



## Aborto entre mulheres vivendo e não vivendo com HIV/AIDS usuárias de serviços públicos de saúde no município de São Paulo: prevalência, contextos e motivos


Adriana de Araujo Pinho <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2219-1066>


Wilza Vieira Villela <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6246-2716>

Regina Maria Barbosa <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3390-2137>

Simone Souza Monteiro <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2009-1790>

<sup>1</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Horácio Macedo, s.n. Ilha do Fundão. Cidade Universitária. CEP: 21.941-598. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [adrianaapinho@gmail.com](mailto:adrianaapinho@gmail.com)

<sup>2</sup> Consultora independente. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Núcleo de Estudos de População Elza Berquó. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Resumo

*Objetivos: investigou-se a prevalência de aborto provocado alguma vez na vida e os contextos de vida e motivos referidos para realização do primeiro aborto entre mulheres vivendo (MVHA) e não vivendo com HIV/AIDS (MNVHA).*

*Métodos: amostras representativas de 975 usuárias da rede especializada em HIV/AIDS e de 1.003 usuárias da rede de atenção básica no município de São Paulo foram selecionadas por amostragem estratificada por conglomerados e responderam um questionário eletrônico sócio-comportamental.*

*Resultados: a prevalência de aborto provocado foi de 11,9% (IC95%9,8-13,9) entre MVHA e de 3,0% (IC95%2,4-5,7) para MNVHA. A maioria dos abortos (128) entre MVHA ocorreu antes do diagnóstico e 28 após o diagnóstico ou na gravidez que este foi dado. A maioria das mulheres não fazia contracepção à época do primeiro aborto. O uso de misoprostol foi o método mais referido. Ter HIV foi muito importante na decisão de abortar para metade das MVHA. Ausência de vida conjugal e o não desejo de ter filhos foram os motivos mais referidos por ambos os grupos.*

*Conclusões: a semelhança nos contextos e motivos para a realização de aborto entre MVHA e MNVHA sugere que elas compartilham experiências moldadas por desigualdades sociais e de gênero que afetam suas possibilidades de acesso a recursos e serviços de saúde sexual e reprodutiva.*

**Palavras-chave** Aborto, HIV, Saúde reprodutiva



## Introdução

O cenário brasileiro mostra-se distante de oferecer condições dignas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR). Não obstante a melhoria de alguns indicadores nos últimos 20 anos, como a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna,<sup>1</sup> persistem diferenciais sociodemográficos e regionais que refletem desigualdades sociais em SSR. Além disso, doenças, como o câncer de mama, permanecem com elevadas taxas de incidência e mortalidade,<sup>2</sup> enquanto outras, como a sífilis congênita, tem apresentado um aumento maior que três vezes entre os anos de 2006 e 2016,<sup>3</sup> embora com variações regionais. O parto cesáreo continua a predominar, com 53,4% de prevalência, segundo dados da Pesquisa Nascer no Brasil, sendo muitas vezes associado a episódios de violência obstétrica.<sup>4</sup> Soma-se a este perfil desfavorável a emergência de novas doenças, como a circulação do vírus Zika, que apresenta conexão causal com a ocorrência de síndrome da infecção congênita do vírus Zika.<sup>5</sup>

Em relação ao planejamento reprodutivo, a despeito do crescente uso de contracepção nas últimas décadas, mantém-se uma alta proporção de gravidezes não-planejadas,<sup>6</sup> sugerindo a existência de obstáculos para além do acesso aos insumos contraceptivos. Decorrente da alta magnitude de gravidezes não-planejadas, o aborto continua sendo uma prática comum, num contexto em que a clandestinidade-ilegalidade muitas vezes expõe a mulher a riscos. Segundo estimativas baseadas em taxas de hospitalização, em 2013, foram induzidos de 12 a 16 abortos entre 1000 mulheres de 15 e 49 anos no Brasil, representando de 687.347 a 865.160 abortos neste ano.<sup>7</sup> Considerando a mais recente estimativa de aborto inseguro no mundo, o Brasil responde por 15 a 18,8% destes casos na América do Sul.<sup>8</sup>

Segundo Diniz *et al.*,<sup>9</sup> uma em cada 5 mulheres brasileiras aos 40 anos já realizou um aborto, sendo maior entre as que se autodeclararam pretas, pardas e indígenas, com baixa escolaridade e residentes nas regiões: Norte, Nordeste e Centro-oeste. Martin-Melo *et al.*<sup>10</sup> estimaram, com base em registros de internações hospitalares de 1996 a 2012, a ocorrência de 17 abortos por mil mulheres em idade reprodutiva e 33 abortos para cada 100 nascidos vivos, com as regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentando as maiores taxas e razões de aborto. Os números podem ser ainda maiores, dado o sub-relato desta prática, em função do estigma e da sua criminalização.

Diferenças nas estimativas de aborto provocado entre mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) e

mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA) também são observadas, apesar das similaridades nos seus determinantes. Pilecco *et al.*,<sup>11</sup> a partir de amostras representativas de mulheres usuárias de serviços públicos de atenção básica e especializada na atenção ao HIV/Aids de Porto Alegre, encontraram que o aborto provocado foi maior entre MVHA. Por outro lado, Barbosa *et al.*,<sup>12</sup> baseados em amostra de conveniência de MVHA de diferentes regiões brasileiras, apontaram não haver diferenças estatisticamente significantes entre MVHA e MNVHA na proporção de aborto induzido alguma vez na vida, após ajuste por idade, número de filhos e número de parceiros sexuais. O perfil das MVHA e MNVHA que relataram a prática de aborto foi semelhante, sem diferenças na magnitude dos efeitos de sua associação.

Pinho *et al.*<sup>13</sup> identificaram distinções importantes nas trajetórias sexuais e reprodutivas das MVHA quando comparadas às MNVHA usuárias de serviços públicos de saúde da cidade de São Paulo. Após ajuste por idade, escolaridade e cor da pele, o relato de aborto provocado alguma vez na vida foi significativamente maior para as MVHA do que para as MNVHA (12% *versus* 3%,  $p < 0,0001$ ), mesmo considerando separadamente os abortos realizados antes e depois do diagnóstico (15,8% e 6,1%, respectivamente). Esse resultado foi atribuído ao contexto de maior vulnerabilidade observado nas trajetórias sexuais e reprodutivas da MVHA.

Para além de estimar a magnitude do aborto entre MVHA e compará-la com aquela observada entre MNVHA, torna-se relevante analisar os contextos de vida que cercam a realização destes abortos, as razões e fatores decisivos para a sua prática e a importância da infecção pelo HIV no processo. Estes, portanto, foram os objetivos do presente estudo, que ainda estimou a taxa de sub-relato do aborto provocado nas amostras de MVHA e MNVHA.

