se sabiam o resultado. Apenas uma mulher respondeu que seu resultado era positivo para HIV e foi excluída deste grupo; 46,4% responderam que eram soronegativo, 2% não sabiam seu estado sorológico apesar de terem feito o teste anti-HIV, 49,6% nunca haviam feito o teste e 1,8% não responderam esta questão. Assim, como não houve possibilidade de confirmação do estado sorológico das mulheres que nunca fizeram a testagem ou que fizeram mas responderam que eram soronegativo ou que não sabiam sua sorologia, essas mulheres serão referidas como mulheres não vivendo com HIV/aids (MNVHA).

O convite à participação no estudo ocorria no momento do comparecimento às consultas (agendadas ou espontâneas) das usuárias aos serviços de saúde selecionados e era feito por profissional do mesmo serviço. Após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, questionários auto-aplicáveis e anônimos eram entregues às mulheres que concordavam em participar. Após o preenchimento, que podia ser realizado enquanto aguardava a consulta, a mulher era orientada a depositá-lo em uma urna lacrada com numeração específica para cada serviço de saúde. Os questionários eram recolhidos e enviados para a coordenação central da pesquisa, para a codificação e dupla digitação dos dados.

Foram utilizados dois questionários semi-estruturados semelhantes para ambos os grupos, exceto em relação às questões específicas sobre a infecção pelo HIV no questionário das MVHA. O questionário continha os seguintes blocos de questões: a) sociodemográfico: idade, município e região de residência (macrorregião), cor da pele, escolaridade, trabalho, fonte de renda, e estado conjugal; b) comportamento e saúde sexual: idade na primeira relação sexual, número de parceiros sexuais na vida e nos últimos seis meses, tipo de parceria (fixa e ocasional) e ocorrência de doença se-

xualmente transmissível alguma vez na vida; c) comportamento contraceptivo e reprodutivo: uso e tipo de métodos contraceptivos, número de filhos e intenção reprodutiva (desejo e intenção de ter filhos ou mais filhos) e ocorrência de aborto espontâneo e induzido alguma vez na vida; d) situações de risco às DST/aids: uso de preservativo em relações sexuais, uso de drogas pela entrevistada e pelo parceiro sexual e história de prática de sexo em troca de dinheiro e/ou drogas; e) acesso aos serviços de saúde: consulta ginecológica nos últimos doze meses, realização do exame de Papanicolaou nos últimos doze meses, qualidade do atendimento recebido e dificuldades funcionais do serviço de saúde.

O questionário foi pré-testado quanto a sua extensão e à facilidade de compreensão das questões e do auto-preenchimento. Os dados foram duplamente digitados e validados quanto à consistência lógica; a análise foi realizada por meio da utilização do pacote estatístico Stata 9.0™.

Para a análise dos dados, realizou-se, inicialmente, uma caracterização da amostra de MNVHA e MVHA, comparando as características sociodemográficas e de comportamento sexual e reprodutivo dos sujeitos no momento da entrevista em cada grupo estudado. Para a análise comparativa das características de comportamento sexual e reprodutivo, as proporções foram padronizadas por idade, devido a diferenças na distribuição etária das duas populações sob estudo. As diferenças entre os grupos foram analisadas por meio do teste de associação do qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fisher) para variáveis categóricas e do teste t-student ou do teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Para os fatores que permitiam ordenação, foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) para tendência linear.

Investigou-se a prevalência no relato de aborto induzido alguma vez na vida, sendo que para o propósito da análise dos seus fatores associados, somente foram considerados os casos de relato exclusivo de aborto induzido, incluindo aqueles acompanhados de casos de aborto espontâneo. Excluíram para esta análise as mulheres que nunca tiveram relação sexual, fora da idade reprodutiva (acima de 49 anos) e aquelas que relataram comportamento homossexual exclusivo em toda a sua vida.

Uma análise bivariada dos fatores associados ao aborto induzido foi então conduzida, estratificada segundo os grupos sob estudo, ou seja, para MNVHA e MVHA separadamente, por meio do teste de associação do qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fisher). A magnitude da associação entre aborto induzido e as variáveis selecionadas foi estimada usando as medidas de **odds ra-**

tio ou razão de chances (OR), ajustadas por idade e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Todas as variáveis que apresentaram valor *p* menor ou igual a 0,20 na análise bivariada foram incluídas num modelo de regressão logística (não-condicional) construído separadamente para MNVHA e MVHA. A entrada no modelo de regressão seguiu a estratégia *stepwise forward selection*, ou seja, seleção progressiva de variáveis passo-a-passo. A permanência das variáveis no modelo obedeceu ao critério de significância estatística dos seus coeficientes de regressão ($p < 0,05$) e de alterações nas medidas de efeito *odds ratio* brutas e ajustadas maiores ou iguais a 10%²⁰.

As variáveis escolaridade e número de filhos, embora não tenham se mostrado associadas de maneira estatisticamente significantes, foram mantidas no modelo final de regressão logística múltipla baseada na literatura sobre aborto induzido entre mulheres da população em geral. O ajuste do modelo final foi avaliado pelo teste de *goodness-of-fit* de Hosmer e Lemeshow²¹.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em DST e aids de São Paulo, onde foi sediada a coordenação do mesmo, assim como por alguns comitês de ética locais, conforme a demanda dos municípios.

Resultados

MVHA e MNVHA: semelhanças e diferenças

As características sociodemográficas do grupo de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/aids (MVHA e MNVHA) no momento da entrevista são apresentadas na Tabela 1. Comparativamente às MNVHA, as MVHA eram mais velhas, com menor escolaridade e uma proporção maior delas não estava em união estável e não trabalhava à época da pesquisa ($p < 0,0001$). Não houve diferenças estatisticamente significantes em relação à cor da pele entre os grupos; 46% de mulheres de ambos os grupos se auto-declararam como brancas, mais de um terço, como pardas e ao redor de 15%, como negras. Quanto à região de residência, proporções similares entre MVHA e MNVHA foram observadas para aquelas residentes na região Nordeste, Centro-Oeste e Sul, com exceção das regiões Norte e Sudeste e Sul, onde se observou uma sub e sobre-representação de MVHA, respectivamente. A sub-representação de MVHA na região Norte deveu-se a problemas ocorridos durante a coleta dos dados em um dos serviços de saúde.

Quanto às características de comportamento

sexual, as MVHA, comparativamente às MNVHA, eram mais jovens na primeira relação sexual: 42% das MVHA referiram ter iniciado a vida sexual com 15 anos ou menos contra 23,4% das MNVHA ($p < 0,0001$) (Tabela 2). Apenas oito mulheres, sete entre MNVHA e uma MVHA, referiram nunca ter tido relação sexual na vida. Sessenta e seis MVHA (3,8%) referiram ter tido relação sexual com homens e mulheres na vida e apenas 17 MNVHA (0,8%) referiram o mesmo comportamento. Ao todo, apenas sete mulheres relataram comportamento exclusivamente homossexual na vida.

