



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205006

DOI: 10.1590/0102-311X00057916

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2017 by Escola Nacional de Saúde Pública. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva

Differences and similarities in women living and not living with HIV: contributions by the GENIH study to sexual and reproductive healthcare

Diferencias y similitudes entre mujeres que viven y no viven con VIH: aportes del estudio GENIH para la atención a la salud sexual y reproductiva

Adriana de Araujo Pinho ¹
Cristiane da Silva Cabral ²
Regina Maria Barbosa ³

doi: 10.1590/0102-311X00057916

Resumo

Estudo quantitativo foi conduzido no Município de São Paulo, Brasil, comparando contextos de vulnerabilidade social e o comportamento sexual e reprodutivo de uma amostra de 975 mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) e de 1.003 mulheres usuárias da rede de atenção básica à saúde. As MVHA são marcadas por situações de maior vulnerabilidade que, potencialmente, aumentaram o seu risco para a infecção pelo HIV e para eventos no campo reprodutivo. Comparando com mulheres usuárias da rede de atenção básica à saúde, as MVHA relataram em maiores proporções: uso de drogas, sexo em troca de dinheiro, exposição a parceiros íntimos violentos, dificuldades no acesso a serviços de prevenção e diagnóstico precoce, ocorrência de gestações não planejadas, aborto provocado e gravidez na adolescência. Parcela considerável das mulheres usuárias da rede de atenção básica à saúde compartilha as mesmas experiências, porém em menor magnitude. A identificação de contextos de vulnerabilidade e a integração de serviços de testagem anti-HIV e de saúde sexual e reprodutiva devem compor as linhas de cuidado às mulheres, tanto nos serviços especializados quanto nos de atenção básica.

HIV; Saúde Sexual e Reprodutiva; Mulheres

Correspondência

A. A. Pinho
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4365, Pavilhão Lauro Travassos, Rio de Janeiro, RJ 21040-360, Brazil.
adrianaapinho@gmail.com

¹ Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Núcleo de Estudos de População Elza Berquó, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.



Introdução

Nos últimos cinco anos, inovações tecnológicas no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV vêm incrementando o debate sobre as necessidades e demandas em saúde sexual e reprodutiva de pessoas vivendo e não vivendo com HIV/aids.

Novas tecnologias de prevenção, como a profilaxia pré e pós-exposição, tratamento como prevenção e autotestagem têm permitido, no plano individual, a gestão do risco ao HIV e a redução da transmissibilidade do vírus ¹. No campo da assistência e tratamento, o acesso e a adesão à terapia antirretroviral (TARV), além de terem aumentado a sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) ², garantiram às mulheres não apenas ter filhos com risco reduzido de nascer com HIV ^{3,4}, mas também que (re)considerassem a possibilidade de serem mães após o conhecimento de sua sorologia. Mais recentemente, o ensaio clínico HTPN052, em 2012, demonstrou que o uso precoce de TARV reduz a transmissão sexual do HIV em mais de 96% entre casais sorodiscordantes ⁵.

Os benefícios demonstrados pela TARV possibilitaram a reorganização das trajetórias sexuais, reprodutivas e afetivas, mas algumas questões permanecem complexas, como a relação entre concepção/contracepção e prevenção do HIV em casais sorodiscordantes. As escolhas contraceptivas, por exemplo, que são feitas pelas mulheres e, em alguns casos, pelos casais, devem levar em consideração não somente o risco de uma gravidez indesejada, mas os riscos de transmissão vertical e sexual, ainda que reduzidos no contexto de TARV e de supressão da carga viral. Ademais, o estigma e o preconceito ainda persistem e impedem que as PVHA acessem os serviços, insumos ou, ao menos, discutam questões relacionadas à sua vida íntima com os profissionais de saúde ou pessoas próximas que poderiam lhes garantir, em alguma medida, apoio social ⁶.

Constata-se, frequentemente, que as mulheres não têm suas questões e demandas sexuais, reprodutivas e contraceptivas consideradas nos espaços assistenciais, e tampouco são problematizados os contextos de vida que conformam suas trajetórias nestes campos. Ainda que o cenário epidemiológico recente seja de um aumento de casos entre jovens gays e outros homens que fazem sexo com homens e do aumento na razão homem/mulher nos casos de aids, 35% dos casos ocorrem em mulheres, a maioria em seu pico reprodutivo (25 a 39 anos de idade), e a transmissão heterossexual responde por 97,4% deles ⁷.