## Métodos

Os dados desta análise são provenientes do “Estudo GENIH: Gênero e infecção pelo HIV: práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva”, uma investigação quantitativa de corte transversal conduzida no município de São Paulo entre fevereiro de 2013 e maio de 2014, com uma amostra representativa de MVHA e uma amostra comparativa de mulheres usuárias da atenção básica, denominadas MNVHA, com idade entre 18 e 49 anos.<sup>13</sup>

O tamanho da amostra foi estimado em 1.000 para cada grupo de mulheres, já considerando o

efeito do delineamento ( $deff=design\ effect$ ) por amostragem complexa igual a 1,6. Um número adicional de entrevista foi realizado (25%), como margem de segurança para eventuais perdas na amostra. Para compor a amostra de MVHA, foram incluídas as 18 unidades públicas de referência para o atendimento de MVHA, responsáveis por 95% do atendimento a pacientes de Aids no município. Essas unidades constituíram estratos sendo a amostra de 1.000 mulheres distribuída pelos estratos utilizando-se partilha proporcional, segundo o número médio de consultas mensais de MVHA de 18 a 49 anos de idade. Em cada unidade, as mulheres foram sorteadas a partir da listagem de consultas agendadas (ou encaixes) nos dias de realização das entrevistas. Considerando um percentual de perdas (recusa e usuárias não localizadas) da ordem de 25%, foram sorteadas 1.368 mulheres.

As MNVHA foram sorteadas por meio de processo de amostragem estratificada por conglomerados em dois estágios. Os estratos foram formados pelas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo (MSP) e a partilha da amostra foi proporcional ao tamanho dessas regiões, dado pela soma dos números médios mensais de consultas médicas e de enfermagem de suas unidades básicas de saúde. Para o sorteio, as unidades foram ordenadas pela existência ou não da Estratégia Saúde da Família, de forma a se obter uma amostra estratificada também por essa variável. Foram sorteados 38 serviços, de um total de 442; três serviços na região centro-oeste, nove serviços na região leste, oito serviços na região norte, cinco serviços na região leste e treze serviços na região sul que agregava o maior número de consultas médicas e de enfermagem na rede de atenção básica do MSP.

As mulheres foram sorteadas a partir de uma lista de consultas agendadas e encaixes no dia da realização das entrevistas com intervalo pré-definido. Foi sorteado um número maior de entrevistas considerando que o percentual de mulheres que não participariam da pesquisa (recusa e usuárias não localizadas) seria de 25%; assim, foram sorteadas dentre aquelas elegíveis que compareceram às unidades 1.334 mulheres.

As MVHA e MNVHA elegíveis que concordaram em participar do estudo foram encaminhadas a uma sala privativa para aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e de um questionário eletrônico sócio-comportamental, gerado pelo *software* QDST<sup>TM</sup> (*Questionnaire Development System, by Nova Research Company*).

Considerando que poderia haver diferenças importantes entre o número médio de consultas

previstas em relação à frequência atual de consultas diárias, novas estimativas dessa frequência foram obtidas em cada serviço, três dias antes da entrada em campo para ambas as amostras. As frações de amostragem foram, então, alteradas com base nesses dados e feita ponderação, na etapa de análise dos dados, para compensar essas alterações.

Instrumentos e procedimentos do estudo foram avaliados em estudo-piloto com 32 usuárias de um serviço de atenção especializada. Neste estudo foram testados procedimentos de campo, fluxos e adequação à dinâmica da unidade de saúde, plano de amostragem, formas de abordagem das mulheres, e qualidade das entrevistas conduzidas pelas entrevistadoras. Os dados dos questionários preenchidos no estudo piloto não foram utilizados.

No âmbito do estudo GENIH o aborto provocado foi analisado tendo em vista o contexto da gravidez, a idade da mulher, o uso de método anticoncepcional (MAC), os motivos da ocorrência da gravidez quando em uso de MAC, as causas do não uso de MAC, a situação financeira e o relacionamento com o parceiro à época da gravidez, a idade da mulher à época do aborto, a concordância entre o casal sobre a decisão de abortar, o método utilizado, as razões para o aborto e a importância da infecção pelo HIV nesta decisão.

Os resultados apresentados se referem à análise dos relatos de todas as MVHA sobre o primeiro aborto na vida antes do diagnóstico da infecção pelo HIV e o primeiro aborto provocado após o diagnóstico. Quando uma mesma mulher teve abortos antes e depois do diagnóstico, estes foram contabilizados nos dois momentos. Entre as MNVHA, foram considerados dados sobre o único aborto provocado na vida, e do primeiro aborto provocado quando referido mais de um.

Medidas de frequências simples ajustadas pelo processo de amostragem complexa são apresentadas. As mulheres foram caracterizadas considerando a idade à época da entrevista, escolaridade, cor da pele, número de parceiros sexuais na vida, número de filhos e idade à época do diagnóstico para as MVHA. Um teste de associação baseado na estratégia amostral e ponderação utilizadas (estatística *F - Fisher-Snedocor*) foi conduzido para avaliar diferenças estatisticamente significativas nas características sociodemográficas entre as amostras gerais de MVHA e MNVHA e entre as mulheres que haviam relatado aborto. Diferenças nos contextos de realização do primeiro aborto entre mulheres que o praticaram antes e/ou após o diagnóstico de HIV e entre as MNVHA foram avaliadas por meio da análise de superposição dos intervalos de confiança

das medidas de proporção também ajustadas pelo processo de amostragem complexa.

Para estimar o sub-relato da prática de aborto, aplicou-se uma versão adaptada do método da urna, em que se perguntava ao final da aplicação do questionário: “Alguma vez na vida você fez um aborto?”. Solicitou-se que as mulheres respondessem diretamente no computador, com a tela voltada para elas, se sim ou não. Uma tecla foi adesivada com a cor correspondente ao “sim” e outra cor correspondente ao “não”. Avaliou-se a magnitude do sub-relato de aborto, isto é, da proporção de mulheres que referiram no computador que haviam provocado aborto, mas não o relataram para a entrevistada. Diferenças sociodemográficas no sub-relato foram avaliadas para os dois grupos (MVHA e MNVHA) por meio do teste de associação baseado na estratégia amostral e ponderação utilizadas (estatística *F - Fisher-Snedocor*).

O pacote estatístico Stata 14.0® foi utilizado para todas as análises, ajustadas pela amostragem complexa e pesos utilizados para compensar as diferenças nas probabilidades de seleção das mulheres em ambas as amostras.

O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de SP (nº. 022/2011), do Instituto de Infectologia do Emílio Ribas (nº. 11712112.6.0000.5375), da Secretaria Municipal de Saúde de SP (nº.0043/12) e da Universidade Federal de São Paulo (nº. 11712112.6.0000.5375).

## Resultados

Foram sorteadas 1.368 MVHA elegíveis para compor a amostra e 999 foram entrevistadas, com uma perda de 369 mulheres (27%). Das mulheres entrevistadas, 24 foram excluídas da análise por não terem iniciado a vida sexual ou por terem sido infectadas por transmissão vertical ou ainda por ter tido sexo na vida apenas com mulheres. Totalizou-se uma amostra final de 975 entrevistas com MVHA.