Uma proporção maior de MVHA relatou três ou mais parceiros sexuais na vida (54,8% de MVHA *versus* 26,6% entre MNVHA; $p < 0,0001$). Entretanto, proporção muito maior de MVHA estava sem ter relações sexuais nos últimos seis meses comparadas às MNVHA (23,1% *versus* 4,3%; $p < 0,0001$).

Quanto à história reprodutiva, diferenças estatisticamente significantes entre os grupos foram observadas quanto à parturição, sendo menor a proporção de mulheres sem filhos entre aquelas vivendo com HIV/aids (16,2% *versus* 19,7% entre as MNVHA); 35% de MVHA relataram ter três ou mais filhos contra 28% entre MNVHA ($p < 0,0001$).

Investigou-se também o uso de método contraceptivo entre mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva. Cabe salientar que, do total de mulheres entrevistadas, 92% estavam em idade reprodutiva, sendo 1.600 entre MVHA (92,4%) e 1.838 entre MNVHA (92,0%). Diferenças estatisticamente significantes foram observadas entre MVHA e MNVHA quanto ao tipo de método contraceptivo utilizado (Tabela 2). Uma proporção maior de MVHA relatou fazer uso de laqueadura tubária e condom (masculino e feminino) como método contraceptivo em comparação às MNVHA. Por outro lado, foi menor a proporção de MVHA relatando o uso de métodos hormonais, como pílula e injeção, em comparação às MNVHA, bem como de dispositivo intra-uterino (DIU).

Aborto induzido entre MVHA e MNVHA

Do total de mulheres em idade reprodutiva, uma proporção significativamente maior de MVHA, comparativamente às MNVHA, relatou aborto induzido alguma vez na vida, 17,5% *versus* 10,4% ($p < 0,0001$). Esta diferença, que se manteve mesmo após o ajuste por idade e número de filhos, deixou de ser estatisticamente significativa, ao ajustar pelo número de parceiros sexuais na vida (13,3% *versus* 11,0%; $p > 0,05$).

A taxa de não-resposta para a questão referente à ocorrência de aborto induzido foi baixa para ambos os grupos, com 4,2% de não-resposta para

Tabela 1. Características sociodemográficas de MNVHA e MVHA de cinco regiões brasileiras, 2003-2004.

Características	MNVHA (n=2045)		MVHA (n=1777)	
	N ^a	%	N ^a	%
Região*				
Norte	221	10,8	113	6,4
Nordeste	474	23,2	371	20,9
Centro-Oeste	481	23,5	352	19,8
Sul	410	20,1	379	21,3
Sudeste	459	22,4	562	31,6
Idade (anos)*				
18-24	594	29,7	216	12,5
25-29	383	19,1	328	18,9
30-34	277	13,8	367	21,2
35-39	235	11,7	328	18,9
40+	514	25,7	493	28,5
Mediana (IRQ)	30 (24-40)	30 (24-40)	34 (28-40)	34 (28-40)
Educação (anos)*				
Nunca foi à escola	28	1,4	57	3,3
1 a 4 do ensino fundamental	328	16,2	492	28,1
5 a 8 do ensino fundamental	631	31,2	606	34,6
Ensino médio incomp./completo	798	39,5	465	26,5
Ensino superior incomp./completo	236	11,7	132	7,5
Cor da pele				
Branca	907	46,6	760	45,7
Parda	639	32,9	573	34,5
Negra	279	14,3	244	14,7
Amarela	69	3,6	47	2,8
Indígena	51	2,6	38	2,3
Casada ou coabitando*				
Não	513	26,2	827	48,3
Sim	1443	73,8	885	51,7
Trabalha atualmente*				
Não	1029	50,6	1221	69,8
Sim	1003	49,4	528	30,2

^a Números diferem para cada variável devido a não resposta; IRQ= Intervalo interquartil; %=porcentagem na coluna.

* Diferenças entre MVHA e MNVHA estatisticamente significantes (p<0.0001).

MNVHA e 2,4% para MVHA; tal diferença não se mostrou estatisticamente significativa após o ajuste por idade e escolaridade.

A Tabela 3 mostra as características de mulheres em idade reprodutiva que relataram aborto induzido estratificada pela condição sorológica ao HIV e ajustada por idade. Na análise bivariada observou-se que, para ambos os grupos, a idade se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa; quanto maior a idade das mulheres, maior a proporção do relato de aborto induzido (χ^2 de tendência=22,05, p<0,0001, para MNVHA e χ^2 de tendência=9,60, p<0,01, para MVHA).

Não foi observada diferença no relato de aborto induzido segundo o grau de escolaridade tanto para MNVHA quanto para MVHA. Já para cor da

pele, para ambos os grupos, as mulheres que se auto-declararam pretas ou pardas relataram uma proporção significativamente maior no relato de aborto induzido comparativamente às mulheres brancas na análise bivariada (14,1% **versus** 7,8%, respectivamente; p<0,0001 para MNVHA e 19,6% **versus** 14,8%, respectivamente; p<0,0001 para MVHA). Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias pretas/pardas e amarelas/indígenas quanto ao relato de aborto induzido na análise bivariada, além de que um número pequeno de mulheres se auto-declararam amarelas/indígenas. Portanto, para a entrada no modelo de regressão logística múltipla, tais categorias foram agregadas em uma nova categoria chamada “não-brancas”.

Tabela 2. Características sexuais e reprodutivas de MNVHA e MVHA de cinco regiões brasileiras, 2003-2004.

Características	MNVHA (n=2045) †		MVHA (n=1777) †	
	N ^a	% ^b	N ^a	% ^b
Idade na primeira relação sexual*				
18 anos ou mais	939	50,3	589	32,3
16 a 17 anos	521	26,3	431	25,9
15 anos ou menos	476	23,4	651	41,8
Uso de método contraceptivo ≤ 6 meses^{c,d}				
Laqueadura*	327	23,8	387	32,4
Vasectomia	23	1,6	18	1,5
Pílula*	601	32,5	123	10,5
Camisinha masculina*	456	25,8	534	44,3
Camisinha feminina*	31	1,8	91	7,6
Injeção*	101	5,5	34	2,8
DIU*	99	6,1	20	1,7
Diafragma	2	0,1	3	0,2
Número de parceiros sexuais na vida*				
Um parceiro	762	40,0	229	14,4
2 a 3 parceiros	606	32,3	483	30,8
3 ou mais parceiros/não sabe	496	27,7	863	54,8
Número de filhos*				
Nenhum	427	19,7	272	16,2
1 a 2 filhos	998	52,6	818	49,0
3 ou mais filhos	518	27,7	622	34,8

† Excluídas da análise mulheres que fazem sexo somente com mulheres e aquelas que nunca tiveram relação sexual (15 casos).