Em 2013, delineou-se um estudo, chamado *GENIH: Gênero e Infecção no Contexto da Epidemia de HIV/aids no Município de São Paulo*, inserido num conjunto mais amplo de iniciativas de pesquisa que visavam a suprir a lacuna de conhecimento, no Brasil, sobre as questões de saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) em diferentes contextos: São Paulo, com o presente estudo, Rio de Janeiro ⁸ e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) ⁹. O estudo GENIH teve como objetivo comparar contextos de vulnerabilidade social e o comportamento sexual e reprodutivo de MVHA a de uma amostra de mulheres não vivendo com HIV, usuárias da rede pública de atenção básica à saúde, denominadas, no texto, “mulheres da atenção básica”.

Conhecer as práticas e decisões no campo da sexualidade, reprodução e os contextos de vida, identificando situações de vulnerabilidade, em uma amostra representativa da população feminina com HIV na maior capital brasileira, atualizará a situação em que estas mulheres vivem e permitirá pensar em estratégias mais efetivas para integrar ações e serviços de saúde sexual e reprodutiva e de atenção/cuidado ao HIV. Ademais, pouco tem sido investigado sobre as práticas e decisões no campo da sexualidade e reprodução da população feminina em geral em sua interface com a prevenção do HIV. Portanto, ao fazer uma análise comparativa dos perfis relacionados à sexualidade, reprodução, prevenção e contracepção, e exposição a riscos sociais entre MVHA e mulheres da atenção básica, será possível também analisar como as questões relacionadas ao HIV entre a população feminina têm sido tratadas na atenção básica, foco atual das políticas de descentralização da atenção ao HIV no Brasil ¹⁰.

Metodologia

O estudo GENIH é uma investigação quantitativa de corte transversal, conduzida no Município de São Paulo entre fevereiro de 2013 e maio de 2014, em uma amostra representativa de MVHA e uma amostra comparativa de mulheres da atenção básica, com idades entre 18 e 49 anos.

O tamanho da amostra foi estimado em 1.000 para cada grupo de mulheres, já considerando o efeito do delineamento por amostragem complexa (*deff*) igual a 1,6. Um número adicional de entrevistas foi conduzido (25%) como margem de segurança relativa a eventuais perdas na amostra, devido à recusa e perda de acompanhamento da usuária dentro da unidade. Para compor a amostra de MVHA, foram incluídas as 18 unidades públicas de saúde de referência para o atendimento de MVHA, responsáveis por 95% do atendimento a pacientes de aids no município. Essas unidades constituíram os estratos, e a amostra de 1.000 mulheres foi distribuída por eles utilizando-se partilha proporcional, segundo o número médio de consultas de MVHA em cada unidade.

As mulheres da atenção básica foram sorteadas por meio de processo de amostragem estratificada por conglomerados em dois estágios. Os estratos foram formados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo e a partilha da amostra foi proporcional ao tamanho destas 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 implicitamente por esta variável. Foram sorteados 38 serviços, de um total de 442.

As mulheres foram selecionadas por meio de uma listagem de sorteio com o intervalo amostral pré-definido (sistemático). Supervisoras de campo as abordavam e convidavam para participar do estudo. Os propósitos da investigação e seus procedimentos eram explicados, e aquelas elegíveis que concordassem em participar eram encaminhadas para uma sala privativa onde era aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a assinatura do termo, um questionário eletrônico sociocomportamental foi aplicado por uma entrevistadora com o auxílio de um *netbook*. Os questionários eletrônicos foram gerados usando-se o software QDS (*Questionnaire Development System* – NOVA Research Company. <http://www.novaresearch.com/QDS/>) e pré-testados. Todos os procedimentos do estudo foram avaliados em estudo piloto.

O trabalho foi submetido e aprovado em quatro diferentes Comitês de Ética em Pesquisa (CEP): do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (nº 022/2011); do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (nº 11712112.6.0000.5375); da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (nº 0043/12); e da Universidade Federal de São Paulo (nº 11712112.6.0000.5375).

Para a análise dos dados, fez-se, inicialmente, uma caracterização sociodemográfica de ambas as amostras. São apresentadas estatísticas descritivas, como mediana e intervalo interquartil para medidas contínuas e proporções para variáveis categóricas. Para o grupo de MVHA, são também apresentadas informações sobre o contexto de diagnóstico (idade, tempo de diagnóstico, via de transmissão autopercebida e motivo de realização do teste anti-HIV). Foram investigadas as diferenças entre os grupos para as seguintes variáveis dicotômicas: início da vida sexual; número de parceiros sexuais; primeira gravidez antes dos 20 anos; número de parceiros de quem engravidou; proporção de gestações não planejadas; aborto provocado; uso de método contraceptivo; uso consistente de preservativo durante sexo vaginal com parceiro(s) sexual(is) no último ano; e situações indicativas de vulnerabilidade ou risco social ocorrido em algum momento da vida: violência física e/ou sexual sofrida, uso de drogas ilícitas e sexo em troca de dinheiro.