Das 1.334 MNVHA elegíveis para a amostra, 1.035 foram entrevistadas, com uma perda de 353 mulheres (26,5%). Das entrevistadas, 32 foram excluídas da análise por serem virgens ou terem tido sexo na vida apenas com mulheres, totalizando uma amostra final de 1.003 entrevistas com MNVHA. As principais razões de recusas foram pressa/falta de tempo e não querer falar sobre o assunto. Foram contabilizadas, nas perdas, aquelas entrevistadas contatadas, mas não entrevistadas por saírem do serviço após a consulta ou aquelas não contatadas.

A comparação das amostras finais de MVHA e MNVHA encontra-se na Tabela 1. Observa-se que as MVHA, comparativamente às MNVHA, eram significativamente mais velhas, se autodeclararam mais como pretas, tinham menor escolaridade e quase um terço delas recebia até meio salário mínimo. As MVHA referiram também maior número de uniões e parceiros sexuais na vida, assim como maior número de gestações e filhos vivos. A média de idade mais elevada entre as MVHA poderia explicar parte dessas diferenças amostrais com o grupo de MNVHA.

A maioria das MVHA foi diagnosticada entre 30 a 49 anos de idade (43,8%); pouco mais da metade (51%) teve o diagnóstico no período de 1996 a 2006. Ao todo, 817 MVHA e 846 MNVHA tiveram alguma gravidez na vida, e 116 MVHA (14,2%; IC95%=11,8-16,7) e 29 MNVHA (3,4% IC95%=2,1-4,9) referiram ao menos um aborto provocado. Foram referidos, ao todo, 166 abortos entre MVHA, sendo que 66,9% referiu apenas um aborto; 26 MVHA referiram dois abortos (23,1%), nove MVHA relataram três abortos (8,2%) e duas, quatro abortos (1,7%). Entre MNVHA, foram reportados 33 abortos na vida, com 87,0% das mulheres relatando apenas um aborto e quatro mais de um (13%).

Entre MVHA ocorreram 166 abortos para 1.668 filhos nascidos vivos resultando numa razão de 9,9 abortos por 100 nascidos vivos; para MNVHA, ocorreram 33 abortos no total de 1.435 nascidos vivos representando 2,3 abortos por 100 nascidos vivos. Ajustada por idade, escolaridade e cor da pele, a prevalência no relato de aborto provocado observada foi de 11,9% (IC95%=9,8-13,9) entre MVHA e de 3,0% (IC95%=2,4-5,7) para MNVHA ( $p < 0,0001$ ).

A maioria (128 casos) dos abortos entre MVHA ocorreu antes do diagnóstico da infecção pelo HIV; 28 após o diagnóstico ou na gravidez em que este foi dado, sendo que 17 abortaram na primeira gravidez após o diagnóstico. Dez MVHA referiram abortos antes e após o diagnóstico. Um caso de aborto previsto em lei foi referido por uma MVHA.

Com exceção da idade e do número de gestações, variáveis positivamente correlacionadas, as MVHA e MNVHA que relataram ter provocado aborto pelo menos uma vez na vida não diferiram quanto às demais variáveis sociodemográficas (Tabela 1); porém o pequeno número de MNVHA com relato de aborto provocado prejudica o poder do teste para avaliar diferenças estatisticamente significativas.

Para quase metade das amostras de MVHA (46,6%) e MNVHA (47,3%) o primeiro aborto provocado ocorreu na primeira gravidez e em idade mediana similar: 21 anos para MVHA (amplitude:

**Tabela 1**

Características sociodemográficas das amostras de MVHA e MNVHA do estudo GENIH e daquelas que relataram aborto provocado alguma vez na vida. Município de São Paulo, 2013-2014.

Variáveis	Amostra geral		Amostra geral		MVHA com		MNVHA com	
	MVHA		de MNVHA		relato de abortos		relato de abortos	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Total (n)	916		1003		116		29	
Idade à época da entrevista (anos)								
18-34	196	26,3	330	60,1	6	4,8	5	27,3
35-49	680	73,7	416	39,9	110	95,2	23	72,7
		$p<0,001$				$p=0,005$		
Idade à época do diagnóstico (anos)								
Antes dos 25	255	28,1	0	-	16	13,7	0	-
25-29	248	28,1	0	-	31	27,1	0	-
30-49	402	43,8	0	-	65	59,2	0	-
Cor da pele								
Branca	373	39,9	391	39,1	50	42,9	13	44,7
Preta	158	17,9	107	10,7	20	17,6	3	10,0
Parda	368	40,2	473	47,1	42	36,3	10	35,3
Outra	16	1,5	31	3,0	4	3,1	3	9,9
		$p<0,001$				$p=0,334$		
Escolaridade								
Fundamental incompleto	247	27,0	204	20,2	36	31,2	8	26,4
Fundamental completo	234	25,3	247	24,8	24	20,6	4	12,3
Ensino médio completo	294	31,9	435	43,3	33	28,1	12	44,4
Superior (completo e incompleto)	143	15,7	116	11,6	23	20,1	5	16,9
		$p=0,001$				$p=0,505$		
Renda <i>per capita</i> familiar (mensal)								
Até meio salário-mínimo (SM)	255	27,8	302	29,9	33	26,9	6	18,7
De meio SM a 1 SM	281	30,5	351	35,5	40	36,6	11	37,8
Mais de 1 SM	382	41,6	350	34,5	43	36,4	12	43,4
NS/NL/SI**	80	9,3	79	7,8	8	7,0	2	7,5
		$p=0,083$				$p=0,777$		
Número de parceiros na vida								
1-2	141	15,7	463	46,0	2	1,5	3	8,5
3-5	406	44,5	383	38,6	40	35,7	12	45,4
6 ou mais	299	33,2	138	14,1	58	51,0	12	39,5
NS/NL/SI**	59	6,6	12	1,2	13	11,8	2	6,7
		$p<0,001$				$p=0,069$		
Número de uniões								
Nunca foi casada	72	7,8	154	15,8	7	5,7	3	10,0
Apenas uma	415	45,8	622	61,2	40	35,4	12	38,8
Duas ou mais	224	46,4	425	23,0	68	58,9	14	51,5
		$p<0,001$				$p=0,604$		
Número de gravidezes								
Nunca engravidou	101	10,8	157	15,6	-	-	-	-
Uma	189	23,4	290	34,4	8	6,1	5	15,5
Duas	223	26,9	244	28,9	19	16,3	10	36,4
Três ou mais	405	49,6	312	36,7	89	77,6	14	48,0
		$p<0,001$				$p=0,003$		

continua

\* % = proporções ajustadas por pesos derivados do processo de amostragem, \*\*NS/NL/SI= não sabe/não lembra/sem informação,  $p$ =valor  $p$ , MVHA=Mulheres vivendo com HIV/AIDS, MNVHA=Mulheres não vivendo com HIV/AIDS, SM=Salário-mínimo, GENIH=Gênero e Infecção pelo HIV.