^a Números diferem para cada variável devido a não resposta; IRQ= Intervalo interquartil; %=porcentagem na coluna.

^b Proporções padronizadas por idade.

^c Excluídas desta análise as mulheres fora da idade reprodutiva (>49 anos), aquelas que não tiveram relação sexual nos últimos seis meses e mulheres que fizeram sexo somente com mulheres (n=823).

^d Esta variável se refere ao uso atual para as mulheres soronegativo e uso nos últimos seis meses para as mulheres soropositivo.

* Diferenças entre MVHA e MNVHA estatisticamente significantes (p<0.0001).

As mulheres vivendo na região Sudeste e Norte do país apresentaram uma proporção significativamente maior no relato de aborto induzido se comparadas àquelas da região Sul (Tabela 3). Entre as MVHA, residir na região Nordeste também se mostrou associada ao relato de aborto induzido.

As mulheres que iniciaram a atividade sexual com 15 anos ou menos, assim como aquelas que não estavam em união estável no momento da entrevista, relataram uma proporção significativamente maior de aborto induzido (p<0,05).

Para ambos os grupos, ter tido três ou mais parceiros sexuais na vida ou não saber ou não se lembrar do número de parceiros aumentou a chance de relato de aborto induzido, comparativamente àquelas com apenas um parceiro (p<0,0001). Ter ou ter tido parceiros sexuais eventuais também se mostrou associado de forma estatisticamente significativa ao relato de aborto induzido em ambos os grupos.

Aquelas que relataram já ter sofrido violência sexual na vida apresentaram uma proporção sig-

nificativamente maior de relato de aborto induzido comparativamente àquelas que referiram não ter sofrido esta forma de violência (20,6% **versus** 9,7%, respectivamente; p<0,0001 para MNVHA e 25% **versus** 15%, respectivamente; p<0,0001 para MVHA).

A ocorrência prévia de DST e o uso de drogas, alguma vez na vida entre MNVHA e na época da infecção entre MVHA, mostraram associadas de maneira estatisticamente significativa ao relato de aborto induzido em ambos os grupos (p<0,01) (Tabela 3).

Procedeu-se o ajuste de dois modelos de regressão logística múltipla, um para cada grupo de mulheres, considerando as variáveis que se mostraram associadas ao relato de aborto induzido na análise bivariada, com um valor *p* menor ou igual a 0,20. Os resultados estão apresentados na Tabela 4. Após o ajuste, a associação observada entre idade na época da entrevista e relato de aborto induzido permaneceu estatisticamente significativa para ambos os grupos, com a mesma tendência linear

Tabela 3. Características de MNVHA e MVHA em idade reprodutiva (18-49 anos) que relataram aborto induzido alguma vez na vida de cinco regiões brasileiras, 2003-2004.

Características	Relato de aborto induzido †			
	MNVHA (n=177)		MVHA (n=278)	
	N (%) ^a	OR (IC 95%)	N (%) ^a	OR (IC 95%)
Idade (anos)				
18-24	29 (5,2)	1,00 (ref)	19 (9,0)	1,00 (ref)
25-29	35 (9,6)	1,93 (1,16-3,21)	57 (17,6)	2,16 (1,24-3,74)
30-34	37 (13,8)	2,93 (1,76-4,88)	70 (19,6)	2,46 (1,44-4,22)
35-39	28 (12,3)	2,56 (1,49-4,42)	58 (18,3)	2,27 (1,31-3,94)
40-49	48 (14,3)	3,05 (1,88-4,94)	74 (21,2)	2,72 (1,58-4,65)
Escolaridade				
Até 4 anos de estudo	35 (12,7)	1,00 (ref)	82 (17,6)	1,00 (ref)
5 a 8 anos de estudo	51 (10,4)	0,79 (0,50-1,25)	92 (16,4)	0,93 (0,67-1,29)
9 anos ou mais de estudo	91 (10,9)	0,89 (0,58-1,36)	100 (17,3)	1,05 (0,76-1,45)
Cor da pele				
Branca	55 (7,8)	1,00 (ref)	103 (14,8)	1,00 (ref)
Preta/parda	106 (14,1)	2,00 (1,42-2,83)	149 (19,6)	1,41 (1,07-1,86)
Amarela/indígena	10 (13,9)	1,63 (0,79-3,33)	13 (16,3)	1,16 (0,61-2,19)
Região				
Sul	22 (6,8)	1,00 (ref)	36 (10,7)	1,00 (ref)
Centro-oeste	31 (8,2)	1,28 (0,72-2,26)	46 (13,7)	1,33 (0,83-2,13)
Nordeste	35 (8,7)	1,45 (0,83-2,54)	58 (16,6)	1,66 (1,06-2,61)
Sudeste	49 (13,7)	2,11 (1,24-3,58)	112 (23,1)	2,40 (1,59-3,61)
Norte	40 (21,8)	3,87 (2,20-6,78)	26 (26,1)	3,19 (1,80-5,66)
Casada ou coabitando				
Não	55 (14,9)	1,00 (ref)	144 (20,2)	1,00 (ref)
Sim	119 (10,0)	0,66 (0,46-0,93)	127 (14,6)	0,71 (0,54-0,92)
Idade na primeira relação sexual				
18 anos ou mais	61 (7,5)	1,00 (ref)	74 (11,8)	1,00 (ref)
16 a 17 anos	56 (14,3)	2,01 (1,36-2,98)	70 (17,2)	1,40 (0,97-2,01)
15 anos ou menos	53 (15,4)	2,39 (1,59-3,61)	124 (20,2)	1,69 (1,22-2,35)
Número de parceiros sexuais na vida				
Um parceiro	29 (5,2)	1,00 (ref)	11 (6,1)	1,00 (ref)
2 a 3 parceiros	42 (8,4)	1,77 (1,08-2,89)	44 (9,9)	1,89 (0,95-3,76)
3 ou mais parceiros/não sabe	93 (22,2)	5,73 (3,68-8,92)	189 (23,1)	4,95 (2,63-9,31)
Tem ou teve parceiros eventuais^b				
Não	134 (8,0)	1,00 (ref)	218 (14,3)	1,00 (ref)
Sim	10 (22,3)	3,48 (2,50-4,85)	42 (25,4)	2,04 (1,52-2,73)
Número de filhos				
Nenhum	35 (11,7)	1,00 (ref)	43 (17,9)	1,00 (ref)
1 a 2 filhos	94 (11,2)	0,91 (0,59-1,39)	141 (18,5)	1,03 (0,70-1,50)
3 ou mais filhos	47 (10,9)	0,84 (0,51-1,38)	84 (14,7)	0,76 (0,50-1,14)
História de violência sexual na vida				
Não	132 (9,7)	1,00 (ref)	181 (14,9)	1,00 (ref)
Sim	43 (20,6)	2,57 (1,75-3,78)	89 (24,9)	1,81 (1,35-2,42)
Prática de uso de drogas^b				
Não	163 (10,4)	1,00 (ref)	225 (16,6)	1,00 (ref)
Sim	14 (38,2)	3,13 (1,67-5,88)	36 (27,5)	2,65 (1,72-4,07)
Ocorrência de DST (auto-referida)				
Não	115 (9,4)	1,00 (ref)	128 (13,2)	1,00 (ref)
Sim	47 (16,9)	2,13 (1,47-3,09)	119 (23,5)	1,97 (1,48-2,60)

^a Números diferem para cada variável devido a não resposta; %=porcentagem na linha e padronizada por idade.