Para responder à pergunta sobre a existência de diferenças entre MVHA e mulheres da atenção básica em relação a situações de vida e perfil de saúde sexual e reprodutiva, buscou-se distinguir, quando possível, os eventos ocorridos antes do diagnóstico, ou quando este ocorreu durante o pré-natal/parto, daqueles que ocorreram após o diagnóstico, incluindo os que se referiam ao momento da entrevista com as usuárias.

Ao todo, foram realizadas 975 entrevistas com MVHA. Foram excluídas da análise as mulheres que não tinham iniciado a vida sexual e as infectadas por transmissão vertical, devido à impossibilidade de investigar situações de vida pregressas à infecção pelo HIV e compará-las ao grupo de mulheres da atenção básica. Os resultados apresentados são, portanto, referentes a 918 MVHA e 1.003 mulheres da atenção básica. A proporção de perdas (mulheres elegíveis sorteadas, porém não entrevistadas) nas duas amostras foi similar, 27% entre MVHA e 26,5% entre mulheres da atenção básica. As principais razões de recusas foram pressa/falta de tempo e não querer falar sobre o assunto.

Para as análises foi utilizado o pacote estatístico Stata 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos). Por meio do comando pós-estimação “margin”, comparou-se o efeito de pertencer a cada grupo na probabilidade de ocorrência dos diferentes eventos. Baseando-se na estimativa de probabilidades preditas de ocorrência de cada evento investigado (variáveis dicotômicas descritas anteriormente), ajustadas em modelos de regressão logística, calculou-se a significância estatística ($p < 0,05$) e a magnitude das diferenças (em pontos percentuais) nas probabilidades preditas, chamadas de efeitos marginais, entre os dois grupos, controlando pelas demais covariáveis no modelo (idade, escolaridade e cor da pele). Quando utilizada, na análise comparativa, a ocorrência do evento antes/na época do diagnóstico para as MVHA ajustou-se, também, no modelo a idade que as mulheres tinham no diagnóstico. Todas as análises foram ajustadas pela amostragem complexa, e pesos foram usados para compensar as diferenças nas probabilidades de seleção das mulheres em ambas as amostras.

Resultados

Diferenças no perfil sociodemográfico entre MVHA e mulheres da atenção básica

A análise do perfil sociodemográfico das duas amostras (Tabela 1) evidencia predominância de mulheres mais jovens entre as mulheres da atenção básica e de mulheres de 35 a 49 anos entre as MVHA. As mulheres da atenção básica completaram o Ensino Médio em maior proporção, porém, mulheres cursando ou com Nível Superior completo estiveram em maior proporção entre as MVHA. Não houve diferenças nas proporções de mulheres com ou sem trabalho à época da entrevista. A quantidade de mulheres que se autodeclararam pretas foi maior entre as MVHA.

Em ambas as amostras, mais de 80% das mulheres já haviam sido casadas ou estiveram em união estável. No momento da entrevista, a probabilidade de estar com parceiro foi significativamente maior para mulheres da atenção básica do que para MVHA (84,8% versus 69,8%). Ter tido dois ou mais filhos foi relatado em maior proporção entre as MVHA, aspecto que pode estar atrelado ao fato de estas mulheres serem mais velhas.

O contexto da testagem e do diagnóstico de HIV

A principal forma de infecção pelo HIV foi pela via sexual (Tabela 2), correspondendo à principal categoria de exposição ao HIV entre mulheres brasileiras. A mediana de anos desde o diagnóstico foi de 10 anos; apenas 8,9% das mulheres tinham um diagnóstico recente (até um ano). A grande maioria (86,9%) usava TARV na época da entrevista, com mediana de 8 anos de uso.

O diagnóstico de HIV foi feito no pré-natal em aproximadamente um terço das MVHA. Comparando esses dados com o contexto de testagem entre as mulheres da atenção básica, observa-se que 83% destas já o haviam feito até o momento da entrevista. Ao considerar apenas as mulheres que nunca engravidaram, 50,3% nunca tinham feito o teste anti-HIV. O pré-natal ou o parto responderam por 64,6% da testagem entre as mulheres da atenção básica e 23,6% realizaram por iniciativa própria ou durante alguma campanha (dados não apresentados).