Tabela 1

conclusão

Características sociodemográficas das amostras de MVHA e MNVHA do estudo GENIH e daquelas que relataram aborto provocado alguma vez na vida. Município de São Paulo, 2013-2014.

Variáveis	Amostra geral		Amostra geral		MVHA com		MNVHA com	
	MVHA		de MNVHA		relato de abortos		relato de abortos	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Número de filhos vivos								
Nenhum	162	7,4	319	19,4	15	11,9	8	28,2
Um	261	32,3	267	32,0	30	26,7	9	30,9
Dois	247	30,3	233	27,3	27	23,5	5	21,2
Três ou mais	248	30,0	184	21,3	44	37,9	7	19,6
		$p < 0,001$				$p = 0,084$		

\* % = proporções ajustadas por pesos derivados do processo de amostragem, \*\*NS/NL/Sl= não sabe/não lembra/sem informação,  $p$ =valor  $p$ , MVHA=Mulheres vivendo com HIV/AIDS, MNVHA=Mulheres não vivendo com HIV/AIDS, SM=Salário-mínimo, GENIH=Gênero e Infecção pelo HIV.

12-42) e 22 anos (amplitude: 12-34) para MNVHA (Tabela 2). A idade mediana no primeiro aborto pós-diagnóstico entre MVHA se eleva para 28 anos e, em geral, ocorre no contexto de uma segunda ou terceira gravidez (29,5% e 33,6% respectivamente).

A maioria das mulheres que abortaram relatou não usar método anticoncepcional (MAC) à época do primeiro aborto, tanto entre MNVHA quanto entre MVHA em abortos prévios ao diagnóstico. Após o diagnóstico observou-se que o primeiro aborto ocorre com uso de MAC para quase metade da amostra. Entre aquelas que usavam métodos, os mais referidos foram os reversíveis (pílula e injeção hormonal, implante, DIU e associações entre os métodos), tanto para MNVHA quanto para MVHA com o primeiro aborto realizado antes do diagnóstico (Tabela 2). Para MVHA que abortaram após o diagnóstico no contexto de uso de MAC, a camisinha masculina ou feminina foi o método mais referido (Tabela 2); a não sobreposição dos intervalos de confiança das proporções do uso de camisinha masculina à época do aborto sugere diferenças no seu uso antes e após o diagnóstico.

Entre as mulheres que não usavam MAC à época do primeiro aborto, a principal razão alegada foi não considerar a possibilidade de engravidar ou não se preocupar com isso, não parecendo haver diferenças entre os grupos, seguida por não planejar ter relação sexual, referida por 20,5% das MVHA, no primeiro aborto pós-diagnóstico e 19,8% para MNVHA (Tabela 2). Para mais da metade das MVHA que faziam uso de MAC, a gravidez que resultou no primeiro aborto, tanto antes quanto depois do diagnóstico, ocorreu, segundo a maioria das entrevistadas, por falha do método, incluindo o rompimento ou deslizamento da camisinha. Entre as oito MNVHA que engravidaram no contexto de uso de

MAC, para quatro a gravidez ocorreu devido à interrupção no uso do método, três referiram falha do método e uma alegou “outro motivo”.

Aspectos da conjugalidade com o parceiro da primeira gravidez que resultaram em aborto parecem ser similares entre MVHA (antes do diagnóstico) e MNVHA; cerca de 70% não habitava com o parceiro. A maioria das MVHA, antes e após o diagnóstico, e das MNVHA referiu que a situação do relacionamento com o parceiro à época do primeiro aborto era estável, sem crises.

Os dados parecem mostrar diferenças na situação financeira na ocasião do primeiro aborto entre MVHA e MNVHA, particularmente quando são comparadas as MNVHA com MVHA que abortaram após o diagnóstico. A existência de dificuldade financeira foi referida por mais da metade das MNVHA, ao passo que entre as MVHA que abortaram após o diagnóstico a situação financeira estava muito difícil apenas para 9,5% (Tabela 2).

A participação do parceiro na decisão pelo aborto, sob a perspectiva das mulheres, sugere semelhanças entre MVHA e MNVHA. A decisão consensual foi referida pela maioria das respondentes, embora discordâncias tenham sido citadas por 25,5% das MVHA (antes do diagnóstico) e 27,7% das MNVHA, mas sem diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2). Uma parcela considerável de MVHA e de MNVHA disse que não informaram ao parceiro sobre a gravidez à época do primeiro aborto provocado.

A falta de desejo de maternidade na gravidez que resultou em aborto foi o motivo apontado por mais de um terço das mulheres de ambos os grupos para realizar o aborto, seguida pela falta de conjugalidade com o parceiro. No entanto, se as MVHA com o primeiro aborto realizado antes do diagnóstico

Tabela 2

Contextos de vida à época do primeiro aborto provocado entre MVHA e MNVHA do estudo GENIH. Município de São Paulo, 2013-2014.

	Mulheres com aborto			Mulheres com aborto			MNVHA		
	antes do HIV			depois do HIV					
	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*
Total de mulheres (n)	102			24			29		
Frequência de abortos									
Apenas 1 aborto	76	8,2	6,5-10,1	20	2,3	1,4-3,5	25	2,8	1,8-4,4
Mais de 1 aborto	26	2,9	1,9-4,2	4	0,4	0,2-1,1	4	0,4	0,2-1,1
Total de abortos (n)	128			28			33		
Idade mediana quando ocorreu									
1º aborto (amplitude)	21	12-32		28	22-42		22	12-34	
Uso de MAC <sup>1</sup> na época do 1º aborto									
Sim	35	37,7	28,3-48,2	10	48,7	28,1-69,7	8	36,3	16,1-62,7
Não	55	59,4	48,8-69,1	9	45,4	25,4-66,9	19	63,7	37,3-83,8
NS/NL/SI**	2	2,8	0,7-10,8	1	6,0	0,8-32,4	0	-	-
MAC usado <sup>1</sup>									
Camisinha masculina/feminina	8	23,8	12,3-41,1	8	80,4	46,4-95,1	1	17,9	3,1-60,0
Reversível (pílula/ DIU/ injetável/ associações)	18	48,9	33,0-65,0	2	19,6	4,9-53,6	7	82,0	39,9-96,9
Coito	6	15,7	7,0-31,4	0	-	-	0	-	-
Outros	3	8,1	2,6-22,4	0	-	-	0	-	-
NS/NL/SI**	1	3,4	0,5-20,7	0	-	-	0	-	-
Motivo de não uso de MAC <sup>1</sup>									
Não achava que fosse engravidar/ não se preocupava	38	65,6	52,5-76,7	6	66,7	32,9-89,1	9	57,6	29,9-81,2
Se engravidasse não seria problema	4	6,2	2,3-15,6	0	-	-	1	4,9	0,6-29,6
Não tinha planejado ter relação sexual	4	5,1	1,8-13,1	2	20,5	5,1-55,6	4	19,8	6,3-47,9
Havia interrompido o uso de MAC recentemente	2	3,5	0,8-13,1	0	-	-	3	14,0	4,4-36,8
Parceiro não gostava que ela usasse MAC	1	1,5	0,2-10,3	0	-	-	1	3,5	0,5-19,6
Outros motivos	6	8,4	3,5-19,1	0	-	-	0	-	-
NS/NL/SI**	5	9,0	3,7-20,1	1	12,8	1,8-54,4	2	NC	
Razão referida para a gravidez ter ocorrido durante uso de MAC <sup>1</sup>									
Esqueceu/parou de usar pílula (interrupção)	6	15,3	6,9-30,3	0	-	-	4	50,8	25,3-75,9
Falha do método (condom estourou, coito interrompido falhou)	21	57,3	40,8-72,3	7	68,1	35,3-89,3	3	31,2	5,4-78,2
Não usou condom em todas as relações	2	5,1	1,3-18,5	3	31,8	10,7-64,7	0	-	-
Outro motivo	4	10,5	3,9-25,0	0	-	-	1	17,9	3,1-60,1
NS/NL/SI**	4	11,8	4,4-28,0	0	-	-	0	-	-
Morava com parceiro da gravidez que resultou no 1º aborto									
Sim	30	29,2	21,0-39,0	8	57,6	31,9-79,8	9	31,8	21,1-44,9
Não	69	70,8	61,0-78,9	6	42,3	20,2-68,1	20	68,1	55,1-78,8