[†] Mulheres fora da idade reprodutiva (>49 anos), que nunca tiveram relação sexual ou que fizeram sexo somente com mulheres na vida toda foram excluídas desta análise (n=397).

^b Para as MVHA, esta variável se refere à época da infecção.

OR (IC 95%)=Odds Ratio (Razão de Chances) ajustada por idade com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Tabela 4. Fatores associados ao relato de aborto induzido entre MNVHA e MVHA em idade reprodutiva em cinco regiões brasileiras, 2003-2004.

Características	Relato de aborto induzido alguma vez na vida †			
	MNVHA		MVHA	
	OR _a	IC 95%	OR _a	IC 95%
Idade (anos)				
18-24	1,00	(ref)	1,00	(ref)
25-29	2,31	1,23-4,34	1,75	0,89-3,44
30-34	3,92	2,01-7,64	2,35	1,21-4,57
35-39	3,04	1,42-6,54	2,00	1,00-3,99
40-49	6,69	3,29-13,60	3,20	1,60-6,39
Escolaridade				
Até 4 anos de estudo	1,00	(ref)	1,00	(ref)
5 a 8 anos de estudo	1,33	0,71-2,49	1,04	0,67-1,62
9 anos ou mais de estudo	1,47	0,80-2,69	1,27	0,80-2,01
Cor da pele				
Branca	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Não-brancas	1,79	1,17-2,73	1,27	0,89-1,82
Região de residência				
Sul	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Centro-oeste	0,87	0,45-1,71	1,33	0,72-2,47
Nordeste	1,35	0,69-2,62	2,07	1,15-3,71
Sudeste	1,58	0,86-2,93	2,38	1,36-4,15
Norte	3,26	1,64-6,45	3,19	1,39-7,35
Casada ou coabitando				
Não	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Sim	1,39	0,87-2,21	0,99	0,70-1,40
Idade na primeira relação sexual				
18 anos ou mais	1,00	(ref)	1,00	(ref)
16 a 17 anos	2,02	1,25-3,28	1,80	1,11-2,90
15 anos ou menos	1,79	1,05-3,06	1,80	1,13-2,86
Nº de parceiros sexuais na vida				
Um parceiro	1,00	(ref)	1,00	(ref)
2 a 3 parceiros	1,34	0,75-2,39	2,75	1,06-7,34
3 ou mais parceiros/não sabe	3,87	2,17-6,91	6,38	2,49-16,29
Tem ou teve parceiros eventuais^a				
Não	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Sim	1,66	1,05-2,63	1,34	0,90-1,98
Número de filhos				
Nenhum	1,00	(ref)	1,00	(ref)
1 a 2 filhos	0,88	0,51-1,53	1,34	0,80-2,24
3 ou mais filhos	0,76	0,39-1,48	0,79	0,45-1,41
História de violência sexual na vida				
Não	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Sim	1,43	0,87-2,33	1,19	0,81-1,76
Prática de uso de drogas^a				
Não	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Sim	2,70	1,24-5,86	1,84	1,01-3,35
Ocorrência de DST (auto-referida)				
Não	1,00	(ref)	1,00	(ref)
Sim	1,65	1,07-2,55	1,85	1,31-2,62

† Mulheres fora da idade reprodutiva (>49 anos), que nunca tiveram relação sexual ou que fizeram sexo somente com mulheres na vida toda foram excluídas desta análise (n=397); ^a Para as MVHA, esta variável se refere à época da infecção; OR_a = Odds Ratio (Razão de Chances) reportada para variáveis que permaneceram no modelo de regressão logística reduzido para aborto induzido, ajustada pelas demais variáveis presentes no modelo. Todas as variáveis que permaneceram no modelo foram checadas para colinearidade mas nenhuma foi encontrada.

† Modelo demonstrou adequado ajuste baseado no *goodness-of-fit test* (p > 0,05).

Números em negrito representam aqueles que alcançaram o nível de significância (p < 0,05) após o ajuste no modelo de regressão logística múltiplo.

observada na análise bivariada, ou seja, o relato de aborto induzido aumentou com a idade das mulheres, sem diferenças significantes na magnitude dos efeitos de associação entre os grupos.

Ter declarado outra categoria de cor de pele que não branca aumentou em 1,79 vezes a chance de ter relatado aborto induzido quando comparado com mulheres que se declararam como brancas. Residir na região Norte aumentou em 3,87 e 3,19 vezes, respectivamente, a chance de relato de aborto induzido entre MNVHA e MVHA. Apenas para as MVHA, residir nas regiões Sudeste e Nordeste também se mostrou associado ao relato de aborto induzido.

As variáveis idade na primeira relação sexual e número de parceiros sexuais na vida permanecerem associadas ao relato de aborto induzido, sem diferenças estatisticamente significantes na magnitude dos efeitos de associação para MNVHA e MVHA.

Quanto ao estado conjugal, embora tenha sido observada uma menor proporção de relato de aborto induzido entre mulheres casadas, amigas ou juntadas controlado por idade na análise bivariada, tal variável perdeu significância estatística no modelo de regressão logística múltipla, particularmente após o ajuste pela variável número de parceiros sexuais na vida. Ressalta-se que a proporção de mulheres em união estável no momento da entrevista, para as quais se observou menor proporção no relato de aborto provocado, foi maior entre aquelas que referiram ter tido apenas um parceiro sexual na vida (86,8% *versus* 62,7% entre MNVHA e 64,5% *versus* 49,7% entre MVHA).

Ter ou não ter tido parceiros eventuais permaneceu associada significantemente ao relato de aborto induzido apenas para as MNVHA. Ter usado drogas alguma vez na vida entre MNVHA e na época da infecção entre MVHA também se mostrou associada ao relato de aborto induzido, após ajuste no modelo de regressão logística múltipla.