Diferenças nas experiências sexuais, de reprodução, prevenção e contracepção

As MVHA parecem iniciar a vida sexual mais cedo (até os 15 anos) e com parceiros mais velhos do que as mulheres da atenção básica (Tabela 3). A probabilidade de iniciar a vida sexual com um parceiro com mais de cinco anos de diferença etária também foi maior entre MVHA do que entre mulheres da atenção básica (38,4% versus 29,7%, respectivamente; $p < 0,0001$).

Embora a primeira gravidez, na maioria dos casos, ocorra em idade jovem (entre 18 e 24 anos) para ambas as amostras, a probabilidade das MVHA relatarem a primeira gestação antes dos 20 anos foi estatisticamente maior do que entre as mulheres da atenção básica (Tabela 3), como também foi maior a proporção daquelas que relataram maior número de parceiros de quem engravidaram na vida (Tabela 3).

Tabela 1

Perfil sociodemográfico e contexto de vida de mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) e mulheres usuárias da rede de atenção básica à saúde (mulheres da atenção básica). Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-2014.

	MVHA		Mulheres da atenção básica		Valor de p
	n *	% **	n *	% **	
Faixa etária (anos)					
Mediana (anos) (IRQ)	40 (34-45)		31 (24-39)		
18-24	42	4,5	257	26,3	< 0,0001
25-34	71	8,0	175	17,7	
35-44	320	35,2	315	31,5	
45-49	485	52,3	256	24,5	
Escolaridade					
Ensino Fundamental incompleto	247	27,0	204	20,2	0,0001
Ensino Fundamental completo/Ensino Médio incompleto	234	25,3	247	24,8	
Ensino Médio completo	294	31,9	491	48,9	
Ensino Superior (completo e incompleto)	143	15,7	60	6,0	
Cor					
Branca	373	40,1	391	39,1	< 0,0001
Preta	158	18,0	107	10,7	
Parda	368	40,4	473	47,1	
Outra (amarela/indígena)	16	1,6	31	3,0	
Trabalha					
Sim	515	56,4	601	58,8	0,397
Não	396	43,5	399	41,1	
Já foi unida (casada/união estável)	840	92,1	846	84,2	< 0,0001
Número de filhos vivos					
Nenhum	162	17,5	319	32,0	< 0,0001
1	261	28,8	267	27,0	
2 ou mais	495	53,7	417	41,0	
Total	918	100,0	1.003	100,0	

IRQ: intervalo interquartil.

* Número difere para cada variável devido à falta de informação;

** Proporção ponderada pela estratégia de amostragem.

O uso consistente de camisinha como forma de prevenção entre aquelas sexualmente ativas, no ano anterior à pesquisa, foi estatisticamente maior entre as MVHA. À época do diagnóstico, o uso foi referido como sendo muito menor (10,5%). Cabe ressaltar que 30% das MVHA não usam camisinha consistentemente e, entre as mulheres da atenção básica, o não uso foi consideravelmente maior (84%). O uso de contracepção no momento da entrevista foi relativamente alto (83%) e maior também entre as MVHA (Tabela 3), com a camisinha respondendo por 62% dos métodos contraceptivos usados por elas.

A proporção de gestações não planejadas no grupo de MVHA não parece ter mudado após o diagnóstico e foi estatisticamente maior do que entre as mulheres da atenção básica (Tabela 3). Mais de um terço delas engravidaram após saberem do diagnóstico de HIV e, destas, 66% relataram que todas as gestações ou mais da metade delas não foram planejadas, proporção não muito distante da observada antes do diagnóstico. Se aparentemente as MVHA tiveram uma trajetória reprodutiva marcada pelo não planejamento, era esperado que a probabilidade de ocorrência de aborto provocado também fosse maior, como observado tanto antes quanto depois do diagnóstico (Tabela 3).

Tabela 2

Características relacionadas à testagem e ao diagnóstico entre mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA). Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-2014.

	n *	% **
Via de transmissão		
Por relação sexual	814	90,5
Por meio do uso de drogas injetáveis	-	-
Por transmissão vertical	-	-
Por transfusão de sangue	25	2,9
Outro motivo	25	2,7
Não sabe	35	3,8
Idade no diagnóstico (anos)		
18-24	255	28,0
25-34	469	52,0
35-49	181	19,6
Não sabe/não lembra	4	0,4
Idade mediana (IRQ)	28	(24-33)
Tempo de diagnóstico (anos)		
Até 1	83	8,9
2-5	181	20,6
6-10	214	24,7
Mais de 10	408	45,7
Tempo mediano	10	(0-28)
Motivo para testagem HIV ***		
Fez no pré-natal ou no parto	282	31,1
Médico pediu (fora do pré-natal/parto)	78	8,5
Por iniciativa própria	95	10,8
Seu parceiro/Filho ficou doente	240	26,4
Você ficou doente	205	22,6
Outros motivos	1	0,1
Total	918	100,0

IRQ: Intervalo interquartil.