continua

\* % = proporções ajustadas por pesos derivados do processo de amostragem, \*\* NS/NL/SI= não sabe/não lembra/sem informação; NC=não calculado, <sup>1</sup>MAC= método anticoncepcional, IC95%=Intervalo de confiança em 95% ajustado por pesos derivados do processo de amostragem complexa, HIV=Vírus da Imunodeficiência adquirida, MVHA=Mulheres vivendo com HIV/AIDS, MNVHA=Mulheres não vivendo com HIV/AIDS, GENIH=Gênero e Infecção por HIV.

Tabela 2

continuação

Contextos de vida à época do primeiro aborto provocado entre MVHA e MNVHA do estudo GENIH. Município de São Paulo, 2013-2014.

	Mulheres com aborto			Mulheres com aborto			MNVHA		
	antes do HIV			depois do HIV					
	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*
Situação do relacionamento com parceiro da época do aborto									
Estava iniciando	18	20,0	12,9-29,6	3	12,4	3,9-32,7	7	27,1	13,8-46,3
Estava estável	57	58,9	48,4-68,6	11	53,3	32,4-73,1	14	47,0	23,1-72,5
Estava instável/em crise	16	17,8	11,1-27,4	4	17,8	6,8-39,4	6	25,8	11,8-47,7
NS/NL/SI**	3	3,2	0,5-8,3	2	16,4	5,4-40,4	2	NC	
Situação financeira quando descobriu gravidez									
Boa, razoável	41	41,9	32,2-52,3	14	70,2	47,3-86,0	3	10,8	4,0-26,1
Um pouco apertada	20	21,9	14,5-31,7	3	14,3	4,6-36,4	7	25,5	11,7-47,1
Muito difícil	31	32,9	24,1-43,3	2	9,5	2,4-31,3	17	56,6	38,5-73,1
NS/NL/SI**	2	2,1	0,5-8,2	1	5,9	0,8-32,4	2	7,1	2,1-21,3
Na decisão de interromper a gravidez									
Ela e o parceiro estavam de acordo	34	36,3	27,1-46,7	7	28,3	13,9-49,1	11	38,1	27,8-49,7
Ela queria mas ele não	13	13,8	8,1-22,7	2	10,2	2,6-32,5	6	17,2	7,9-33,4
Ele queria mas ela não	10	11,7	6,3-20,5	2	8,1	2,0-27,4	3	10,5	4,1-24,2
Parceiro a deixou escolher	9	8,7	4,5-15,9	3	13,2	4,3-34,2	2	7,5	1,8-25,7
Parceiro não foi informado da gravidez	26	27,4	19,2-37,4	4	16,3	6,2-36,5	5	20,1	9,4-37,7
Outro	1	1,1	0,1-7,1	3	12,9	4,2-33,8	1	3,1	0,4-19,8
NS/NL/SI**	1	1,1	0,1-7,1	1	10,9	2,7-34,5	1	3,5	0,4-23,7
Como aborto foi realizado (múltipla resposta)									
Uso de misoprostol	63	64,1	54,0-73,1	19	70,2	49,6-84,9	12	46,8	22,4-73,0
Por meio de curetagem	18	18,9	12,1-28,3	4	15,4	5,8-34,8	3	11,4	2,7-37,8
Por aspiração (vácuo, sucção)	5	5,8	2,4-13,2	2	8,2	2,0-27,9	0	-	-
Com uso de objetos (agulha, sonda, cateter)	12	12,9	7,3-21,3	0	-	-	1	3,2	0,4-20,5
Com chás, infusões e ervas	13	13,8	7,9-22,8	3	11,1	3,5-29,9	8	24,9	11,2-46,8
Outra forma	12	12,9	7,5-21,4	3	11,7	3,8-30,9	2	5,9	1,4-21,4
Outros medicamentos (exceto misoprostol)	2	1,6	0,4-6,5	1	3,8	0,5-22,0	2	7,6	1,7-28,0
Principal motivo que pesou na decisão de aborto									
Não era casada/não morava junto/ estava sem parceiro	20	22,1	14,6-32,0	3	13,2	4,3-34,2	7	23,6	9,9-46,4
Ela e/ou parceiro não tinham condições de sustentar a criança	12	13,2	7,5-21,9	0	-	-	4	15,1	3,7-45,5
Familiares e/ou familiares do parceiro não aceitariam a gravidez	16	18,1	11,3-27,7	4	17,1	6,5-37,9	4	14,0	3,0-46,2
Ela não queria filho naquele momento	19	19,0	12,3-28,3	2	8,1	2,0-27,4	8	31,1	16,5-50,6
Parceiro não queria filho naquele momento	8	8,6	4,3-16,7	2	8,1	2,0-27,5	2	6,8	2,6-16,5
Ela não queria (mais) filho daquele parceiro	12	12,0	6,9-20,2	9	37,4	20,4-58,3	1	3,2	0,4-20,5
Violência sofrida do parceiro	5	5,8	2,4-13,4	0	-	-	1	3,2	0,4-20,5
Outro motivo	1	1,1	0,1-7,2	1	5,1	0,7-28,7	1	3,1	0,4-21,2
NS/NL/SI**	0	-	-	1	10,9	2,7-34,5	0	-	-

continua

\* % = proporções ajustadas por pesos derivados do processo de amostragem, \*\* NS/NL/SI= não sabe/não lembra/sem informação; NC=não calculado, <sup>1</sup>MAC= método anticoncepcional, IC95%=Intervalo de confiança em 95% ajustado por pesos derivados do processo de amostragem complexa, HIV=Vírus da Imunodeficiência adquirida, MVHA=Mulheres vivendo com HIV/AIDS, MNVHA=Mulheres não vivendo com HIV/AIDS, GENIH=Gênero e Infecção por HIV.