A associação observada entre a história de abuso sexual na vida e relato de aborto induzido na análise bivariada perdeu a significância estatística após ajuste no modelo para ambos os grupos. Já a ocorrência de relato de DST alguma vez na vida permaneceu significantemente associada ao relato de aborto induzido. A sua ocorrência aumentou em 1,65 e 1,85 vezes, respectivamente, a chance de relato de aborto induzido entre MNVHA e MVHA, sem diferenças significantes na magnitude dos efeitos de associação entre os grupos.

Discussão

Neste estudo, após ajuste por idade, estado marital, número de filhos e de parceiros sexuais na vida, 13,3% das MVHA *versus* 11,0% das MNVHA relataram aborto induzido na vida, sem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. As proporções de aborto induzido encontradas nos estudos nacionais variaram de 7,2%, em Pelotas¹⁶ e 16,9%, no Rio de Janeiro²² entre mulheres em idade reprodutiva, e 7,7% entre mulheres jovens de três capitais brasileiras²³. O único estudo que encontrou proporção de 34% no relato de aborto não deixa explícito se estes referem-se apenas a abortos induzidos ou estão incluídos também casos de aborto espontâneo²⁴. Entre mulheres vivendo com HIV e aids, estudo exploratório conduzido com uma amostra de conveniência de 148 mulheres atendidas em um centro de referência em DST e aids no município de São Paulo encontrou que um terço delas já havia realizado pelo menos um aborto²⁵.

Diferenças metodológicas entre os estudos nacionais encontrados sobre aborto na população feminina em geral e a escassez daqueles que investigam aborto entre mulheres vivendo com HIV/aids tornam difícil a comparação entre os achados. Soma-se a esta dificuldade o fato do aborto constituir evento de difícil relato quando se encontra permeado por questões morais e religiosas e mais ainda em contextos de ilegalidade da sua prática, como é o caso do Brasil.

As taxas de sub-relato de aborto induzido, mesmo em países onde a prática é legal, variam entre 40% e 65% em estudos de base populacional realizados nos Estados Unidos da América²⁶ e na França²⁷. Tais taxas podem variar em função de características sociodemográficas e culturais, como idade, raça/etnia e religião. Variam também em função da abordagem metodológica, com diferenças nas taxas de relato de aborto induzido variando segundo o tipo de entrevista conduzida. Entrevistas auto-aplicadas parecem ter maiores taxas de resposta à questão de aborto do que entrevistas face-a-face em países desenvolvidos e em desenvolvimento^{28, 29}.

Neste estudo, embora a taxa de não-resposta para a questão de aborto tenha sido relativamente baixa e sem diferenças significantes após ajuste por idade e escolaridade entre os grupos, MNVHA e MVHA, 4,2% e 2,4%, respectivamente, deve-se considerar a possibilidade do relato de aborto estar subestimado ou que alguns eventos de aborto induzido tenham sido considerados como espontâneos. No entanto, o sub-relato pode ter sido minimizado com a utilização de entrevistas auto-apli-

cadadas e anônimas depositadas em urna lacrada. Tal método tem se mostrado sensível em detectar maiores proporções no relato de aborto induzido em comparação ao método de questões indiretas como observado em estudo com amostra representativa de mulheres na região sul do Brasil¹⁶.

O relato de aborto induzido também não ocorre de forma homogênea em ambos os grupos estudados. Independentemente do estado sorológico das mulheres, observou-se que seu relato difere segundo características sociodemográficas e comportamentais das mulheres entrevistadas. Com relação à idade, por exemplo, no presente estudo observou-se uma tendência linear entre idade e relato de aborto induzido, na qual mulheres mais velhas relataram mais frequentemente a sua prática, tal como observado em outros estudos^{22,30}. Essa tendência deve ser interpretada como decorrente do maior tempo de exposição ao risco de gravidez não prevista e consequentemente de aborto entre as mulheres mais velhas, como também da maior disposição de relato de aborto induzido nesse grupo comparativamente às mais jovens²⁶.

A comparação entre as regiões do Brasil fornece forte evidência de maior ocorrência de aborto induzido no Norte para ambos os grupos, o que encontra respaldo na literatura nacional. Em estudo de Monteiro e Adesse³¹, utilizando como base de cálculo as hospitalizações na rede pública, registradas no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, foi constatada uma tendência de aumento das taxas de aborto do Sul (1,28 abortos/100 mulheres) para o Norte do país (2,81 abortos/100 mulheres), enquanto as regiões do Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste apresentam taxas intermediárias.

No presente estudo, não foi observada associação entre escolaridade e relato de aborto induzido em ambos os grupos, tal como encontrado por Olinto³⁰. Nesse sentido, duas ressalvas se fazem necessárias. A primeira refere-se ao fato, apontado por estudos recentes^{27,32,33}, de que a escolaridade associa-se negativamente à gravidez indesejada e positivamente à prática de aborto, ou seja, mulheres com maior escolaridade têm menores chances de gravidez indesejada, mas uma vez grávidas têm maiores chances de interromper uma gestação do que mulheres de menor escolaridade. Assim, ao analisar a ocorrência de aborto ao longo da vida, como utilizada no presente estudo, é fundamental levar em conta que tal oposição pode mascarar o efeito final da escolaridade na sua prática. Em segundo lugar, é provável também que haja uma sub-representação na amostra de mulheres mais escolarizadas, que tendem a utilizar

menos os serviços de saúde do SUS, colaborando desta forma também para a ausência de diferenças na magnitude da associação.

A idade na primeira relação sexual também se mostrou um importante fator associado de forma independente ao relato de aborto induzido em ambos os grupos; iniciar a vida sexual com 15 anos ou menos ou mesmo entre 16 e 17 anos aumentou significativamente a chance de relato de aborto induzido, mesmo após o ajuste pelo número de parceiros sexuais na vida, achado também observado por outros autores^{34, 35}.

Estudos conduzidos em diferentes países têm mostrado que mulheres que iniciam a vida sexual em idade mais jovem engajam mais cedo em comportamentos e práticas sexuais sem proteção contra DST e gravidez, elevando seu risco para gravidez indesejada e ocorrência de DST, incluindo HIV³⁶⁻³⁸. Vale lembrar que, neste estudo, as MVHA apresentaram uma idade mediana no início da atividade sexual significativamente menor do que as MNVHA.

O número de parceiros sexuais na vida também permaneceu fortemente associado ao relato de aborto induzido entre MNVHA e MVHA; mulheres que relataram ter tido três ou mais parceiros sexuais na vida apresentaram um proporção maior de aborto induzido comparativamente àquelas com apenas um parceiro na vida. Esta relação pode refletir a exposição acumulada ao risco de gestações indesejadas entre mulheres com um número maior de parceiros sexuais na vida e, por conseguinte, um maior risco de prática de abortamento alguma vez durante sua trajetória sexual e reprodutiva³⁵. Por outro lado, pode igualmente refletir dificuldades no uso continuado de métodos contraceptivos ao longo da sua trajetória sexual³⁹ e/ou ainda maior disposição em interromper uma gestação não desejada.