* Número difere para cada variável devido à falta de informação;

** Proporção ponderada pela estratégia de amostragem;

*** Excluídos os casos de transmissão vertical (n = 44).

Diferenças em contextos de vulnerabilidade social ao HIV

A probabilidade de ter usado alguma droga ilícita na vida, de ter tido um parceiro usuário de drogas e de já ter feito sexo em troca de dinheiro também foi estatisticamente maior para as MVHA do que para as mulheres da atenção básica (Tabela 4).

A experiência de ter sofrido violência física e/ou sexual na vida e por parceiro íntimo esteve presente na vida de muitas mulheres nas duas amostras estudadas, porém com maior magnitude para as MVHA (Tabela 4). Ter tido a primeira relação sexual forçada também foi uma experiência reportada em maior número por MVHA (6,8%) do que por mulheres da atenção básica (2,8%).

Tabela 3

Comportamento sexual e reprodutivo de mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) e mulheres usuárias da rede de atenção básica à saúde (mulheres da atenção básica). Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-2014.

	MVHA			Mulheres da atenção básica			Valor de p
	n *	% **	% ajustada ***	n *	% **	% ajustada ***	
Idade na primeira relação sexual (anos)							< 0,0001
Até os 15	319	34,9	38,5	296	30,7	27,5	
Mais de 15	589	65,1	61,5	701	69,3	72,5	
Primeira gravidez antes dos 20 anos	444	57,7	58,5	421	49,8	48,9	0,001
Parceiros na vida							< 0,0001
1-2 parceiros	141	15,7	16,7	463	46,1	46,0	
Mais de 2 parceiros	763	84,3	84,1	533	53,9	54,2	
Parceria atual							< 0,0001
Sim	620	67,6	69,8	862	86,2	84,8	
Não	298	32,4	30,2	139	13,8	15,2	
Número de parceiros de quem engravidou na vida							< 0,0001
1	404	49,8	53,0	615	72,0	69,2	
2 ou mais	412	50,2	46,9	231	27,9	30,7	
Número de parceiros de quem engravidou antes do HIV/ diagnóstico em gestação (n = 765)							
1	456	59,8	62,9	-	-	-	0,018
2 ou mais	308	40,2	37,1	-	-	-	
Número de parceiros de quem engravidou depois do HIV (n = 308)							
1	265	91,0	91,9	-	-	-	< 0,0001 #
2 ou mais	25	8,9	8,0	-	-	-	
Uso de contracepção ##							
Atualmente (n = 585; n = 533)	546	85,0	83,4	486	73,0	73,8	< 0,0001
Na época do diagnóstico (n = 940)	286	48,7	47,8	-	-	-	< 0,0001 #
Sempre usou preservativo no sexo vaginal ###							
Atualmente (n = 731; n = 934)	470	69,1	69,3	154	16,1	15,9	< 0,0001
Na época do diagnóstico (n = 862)	84	10,2	10,5	-	-	-	0,007 #
Proporção de gestações não planejadas (todas/mais da metade das gestações)							
Na vida	526	64,3	63,8	455	54,0	54,7	< 0,0001
Antes do HIV/diagnóstico em gestação (n = 765)	496	64,5	64,0	-	-	-	< 0,0001 #
Depois do HIV (n = 308)	194	66,9	66,3	-	-	-	< 0,0001 #
Já fez aborto §							
Na vida	116	14,1	11,9	29	3,2	3,0	0,0001
Abortos antes do HIV (n = 679)	102	14,9	15,8	-	-	-	< 0,0001 #
Abortos depois do HIV (n = 308)	24	5,3	6,1	-	-	-	0,032 #

* Número difere para cada variável devido à falta de informação;

** Proporção ponderada pela estratégia de amostragem;

*** Proporção marginal ajustada pela estratégia de amostragem e por idade, escolaridade e cor da pele;

Teste de significância para a diferença entre os eventos que ocorreram antes ou depois do diagnóstico de HIV, para as MVHA, em relação aos que ocorreram na vida ou no momento da entrevista para as mulheres da atenção básica;

Para uso atual somente foram consideradas as mulheres sexualmente ativas no último ano e não grávidas, e na época do diagnóstico foram excluídas da análise as MVHA que foram diagnosticadas durante o pré-natal (n = 270);

% para uso atual somente foram consideradas as mulheres sexualmente ativas no último ano e que fazem tal prática sexual;

§ Somente entre mulheres que já engravidaram e para aquelas que engravidaram antes ou depois do diagnóstico entre MVHA.