Tabela 2

conclusão

Contextos de vida à época do primeiro aborto provocado entre MVHA e MNVHA do estudo GENIH. Município de São Paulo, 2013-2014.

	Mulheres com aborto			Mulheres com aborto			MNVHA		
	antes do HIV			depois do HIV					
	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*
Na decisão de abortar, o HIV:									
Foi muito importante	-	-	-	11	47,6	28,4-67,6	-	-	-
Foi importante	-	-	-	1	4,1	5,6-24,1	-	-	-
Foi pouco importante	-	-	-	3	12,2	3,9-31,9	-	-	-
Não foi importante	-	-	-	6	25,2	11,6-46,3	-	-	-
NS/NL/SI**	-	-	-	1	10,9	2,7-34,5	-	-	-

\* % = proporções ajustadas por pesos derivados do processo de amostragem, \*\* NS/NL/SI= não sabe/não lembra/sem informação; NC=não calculado, <sup>1</sup>MAC= método anticoncepcional, IC95%=Intervalo de confiança em 95% ajustado por pesos derivados do processo de amostragem complexa, HIV=Vírus da Imunodeficiência adquirida, MVHA=Mulheres vivendo com HIV/AIDS, MNVHA=Mulheres não vivendo com HIV/AIDS, GENIH=Gênero e Infecção por HIV.

parecem se assemelhar às MNVHA no tocante ao motivo para ter provocado o aborto, após o diagnóstico, o não desejo de ter filhos parece atrelado à parceria afetivo-sexual, pois 37,4% das MVHA relataram como motivo para o aborto não querer (mais) filho do parceiro com quem estava à época. A não aceitação da gravidez por familiares da mulher e/ou do parceiro das MVHA com experiência de aborto após o diagnóstico também ocupa uma posição de destaque (Tabela 2).

O HIV foi referido como fator muito importante na decisão de abortar por 47,6% das MVHA, mas para uma parcela expressiva (37,4%) ele foi mencionado como pouco ou nada importante nesta decisão.

O uso de misoprostol, ingerido ou introduzido na vagina, foi o meio mais referido entre MVHA e MNVHA para a indução do aborto. Não parece haver diferenças estatisticamente significativas entre MVHA que relataram aborto antes e após o diagnóstico e as MNVHA quanto aos demais métodos utilizados para o abortamento. O uso combinado do misoprostol com algum método natural, como chá, ervas ou infusões foi citado por 23,8% (22) das MVHA. Entre as MNVHA, todas referiram ter usado apenas um método, sendo que um quarto destas citou o uso de chás, infusões ou ervas.

Um dado revelador sobre potenciais efeitos do estigma e criminalização do aborto foi o sub-relato de aborto provocado nas duas amostras de mulheres. Ao se comparar os relatos da prática durante entrevista face-a-face e a resposta no computador dada pela própria mulher, verifica-se que 42 MVHA (6,1%; IC95%=4,5-8,2) e 34 (4,2; IC95%=2,8-6,3) MNVHA que relataram à entrevistadora que não tinham feito aborto provocado na vida responderam,

na urna eletrônica, que, de fato, haviam provocado um aborto, o que eleva de 116 para 158 entre MVHA e de 29 para 63 entre MNVHA o número de mulheres que já provocaram um aborto em algum momento da vida. Isto representaria uma prevalência de aborto provocado encontrada pelo método de urna de 16,5% (IC95%=14,1-19,2) para MVHA e de 7,1% (IC95%=5,5-9,0) para MNVHA, mantendo a diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A razão entre os dois métodos (pergunta direta e método adaptado de urna) foi de 1,17 para MVHA e de 2,2 para MNVHA, ou seja, para estas últimas a prevalência de aborto provocado obtida a partir do método adaptado de urna foi mais que o dobro daquela observada pelo método direto. Ao analisar diferenças sociodemográficas entre MVHA e MNVHA que sub-relataram a prática de aborto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

### Discussão

Os presentes resultados revelaram que a magnitude da ocorrência do aborto provocado alguma vez na vida entre MVHA foi quatro vezes aquela observada entre MNVHA. Ao analisar as prevalências antes e após o diagnóstico de HIV, 15,8% das MVHA referiram aborto antes do HIV; esta proporção diminuiu para 6,1% após o diagnóstico, ainda assim, o dobro daquela observada para MNVHA, mesmo após ajuste por idade, escolaridade e cor da pele.<sup>13</sup> Dados mais recentes sobre aborto no Brasil, utilizando, porém, amostras populacionais mostram prevalências diversas; 2,1% em uma amostra populacional de mulheres entre 18 e 49 anos na Pesquisa Nacional de Saúde conduzida no mesmo ano que o

estudo GENIH,<sup>14</sup> e 13% de aborto provocado alguma vez na vida entre mulheres de 18 a 39 anos em pesquisa realizada por Diniz *et al.*<sup>9</sup> com uma amostra representativa da população feminina em 2016. Contudo, diferenças metodológicas, particularmente relacionadas ao tipo de amostragem e à região sob estudo (São Paulo e Brasil) limitam qualquer comparação das prevalências observadas neste estudo com aquelas referidas por estudos nacionais.

Embora as MVHA sejam mais velhas e iniciem a vida sexual mais cedo em relação às MNVHA, acumulando, portanto, mais eventos reprodutivos, ao estratificar por faixa etária as MVHA ainda permanecem com prevalências maiores de aborto provocado alguma vez na vida. Assim, parte desta diferença talvez seja explicada pela maior exposição a situações de vulnerabilidade ao HIV e às gravidezes não planejadas recorrentemente entre as MVHA em suas trajetórias de vida.