A natureza do relacionamento, se regular ou eventual, parece também estar associada ao relato de aborto induzido, pelo menos entre as MNVHA. Achados de outros estudos sugerem que gestações resultantes de relacionamentos com parceria ocasional ou não estável podem apresentar maiores chances de serem interrompidas, tanto entre mulheres jovens quanto em adultas. Menezes *et al.*⁴⁰, por exemplo, numa amostra representativa de jovens homens e mulheres em três cidades brasileiras, observaram que mulheres cujo primeiro intercuro sexual foi com parceiro ocasional relataram uma proporção maior de aborto induzido na primeira gravidez, em comparação àquelas cujo primeiro intercuro sexual foi com parceiro regular ou estável. Sihvo *et al.*³³ também observaram que, entre

mulheres com 25 anos ou mais, relacionamentos não estáveis aumentaram a chance de aborto.

Contrariando alguns achados da literatura, a ocorrência de violência sexual alguma vez na vida não permaneceu associada de maneira estatisticamente significativa ao relato de aborto induzido após o ajuste no modelo de regressão logística múltipla para MNVHA e MVHA. Observa-se em vários estudos internacionais a associação entre relato de aborto espontâneo e induzido e ocorrência de violência doméstica, de natureza física e/ou sexual, particularmente aquela perpetrada por parceiro íntimo na vida adulta⁴¹⁻⁴⁴. Neste estudo, não se perguntou sobre a ocorrência de violência física e se o perpetrador da violência sexual foi um parceiro íntimo.

Embora o relato de violência sexual não tenha permanecido associado ao aborto provocado em ambos grupos, vale ressaltar a magnitude deste evento entre mulheres que relataram aborto induzido, 24,6% entre MNVHA e 32,9% entre MVHA. Cabe salientar que a associação observada na análise bivariada perdeu significância estatística particularmente após o ajuste pelas variáveis parceria eventual na vida e ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis alguma vez na vida, ambas forte e conjuntamente associadas ao episódio de violência sexual e aborto induzido alguma vez na vida. Para ambos os grupos, mulheres que relataram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida relataram uma proporção significativamente maior de parcerias eventuais na vida, bem como de ocorrência de DST alguma vez na vida (dados não mostrados).

Embora a natureza transversal deste estudo impossibilite estabelecer qualquer relação causal entre os eventos, pode-se presumir que a ocorrência de DST possa ser uma consequência mais direta da violência sexual – estando esta associada a parcerias eventuais neste estudo – e mais relatada (do que casos de violência sexual). Fatores que poderiam explicar em parte seu efeito na chance de aborto induzido.

Vários estudos têm mostrado o risco aumentado para DST entre mulheres que sofrem violência física e/ou sexual^{45, 46}. A ocorrência de violência sexual pode aumentar diretamente o risco de DST devido ao sexo forçado com uma pessoa infectada ou indiretamente, quando esta violência ocorre, por exemplo, durante a infância ou adolescência e tem impacto na vida adulta por meio do engajamento em práticas sexuais de risco⁴⁷.

A ocorrência de DST alguma vez na vida aumentou em 1,65 e 1,85 a chance de relato de aborto induzido nas MNVHA e MVHA respectivamente, sem diferenças de magnitude na medida de associ-

ação. Alguns estudos, conduzidos tanto em países onde o aborto é legal como ilegal, têm mostrado diferenças nas prevalências de infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre as mulheres que referiram e as que não referiram prática de abortamento induzido^{34, 41, 46, 48, 49}.

A ocorrência de DST e sua associação com relato de aborto induzido poderia ser consequência direta de práticas sexuais sem proteção, as quais poderiam criar um duplo risco para gravidez indesejada e exposição às DST. Alguns autores têm mostrado a ocorrência de diversas IST entre mulheres que buscam serviços de aborto para interromper uma gravidez indesejada em países onde a prática é legal^{46, 48, 49}. Paralelamente, é necessário notar que a ocorrência de DST poderia ser também uma consequência de práticas inseguras de abortamento, aumentando o risco de transmissão de infecções do trato genital.

Quanto ao uso de drogas injetáveis ou não-injetáveis, sua associação com relato de aborto provocado permaneceu estatisticamente significativa para os dois grupos. A associação entre uso de drogas e aborto induzido tem sido relatada por diferentes estudos, os quais mostram que mulheres usuárias de drogas, particularmente drogas injetáveis e cocaína, podem ter uma proporção maior de gestações bem como de abortos induzidos^{3, 50}. Tal relação tem sido explicada pelo maior engajamento de mulheres usuárias de drogas em práticas sexuais sem proteção, aumentando seu risco para uma gravidez indesejada, o que por sua vez elevaria sua chance para realizar um abortamento induzido⁵¹. Por outro lado, a experiência de aborto induzido parece também aumentar o risco para o uso/abuso de substâncias entorpecentes pelo aumento da ansiedade e estresse gerado pelo procedimento, como Coleman⁵² mostra em revisão bibliográfica sobre o tema.

Entre MVHA, o uso de drogas também parece influenciar o comportamento frente a decisões reprodutivas. Thackway *et al.*³, por exemplo, observaram que numa amostra de MVHA, entre aquelas cuja infecção foi atribuída ao uso de drogas, 59% das gestações após o diagnóstico foram interrompidas, comparadas a 38% de gestações interrompidas entre mulheres cuja forma de infecção foi heterossexual. Os autores sugerem que tais diferenças na interrupção da gestação entre MVHA poderiam ser explicadas por questões relacionadas ao uso de drogas e não a infecção por HIV em si.

Como observado, de forma geral, o perfil das mulheres que relataram a prática de aborto é bastante semelhante, independentemente da infecção pelo HIV, sem diferenças estatisticamente signifi-

cantes na magnitude dos efeitos de sua associação. Alguns autores têm encontrado certa consistência no comportamento reprodutivo de MVHA e não dependente de sua condição sorológica. Kline *et al.*⁷, por exemplo, observaram que as MVHA que haviam engravidado após o diagnóstico foram aquelas que tiveram mais gestações prévias, bem como mais abortos induzidos antes do diagnóstico. A incidência de abortos também foi maior entre aquelas que já haviam induzido aborto no passado. Os autores sugerem que a condição de soropositividade para o HIV em si mesma parece não alterar um padrão de comportamento reprodutivo preexistente.