Tabela 4

Situações indicadoras de vulnerabilidade social de mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) e mulheres usuárias da rede de atenção básica à saúde (mulheres da atenção básica). Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-2014.

	MVHA			Mulheres da atenção básica			Valor de p
	n *	% **	% ajustada ***	n *	% **	% ajustada ***	
Uso de droga na vida	222	26,8	29,3	124	13,5	12,1	< 0,0001
Já teve ou tem parceiro usuário de drogas	479	59,5	61,0	268	29,0	27,7	< 0,0001
Já fez sexo em troca de dinheiro na vida	64	7,5	7,9	12	1,3	1,3	< 0,0001
Violência física na vida	394	47,1	45,5	330	35,5	36,8	0,003
Violência física por parceiro na vida	256	30,7	28,7	180	19,5	21,1	0,005
Primeira relação sexual forçada	72	7,7	6,8	26	2,5	2,8	< 0,0001
Violência sexual na vida	187	21,4	19,8	89	9,3	10,2	< 0,0001
Violência sexual por parceiro na vida	99	11,4	10,2	57	6,3	7,1	0,056

* Número difere para cada variável devido à falta de informação;

** Proporção ponderada pela estratégia de amostragem;

*** Proporção marginal ajustada pela estratégia de amostragem e por idade, escolaridade e cor da pele.

Discussão

O estudo GENIH analisou os perfis das MVHA e de mulheres da atenção básica, comparando-os quanto à ocorrência de situações/condições em suas trajetórias de vida que, em alguma medida, contribuíram tanto para aumentar sua vulnerabilidade e risco à infecção pelo HIV quanto a outros eventos no campo reprodutivo. As diferenças no perfil sociodemográfico observadas entre as duas amostras acompanham as tendências da epidemia na população feminina do Município de São Paulo. As diferenças na distribuição etária, por exemplo, refletem não apenas o perfil da demanda assistencial na atenção básica ligada ao período gravídico-puerperal, portanto mais jovem, mas também o perfil etário na distribuição dos casos de aids na população feminina, que se concentra na faixa etária de 30 a 49 anos ¹¹.

Quanto às diferenças na escolaridade, houve, entre 2004 e 2014, uma tendência de queda de casos de aids notificados entre mulheres com até o Ensino Fundamental incompleto e um aumento entre mulheres com nível superior completo e incompleto ^{11,12}, aspecto que pode estar refletindo em nossos dados. Ademais, é necessário considerar os seguintes aspectos: primeiro, a política de acesso universal à TARV e o alto custo da medicação podem estar trazendo para os serviços de saúde mulheres com maior escolaridade; e segundo, a menor sobrevida de MVHA com mais baixa escolaridade ¹³ pode incrementar o número de casos prevalentes entre mulheres com maior escolaridade.

A maior proporção de MVHA que se autodeclararam pretas também reflete como a epidemia de aids tem se distribuído segundo a cor da pele; a taxa de detecção de aids entre mulheres pretas ou pardas no município foi maior do que para mulheres brancas em 2013 ¹¹.

As mulheres se infectam, majoritariamente, por meio de relações heterossexuais, sendo o pré-natal o contexto predominante de testagem e diagnóstico do HIV na população feminina em idade reprodutiva no Brasil e no Município de São Paulo ^{7,11}. Embora tenha sido ampliada, a oferta de testagem ainda é concentrada no período gravídico ¹⁴. Tal ampliação parece estar contribuindo, relativamente, para reduzir o risco de diagnóstico tardio ¹⁵, porém, uma parcela considerável de mulheres neste estudo (22,6%), assim como mostram outras investigações ^{16,17}, realiza o teste já na presença de sintomas de aids.

A centralidade do diagnóstico de HIV no período gravídico remete a algumas considerações. Primeiro, a baixa cobertura do teste diagnóstico entre mulheres que nunca engravidaram. Segundo, apesar da redução considerável na taxa de transmissão vertical entre aquelas com acesso à TARV no contexto brasileiro ^{3,4}, esta forma de transmissão é possível dependendo do momento em que o teste

é realizado no curso da gravidez (e parto). Terceiro, o diagnóstico durante a gravidez traz dilemas, inseguranças e riscos para outros eventos adversos, como violência durante a gravidez perpetrada pelo parceiro, estigma relacionado à revelação do HIV, medos associados à transmissão vertical e sexual, além da dupla carga emocional, física e socioeconômica, diante de um diagnóstico de HIV no contexto de uma gestação não planejada ¹⁸.