Porém, a despeito da diferença na magnitude, os motivos referidos para a prática do aborto pelas MVHA e MNVHA se assemelharam. Mais da metade dos abortos nos dois segmentos ocorreu no contexto de não uso de MAC devido à percepção das entrevistadas de que não iriam engravidar ou não se preocupavam com isso. Ou seja, a possibilidade de gravidez não era considerada, sugerindo que o planejamento da vida reprodutiva pode não ser premente, não ser possível ou não fazer sentido para o contexto e contingências de vida das mulheres. Outros estudos apontam que muitas mulheres não usam MAC mesmo diante do não desejo ou intenção de ter filhos em determinando momento, ou pelo receio de ser infértil. Esses dados reforçam a ideia de que ambivalências quanto ao desejo e planejamento reprodutivo são comuns e atestam a complexidade da maternidade e da reprodução, por serem eventos fortemente marcados por questões sociais, econômicas e culturais.<sup>15,16</sup>

No outro extremo, há os casos de aborto que derivam de uma gestação ocorrida em uso de MAC. Mais de um terço das entrevistadas referiu esta situação, sendo a descontinuidade ou falha do método a principal razão aventada nesta circunstância. O que, mais uma vez, reitera as dificuldades que cercam o uso de MAC, exigindo orientação e acompanhamento da atenção contraceptiva. Quase metade das MVHA que abortou após o diagnóstico, engravidou fazendo uso de MAC - preservativo na maioria dos casos - remetendo à possibilidade de uso falho do método ou dificuldades em sua negociação com o parceiro. Como 15 das 24 MVHA tinham parceiro sorodiscordante à época do primeiro aborto pós-diagnóstico, é possível que tenha havido, por

parte das mulheres e dos serviços de saúde, priorização na prevenção de transmissão sexual para o parceiro em detrimento de uma preocupação semelhante com a prevenção da gravidez. Outros estudos indicam o não uso de MAC entre casais sorodiscordantes por diferentes motivos,<sup>17</sup> reiterando a necessidade de associar o preservativo a outro método contraceptivo moderno para evitar a gestação não intencional entre MVHA.<sup>18</sup>

Para a maioria das MVHA e MNVHA a não coabitação com o parceiro, dificuldades financeiras e falta de apoio de familiares foram os principais motivos para o aborto. Não estar num relacionamento estável ou conjugal pode ter sido determinante também para o não uso de MAC. Uma análise da trajetória contraceptiva de mulheres francesas seis meses antes do aborto, na época do aborto e um mês depois, mostra que mulheres que estavam em uso de um mesmo método, mais eficaz, como os hormonais, nesses três momentos, foram aquelas que tinham relacionamentos estáveis há mais de um ano.<sup>19</sup> Ter um parceiro estável ou ter vida conjugal com o parceiro da gravidez parece ser fundamental para manutenção ou interrupção da gravidez, como também mostram outros estudos.<sup>20-22</sup>

Se, por um lado, a situação de conjugalidade é importante na decisão de abortar, para um número significativo de mulheres esta decisão prescinde do conhecimento e participação do parceiro. Em número menor, as situações de aborto em que o parceiro a deixou escolher podem refletir tanto o respeito à decisão da mulher quanto a não responsabilidade no processo decisório.<sup>23</sup>

A decisão consensual sobre o aborto entre a mulher e o parceiro foi a situação mais comum referida tanto pelas MVHA quanto pelas MNVHA. A discordância na decisão ocorreu para mais de um quinto das MVHA e de MNVHA, sendo mais frequente na direção da mulher querer interromper e o parceiro não. A efetivação do aborto nesses casos sugere que a intenção da mulher prevaleceu, ainda que tais situações devam ser compreendidas na interface com outros fatores, como classe social, o ciclo de vida e a situação do relacionamento, que determinam maior ou menor busca de consenso nas decisões sobre aborto.<sup>23</sup>

O não desejo de ter filhos naquele momento de vida foi um dos principais motivos referidos pelas mulheres para a realização do primeiro aborto. Somam-se a estes os casos em que as mulheres não desejavam outros filhos com o parceiro da gravidez, particularmente entre MVHA, sugerindo que, caso engravidassem de outro parceiro, poderiam levar adiante a gravidez. Tais dados se, por um lado, rei-

teram a importância e/ou tipo/adequação da parceria para a manutenção da gravidez, por outro, revelam que o não desejo de ter filhos, contrapondo-se às convenções de gênero que evocam a maternidade como uma escolha natural na trajetória feminina, é comum e deveria ser acolhido e respeitado pelos profissionais e sociedade.

Os itinerários do aborto para ambos os grupos se assemelharam, com o uso da substância misoprostol sendo o mais referido, assim como em outros estudos.<sup>24,25</sup> O consumo de chás, ervas, infusões foi citado, particularmente, entre as MNVHA, sendo uma prática relativamente comum, em conjunção ou não a formas medicalizadas de aborto, como atestam outros estudos.<sup>24, 26</sup>

Quanto à influência do HIV na decisão de abortamento, para metade das MVHA o HIV foi “muito importante”. Embora não tenha sido questionada a razão disso, alguns estudos sugerem que dúvidas e inseguranças sobre aleitamento, cuidados próprios e em relação à criança diante do risco de adoecimento, morte e temor de transmissão do HIV para o feto, apesar do acesso ao tratamento e consequente redução deste risco são razões mencionadas por MVHA.<sup>20,22</sup> Porém cabe apontar que, em nosso estudo, ao responderem espontaneamente sobre o que pesou na decisão de abortar, nenhuma MVHA citou a infecção. Ademais, para um número expressivo de MVHA o HIV foi pouco ou quase nada importante na decisão para o aborto, sugerindo que outras situações de vida tenham tido maior peso. Na análise da trajetória de 18 mulheres que fizeram aborto pós-diagnóstico, Pilleco *et al.*<sup>21</sup> observaram que o HIV foi referido como a principal razão para o abortamento. Todavia, outras situações adversas influenciaram a decisão, como a falta de condições financeiras, o não desejo de ter mais filhos da mulher e/ou parceiro e a situação do relacionamento com o parceiro, motivos semelhantes àqueles encontrados no presente artigo.

O sub-relato da prática de aborto ocorreu para ambos os grupos sem diferenças de magnitude estatisticamente significativas. Contudo, ao se comparar a prevalência de aborto obtida pelos dois métodos em cada grupo de mulheres, o número de MNVHA que referiram na “urna” ter provocado aborto foi mais que o dobro da prevalência de aborto observada pelo método direto neste segmento. Para as MVHA a diferença não atingiu 20% ao se comparar os métodos para estimar a prevalência no relato de aborto provocado. A menor diferença observada entre os métodos para as MVHA pode sugerir que a revelação da prática de aborto entre mulheres que já apresentam uma condição também estigmatizada,

como a infecção pelo HIV, e conhecida pela entrevistadora poderia favorecer o relato desses casos.

A não-revelação do aborto reflete a criminalização do ato e o estigma associado a mulheres que interrompem uma gestação. A persistência do estigma relacionado ao HIV, articulado à estigmatização e criminalização do aborto engendram duplamente o silêncio das experiências e a exposição aos riscos. Neste estudo, não apenas uma parcela das mulheres negou a indução do aborto durante a entrevista, como omitiu a gravidez e a decisão de abortar a parceiros e familiares, vivenciando o aborto em silêncio e de forma solitária, como observado em outros estudos.<sup>24,27</sup>

A despeito de estudos mostrando que as estimativas sobre o número de abortos provocados anualmente no Brasil podem ser próximas a um milhão,<sup>7</sup> com altas incidências e custos para o sistema público de saúde, o estigma e a discriminação envolvidos em sua prática perpetua um ciclo de silêncio ou de “segredo público” que previne as mulheres de relatarem tal prática em pesquisas, nos serviços de atenção à saúde, ou para sua rede social mais próxima. O sub-relato contribui para a construção social do aborto como uma prática não-normativa e, portanto, desviante e sujeita a processos de discriminação.<sup>28</sup> A criminalização e o estigma têm papéis fundamentais na permanência desse “segredo-público” e do silenciamento do aborto mesmo nas pesquisas comprometidas eticamente com as participantes, pois operam ancorados em moralidades e normatividades envoltas na construção de uma “identidade feminina”.