A introdução da TARV em 1996 e sua influência na redução da transmissão vertical parece também ter tido significativo impacto nas decisões reprodutivas de MVHA. Vários estudos, Van Benthem *et al.*⁵³, Townsend *et al.*⁵⁴ e Bongain *et al.*⁵⁵, observaram uma diminuição significativa no número de abortos induzidos entre mulheres HIV positivo após a introdução da TARV, embora o número de gestações novas não tenha aumentado com o tempo.

A natureza transversal deste estudo e a impossibilidade de identificar a temporalidade do aborto em função da infecção pelo HIV impossibilita estabelecer qualquer relação de causalidade e direcionalidade dos efeitos atribuída às associações observadas. No entanto, embora não seja possível demarcar o papel da infecção pelo HIV na decisão de interromper uma gestação indesejada, o que exigiria outras informações e um desenho de estudo diverso, os resultados sugerem que os determinantes do aborto induzido devem ser buscados em contextos de vida que aproximam esses dois grupos de mulheres. Cabe ressaltar que vários desses contextos se mostraram igualmente associados à infecção pelo HIV entre essas mulheres, conforme análise realizada a partir do mesmo estudo⁵⁶.

Assim, uma hipótese possível é de que não só o perfil das mulheres que relataram aborto induzido é semelhante, como os contextos associados ao aborto e à infecção pelo HIV guardam similaridades. A confirmação de tal hipótese, sem dúvida, requer estudos futuros, mas sua pertinência encontra respaldo não só nos resultados apresentados, como pelo fato do aborto e da infecção pelo HIV (no caso das mulheres) serem dois eventos que se originam, em última instância, de falhas no uso de tecnologias de planejamento sexual e reprodutivo, além de serem potencialmente expressões de contextos de menor acesso a bens, materiais e simbólicos, e serviços, em especial aqueles relativos à saúde sexual e reprodutiva, e de relações

de gênero assimétricas, marcadas por dificuldade de negociação dos termos da relação sexual⁵⁷.

No que diz respeito aos dilemas que mulheres vivendo com HIV/aids enfrentam para planejar suas práticas sexuais e reprodutivas, é importante questionar em que extensão as práticas e comportamentos reprodutivos refletem de fato suas escolhas e demandas. A maior prevalência de laqueaduras observada entre as MVHA, 34% *versus* 23% entre MNVHA, poderia refletir um diferencial em termos de suas demandas reprodutivas. No entanto, estudos anteriores indicam que a obtenção de uma laqueadura por aquelas que vivem com HIV/aids no Brasil pode ser facilitada, ou mesmo incentivada, por profissionais de saúde⁵⁸.

Adicionalmente, as MVHA têm poucas alternativas para aumentar a eficácia do preservativo para evitar a gravidez, tais como a contracepção de emergência ou o uso associado a outros contraceptivos reversíveis, como pode ser constatado pelo pequeno leque de métodos usados por estas mulheres. No caso da mulher decidir interromper a gravidez, ela terá que recorrer a um aborto em uma situação particularmente insegura, já que sua realização implica risco maior para a saúde e a vida das mulheres vivendo com HIV/aids.

Por último, deve-se salientar que, devido à amostragem ter se limitado a serviços públicos de saúde para ambos os grupos de MVHA e MNVHA e estes terem sido selecionados por conveniência, os resultados deste estudo não podem ser generalizados para a população feminina em geral. No caso de MNVHA, buscou-se selecionar, de forma conveniente, serviços públicos de saúde com diferentes situações de entrada, de constituição da clientela e modelos assistenciais, tais como unidades básicas de saúde, centros especializados de atenção à saúde da mulher, unidades do programa de saúde da família e serviços com uma maior complexidade tecnológica; todos com mais de 50% dos seus atendimentos voltados às consultas de pré-natal e/ou planejamento familiar, o que pode ter se refletido na composição etária da amostra de MNVHA, que se mostrou relativamente mais jovem do que a amostra de MVHA.

No caso de MVHA, os serviços de atendimento especializados selecionados estão entre aqueles com maior número de atendimentos de casos de HIV e aids em cada município, não existindo em princípio razão para supor que exista sub-representação em alguma das categorias etárias. De fato, tanto a distribuição etária como por raça/cor da amostra de MVHA se assemelha àquela observada para os casos de aids notificados, por exemplo, em mulheres no ano de 2004 no Brasil⁵⁹.

Em que pese as limitações apontadas, a inexistência de dados nacionais sobre aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV/aids torna oportuna a divulgação desses resultados, que enfatizam a necessidade de fortalecer as ações voltadas ao aconselhamento e ao cuidado à saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV, no sentido do respeito as suas escolhas reprodutivas e da garantia de que estas poderão ocorrer de modo seguro.

Colaboradores

RM Barbosa e A de AP trabalharam na análise e interpretação dos dados e redação final do artigo. NS Santos, E Filipe e W Vilella foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo original e trabalharam na redação final do artigo. T Aídar revisou a análise e trabalhou na redação final do artigo.

Agradecimentos

O estudo original teve financiamento dos Programas Nacional de DST/aids e Estadual de São Paulo de DST/aids; a análise secundária dos dados sobre aborto induzido obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital 22/2007 - Saúde da Mulher - Linha de Apoio 1.2.1.