Importantes diferenças em relação à vida sexual e reprodutiva foram igualmente observadas entre os grupos. As MVHA iniciam a vida sexual mais cedo, como também assinalado por Santos et al. ¹⁶, e uma maior diferença etária com os parceiros na iniciação sexual feminina também foi mais frequente na amostra de MVHA. A maior diferença etária entre a mulher e o parceiro na iniciação sexual tem sido apontada como um dos fatores relacionados à associação entre infecção por HIV e outras IST e início precoce da vida sexual ¹⁹. Além de aumentar a exposição das mulheres a homens com mais experiência sexual pregressa e, portanto, maior risco de IST, dificulta a negociação sexual e o uso de formas de prevenção e contracepção em função de desigualdades de gênero ^{20,21}. Esse aspecto pode estar relacionado ao aumento recente da taxa de detecção de casos de aids na população feminina entre 15 e 19 anos ⁷.

As MVHA parecem também ter sido mais expostas ao risco de gestações na adolescência comparativamente às mulheres da atenção básica. A gravidez na adolescência é maior entre as mulheres com baixa escolaridade e renda familiar per capita e negras, segundo a literatura nacional e internacional ^{19,22}. Em nosso estudo observou-se que, mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e cor da pele, as diferenças na fecundidade adolescente se mantiveram entre os grupos, sugerindo que outros fatores como, por exemplo, diferenciais no conhecimento e acesso a formas eficazes de gestão de riscos sexuais e reprodutivos durante a adolescência, estejam mais presentes na trajetória das MVHA.

Ter filhos biológicos de mais de um parceiro ao longo da trajetória reprodutiva (*multipartnered fertility*), observado em nosso estudo em maior proporção para MVHA, é um fenômeno com tendência crescente em sociedades ocidentais desde a segunda metade do século XX ^{23,24}. No entanto, não há dados que mostrem a prevalência e distribuição desse fenômeno entre a população feminina brasileira em geral, tampouco entre MVHA. Ter filhos com mais de um parceiro nas trajetórias reprodutivas de homens e mulheres tem se mostrado associado à idade precoce no início da vida sexual e reprodutiva ²⁴, e à situação de pobreza ²⁵. No caso das MVHA, a morte do parceiro em função da aids é uma dimensão adicional desse cenário.

O menor uso de camisinha observado entre as mulheres da atenção básica sugere que ele não é priorizado pelas mulheres como estratégia de contracepção e de prevenção de IST ²⁶. Ao contrário, para MVHA, o uso de camisinha tem sido relatado como o principal método de dupla proteção, ou seja, para prevenção concomitante de gravidez e de transmissão sexual do HIV ^{9,27,28}. Apesar disso, a proporção de gestações não planejadas na amostra de MVHA não parece ter mudado após o diagnóstico, o que reforça que a ênfase conferida pelos profissionais de saúde ao uso de camisinha como método de dupla proteção pode não se mostrar eficaz para prevenir gravidez ²⁶. Parte significativa das mulheres (e seus parceiros) mantém um perfil caracterizado pelo não planejamento da fecundidade, independentemente do diagnóstico de HIV. Resultado em sintonia com alguns estudos que mostram que o estado sorológico positivo ao HIV não está associado necessariamente com a diminuição da gravidez não planejada ^{27,29,30,31}.

Quanto ao aborto provocado, as MVHA parecem recorrer mais ao procedimento ao longo da vida do que as mulheres da atenção básica, corroborando achados de outros estudos ^{32,33}. A proporção no relato de aborto provocado alguma vez na vida entre MVHA (12%) foi muito próxima daquela observada por dois estudos brasileiros, ao redor de 13% ^{34,35}. Nesse sentido, cumpre salientar que, embora as proporções de gestações não planejadas não tenham se mostrado estatisticamente diferentes antes e depois do diagnóstico, o relato de aborto realizado após o diagnóstico foi muito menor. Pilecco et al. ³⁵ também observaram maior prevalência de aborto induzido em gestações ocorridas antes do diagnóstico do que naquelas pós-diagnóstico. Vários trabalhos internacionais observaram uma diminuição significativa no número de abortos induzidos entre mulheres HIV positivo após a introdução da TARV ^{36,37,38}.