Algumas limitações deste estudo devem ser destacadas. O pequeno número de casos de aborto, particularmente entre MNVHA, pode ter limitado o poder estatístico para identificar diferenças significativas entre os grupos. Portanto, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados deste estudo descritivo ainda que estes resultados venham ao encontro de outros estudos já citados que reiteram a presença mais de similaridades do que diferenças entre MVHA e MNVHA quanto ao contexto de abortamento.

Outro ponto diz respeito ao método adaptado de “urna” para estimar a magnitude do sub-relato, comparando as prevalências obtidas por este método e pelo método direto. Normalmente, as pesquisas que utilizam o método de urna aplicam um questionário geral sem questões prévias sobre aborto que são restritas à urna.<sup>9,29</sup> No presente caso, questões prévias sobre o aborto já haviam sido feitas diretamente para as entrevistadas, o que pode ter influenciado a resposta dada à urna. No entanto, o método

adotado permitiu estimar o sub-relato e avaliar diferenças entre os grupos.

O uso de amostras de serviços públicos de atenção primária e da rede especializada na atenção em HIV/Aids também limita qualquer comparação entre as prevalências de aborto provocado observadas e aquelas estimadas em estudos populacionais. Porém, a semelhança dos contextos e motivos para a realização do aborto que não se relacionam à soropositividade mostra que MVHA e MNVHA usuárias de serviços públicos de saúde compartilham experiências ligadas à sua condição feminina, muitas vezes, moldadas por grandes desigualdades sociais e de gênero que afetam suas possibilidades de acesso a recursos e a serviços de prevenção e promoção de sua saúde sexual e reprodutiva.

Num contexto social e político de retrocessos impactantes na garantia de direitos sociais, incluindo sexuais e reprodutivos, com iniciativas legislativas conservadoras e punitivas às mulheres que abortam,

é necessário dar visibilidade ao fato social comum que é o aborto, e seu impacto na saúde das mulheres. Mais do que nunca é preciso falar sobre o aborto, publicizar e compartilhar dados de pesquisa e formas alternativas de obtenção desses dados, mostrando que ele é um evento comum na vida das mulheres de todas as classes, etnias, idades, orientações sexuais e religiosas, vivendo e não vivendo com HIV/Aids.

### Contribuição dos autores

Pinho AA concebeu o artigo, analisou e interpretou os dados e redigiu a primeira versão do manuscrito. Villela WV contribuiu para a discussão e redação do manuscrito. Barbosa RM coordenou o estudo GENIH e participou do processo de revisão do manuscrito. Monteiro SS contribuiu para a discussão e revisão do manuscrito. Todas aprovaram a versão final do manuscrito.

### Referências

1. Silva BGC, Lima NP; Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC, Wehrmeister FC. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol.* 2016; 19 (3): 484-93.
2. Soares LR, Gonzaga CMR, Branquinho LW, Sousa AL, Rovey M, Freitas-Junior R. Mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil de acordo com a cor. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015; 37 (8): 388-92.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico de Sífilis – 2017. Volume 48, n.36. Brasília, DF; 2017.
4. d’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA Angulo-Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (Suppl. 1): S154-S68.
5. Araújo TVB, Rodrigues LC, Ximenes RAA, Miranda-Filho DB, Montarroyos UR, Melo APL, Valongueiro S, Albuquerque MFPM, Souza WV, Braga C, Filho SPB, Cordeiro MT, Vazquez E, Di Cavalcanti DSC, Henriques CMP, Bezerra LCA, Silva Castanha PM, Dhalia R, Marques-Júnior ETA, Martelli CMT. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. *Lancet.* 2016; 16: 1356–63.
6. Viellas EF, Domingues RMS, Dias MAB, Gama SGN, Gramado SN, Filha T, Miranda M, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (Supl.): S85-S100.
7. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod Clim.* 2015; 30 (1): 11-8.
8. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson Jr BR, Tunçalp O, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet.* 2017; 390 (10110): 2372–81.
9. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto - 2016. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22 (2): 653-60.
10. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Ramos Jr NA, Carvalho FHC, Machado MMT. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48 (3): 508-20.
11. Pilecco FB, Teixeira LB, Vigo Alvaro, Dewey ME, Knauth DR. Lifetime induced abortion: A comparison between women living and not living with HIV. *PLoS One.* 2014; 9(4): e95570.
12. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14: 1085–99.
13. Pinho AA, Cabral C, Barbosa R. "Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva". *Cad Saúde Pública.* 2017; 33 (12): e00057916.
14. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa nacional de saúde, 2013: ciclos de vida - Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro; 2015. 92 p.

15. Borges ALV, Cavalhieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (Esp. 2): 1679-84.
16. Patel PR, Laz TH, Berenson AB. Patient Characteristics Associated with Pregnancy Ambivalence. *J Womens Health*. 2015; 24 (1): 37-41.
17. Fernandes NM, Hennington EA, Bernardes JS, Grinsztejn BG. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (4): e00053415.
18. Tsuyuki K, Gipson J, Urada L, Barbosa R, Morisky DE. Dual protection to address the global syndemic of HIV and unintended pregnancy in women: Factors associated with dual method use and consistent condom use in Brazil. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016; 42 (4): 271-9.
19. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod*. 2006; 21 (11): 2862-7.
20. MacCarthy S, Rasanathan JJK, Crawford-Roberts A, Dourado I, Gruskin S. Contemplating abortion: HIV-positive women's decision to terminate pregnancy. *Cult Health Sex*. 2014; 16 (2): 190-201.
21. Pilecco FB, Teixeira LB, Vígo A, Knauth DR. Post-diagnosis abortion in women living with HIV/Aids in the south of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20 (5): 1521-30.
22. Vilella W, Barbosa RM, Portela, AP, Oliveira, L. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1709-19.
23. Heilborn M, Cabral C, Brandão ER, Cordeiro F, Azize R. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex Salud Soc (Rio J.)*. 2012; 12: 224-57.
24. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1671-81.
25. Arilha MM. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1785-94.
26. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. 2017. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (8): 2771-80.
27. Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21 (12): 3819-32.
28. Kumar A, Hessini L, Mitchell EMH. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex*. 2009; 11 (6): 625-39.
29. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15 (5): 331-6.

---

Recebido em 15 de Janeiro de 2018

Versão final apresentada em 24 de Junho de 2019

Aprovado em 18 de Setembro de 2019