Referências

1. Massad LS, Springer G, Jacobson L, Watts H, Anastos K, Korn A, Cejtin H, Stek A, Young M, Schmidt J, Minkoff H. Pregnancy rates and predictors of conception, miscarriage and abortion in US women with HIV. *AIDS* 2004; 18(2):281-286.
2. de Vincenzi I, Jadand C, Couturier E, Brunet JB, Gallais H, Gastaut JA, Goujard C, Deveau C, Meyer L. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. *AIDS* 1997; 11(3):333-338.
3. Thackway SV, Furner V, Mijch A, Cooper DA, Holland D, Martinez P, Shaw D, van Beek I, Wright E, Clezy K, Kaldor JM. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS* 1997; 11(5):663-667.
4. Hunter SC, Isingo R, Boerma JT, Urassa M, Mwaluko GM, Zaba B. The association between HIV and fertility in a cohort study in rural Tanzania. *J Biosoc Sci* 2003; 35(2):189-199.
5. Fabiani M, Nattabi B, Ayella EO, Ogwang M, Declich S. Differences in fertility by HIV serostatus and adjusted HIV prevalence data from an antenatal clinic in northern Uganda. *Trop Med Int Health* 2006; 11(2):182-187.
6. Bedimo AL, Bessinger R, Kissinger P. Reproductive choices among HIV-positive women. *Soc Sci Med* 1998; 46(2):171-179.
7. Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Soc Sci Med* 1995; 40(11):1539-1547.
8. Nakayiwa S, Abang B, Packel L, Lifshay J, Purcell DW, King R, Ezati E, Mermin J, Coutinho A, Bunnell R. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Behav* 2006; 10(4 Suppl):S95-104.
9. D'Ubaldo C, Pezzotti P, Rezza G, Branca M, Ippolito G. Association between HIV-1 infection and miscarriage: a retrospective study. DIANAIDS Collaborative Study Group. Diagnosi Iniziale Anomalia Neoplastiche. *AIDS* 1998; 12(9):1087-1093.
10. Johnstone FD, MacCallum L, Brettle R, Inglis JM, Peutherer JF. Does infection with HIV affect the outcome of pregnancy? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988; 296(6620):467-470.
11. Miotti PG, Dallabetta G, Ndovi E, Liomba G, Saah AJ, Chipangwi J. HIV-1 and pregnant women: associated factors, prevalence, estimate of incidence and role in fetal wastage in central Africa. *AIDS* 1990; 4(8):733-736.
12. Oglivie GS, Palepu A, Remple VP, Maan E, Heath K, MacDonald G, Christilaw J, Berkowitz J, Fisher WA, Burdge DR. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. *AIDS* 2007; 21(Suppl 1):S83-88.
13. Heard I, Sitta R, Lert F. The VESPA Study Group. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007; 21(Suppl 1):S77-82.
14. Ingram D, Hutchinson S. A. Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Quality Health Res* 2000; 10(1):117.
15. Kirshenbaum SB, Hirky AE, Correale J, Goldstein RB, Johnson MO, Rotheram-Borus MJ, Ehrhardt AA. "Throwing the dice": pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. *Perspect Sex Reprod Health* 2004; 36(3):106-113.
16. Olinto MT, Moreira Filho DC. Estimating the frequency of induced abortion: a comparison of two methods. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15(5):331-336.
17. Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saude Publica* 1996; 30(1):13-18.
18. Schor N. Investigação sobre a ocorrência de aborto entre pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saude Publica* 1990; 24(2):144-151.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST-AIDS. Dados Epidemiológicos. *Boletim Epidemiológico - AIDS* 2001; XIV(1).
20. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79(3):340-349.
21. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley & Sons; 1989.
22. Martins IR, Costa SH, Freitas SRdS, Pinto CS. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cad. Saude Publica* 1991;7: 251-266.
23. Heilborn ML. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
24. Kac G, Silveira EA, Oliveira LCd, Araújo DMR, Sousa EBd. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007; 7:271-280.
25. Santos NJ, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saude Publica* 2002; 36(4 Suppl):12-23.
26. Jagannathan R. Relying on surveys to understand abortion behavior: some cautionary evidence. *Am J Public Health* 2001; 91(11):1825-1831.
27. Rossier C, Michelot F, Bajos N. Modeling the process leading to abortion: an application to French survey data. *Stud Fam Plann* 2007; 38(3):163-172.
28. Jones RK, Kost K. Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth. *Stud Fam Plann* 2007; 38(3):187-197.
29. Lara D, Strickler J, Olavarrieta CD, Ellertson C. Measuring Induced Abortion in Mexico: A Comparison of Four Methodologies. *Sociological Methods Research* 2004; 32(4):529-558.
30. Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(2):365-375.
31. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Belo Horizonte: ABEP; 2006.

32. Menezes GM, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. No prelo 2009.
33. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(8):601-605.
34. Hellberg D, Mogilevkina I, Mardh PA. Sexually transmitted diseases and gynecologic symptoms and signs in women with a history of induced abortion. *Sex Transm Dis* 1999; 26(4):197-200.
35. Barrett G, Peacock J, Victor CR. 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* 1998; 112(3):157-163.
36. Sandfort TG, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a national US study. *Am J Public Health* 2008; 98(1):155-161.
37. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sex Transm Infect* 2000; 76(2):98-102.
38. Pettifor AE, van der SA, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS* 2004; 18(10):1435-1442.
39. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C, COCON Group. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod* 2006; 21(11):2862-2867.
40. Menezes GM, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(7):1431-1446.
41. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, Dal Bello D, Gunter J. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ* 2005; 172(5):637-641.
42. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48(4):391-397.
43. Silverman JG, Decker MR, Saggurti N, Balaiah D, Raj A. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *JAMA* 2008; 300(6):703-710.
44. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006; 11(1):90-101.
45. Decker MR, Miller E, Kapur NA, Gupta J, Raj A, Silverman JG. Intimate partner violence and sexually transmitted disease symptoms in a national sample of married Bangladeshi women. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100(1):18-23.
46. Wu J, Wang L, Zhao G, Zhang X. Sexual abuse and reproductive health among unmarried young women seeking abortion in China. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 92(2):186-191.
47. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78(Suppl 1):S5-14.
48. Machungo F, Zanconato G, Persson K, Lind I, Jorgensen B, Herrmann B, Bergström S. Syphilis, gonorrhoea and chlamydial infection among women undergoing legal or illegal abortion in Maputo. *Int J STD AIDS* 2002; 13(5):326-330.
49. Chen SM, van den Hoek A, Shao CG, Wang L, Liu DC, Zhou SJ, Peng Y, Li C, Yin X. Prevalence of and risk indicators for STIs among women seeking induced abortions in two urban family planning clinics in Shandong province, People's Republic of China. *Sexually Transmitted Infections* 2002; 78(3):1-3.
50. Forsyth BW, Davis JA, Freudigman KA, Katz KH, Zelterman D. Pregnancy and birth rates among HIV-infected women in the United States: the confounding effects of illicit drug use. *AIDS* 2002; 16(3):471-479.
51. Martino SC, Collins R, Ellickson P, Klein D. Exploring the Link Between Substance Use and Abortion: The Roles of Unconventionality and Unplanned Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2006; 38(2):66-75.
52. Coleman PK. Induced Abortion and Increased Risk of Substance Abuse: A Review of the Evidence. *Current Women's Health Reviews* 2005; 1:21-34.
53. Van Benthem BH, de Vincenzi I, Delmas MC, Larsen C, van den HA, Prins M. 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* 2000; 14(14):2171-2178.
54. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de RA, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS* 2008; 22(8):973-981.
55. Bongain A, Berrebi A, Marine-Barjoan E, Dunais B, Thene M, Pradier C, Gillet JY. 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* 2002; 104(2):124-128.
56. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Tirza A, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saude Publica*. No prelo 2009.
57. Barbosa RM. *Negociação sexual ou sexo negociado? Gênero, sexualidade e poder em tempos de aids* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/UERJ; 1997.
58. Hopkins K, Maria BR, Riva KD, Potter JE. The impact of health care providers on female sterilization among HIV-positive women in Brazil. *Soc Sci Med* 2005; 61(3):541-554.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST-AIDS. Dados Epidemiológicos. *Boletim Epidemiológico - AIDS* 2008; XV(1).

Artigo apresentado em 13/10/2008

Aprovado em 23/01/2009

Versão final apresentada em 06/05/2009