Esses resultados demandam reflexão sobre os fatores que influenciam a decisão de interromper ou não a gestação após o diagnóstico. No contexto de aborto após o conhecimento da sorologia, ainda que o HIV possa constituir um motivo importante, ele não é único, sendo circunstanciado por

outros fatores na vida das mulheres. Alguns são relacionados à condição de soropositividade, como o medo da transmissão vertical, medo de não conseguir criar a criança devido à condição de saúde, e o impedimento da amamentação numa sociedade que a valoriza para afirmar a identidade de mãe e mulher. Além disso, o relacionamento com o parceiro e seu apoio, assim como o da família próxima, constituem outros elementos fundamentais para a tomada de decisão^{39,40}.

As trajetórias no campo sexual e reprodutivo descritas anteriormente são circunscritas, atravessadas e direta e indiretamente determinadas por outras situações que demarcam a vulnerabilidade e risco social das MVHA em relação às mulheres da atenção básica. As diferenças observadas entre os grupos com relação ao uso de drogas e à prática de sexo em troca de dinheiro também têm sido reportadas em outros estudos^{9,16}. Ambos são fatores de risco tanto para infecção e transmissão do HIV quanto para a ocorrência de eventos reprodutivos, como gestações não planejadas e aborto^{32,34}. A associação do uso de drogas (injetáveis ou não injetáveis) com relato de aborto provocado tem sido explicada pelo maior engajamento de mulheres usuárias de drogas em práticas sexuais sem proteção, aumentando o risco de uma gravidez indesejada, que, por sua vez, elevaria a chance de realizar um aborto⁴¹.

No que se refere às mulheres que praticam sexo em troca de dinheiro observa-se um maior risco de IST e gestações não planejadas, tanto no contexto de seus relacionamentos estáveis quanto com clientes. Maior prevalência de aborto também tem sido observada nesse grupo em comparação à população feminina em geral^{42,43}. Tais dados sugerem dificuldades ainda maiores no acesso a métodos efetivos de contracepção, face ao duplo contexto de estigmatização conferido pela prostituição e pelo HIV.

As diferenças na proporção de relato de violência de gênero entre os grupos também foram estatisticamente significantes. Vários estudos têm mostrado o risco aumentado para IST/HIV entre mulheres que sofrem violência física e/ou sexual, particularmente aquela perpetrada pelo parceiro íntimo^{44,45,46,47}. Os mecanismos propostos para explicar tal associação revelam bidirecionalidade^{47,48}. As experiências de violência perpetrada pelo parceiro podem conduzir à infecção pelo HIV por meio da sua transmissão durante o ato de violência sexual, pelo maior envolvimento em práticas de risco para HIV entre aquelas que sofreram violência (como o não uso de camisinha) e pelo uso de drogas para lidar com situações violentas. Na outra direção, a infecção pelo HIV, após a sua revelação, aumentaria ou daria início a situações de violência ou, ainda, favoreceria a permanência ou a entrada em relacionamentos abusivos, por medo de não encontrar um novo parceiro que aceitasse sua sorologia. Ademais, violência física e/ou sexual por parceiro íntimo tem sido estatisticamente associada a eventos relacionados às trajetórias reprodutivas das mulheres, como gestações não desejadas/planejadas e aborto induzido⁴⁹.

Limitações do estudo

Os fenômenos analisados estão interconectados nas trajetórias de vida das mulheres; há um encadeamento e coexistência de múltiplos eventos nessas trajetórias, cuja análise requereria uma perspectiva longitudinal, escopo de futuros artigos. A não distinção de todos os episódios investigados concernentes à época de sua ocorrência, se antes ou depois do diagnóstico, e ao fato de termos entrevistado mulheres de ambos os grupos que estão, em alguma medida, vinculadas à rede pública de serviços de saúde, pode ter limitado a presente análise. Não dispomos de informações concernentes à saúde sexual e reprodutiva e de prevenção e cuidado ao HIV/aids das mulheres que não acessam os serviços públicos. Parte dessas não o faz por ter acesso à rede privada/conveniada; no entanto, é possível supor que outra parcela corresponda exatamente a uma população ainda mais vulnerável, que não acessa a rede básica. Entre essas, os indicadores da infecção, para aquelas vivendo com HIV, assim como aqueles relacionados à saúde sexual e reprodutiva, podem ser ainda piores.

Considerações finais

Os resultados mostram que alguns eventos, comportamentos e práticas no campo da saúde sexual e reprodutiva persistem após ou independentemente do diagnóstico, como o não planejamento da fecundidade, a prevalência de aborto e a violência contra a mulher, e que, portanto, outros fatores se sobrepõem ou se conjugam para determiná-los. Apesar da maior magnitude de diversos comportamentos e situações entre as MVHA, uma parcela considerável das mulheres da atenção básica compartilha as mesmas experiências, tornando-as também vulneráveis à infecção pelo HIV. A identificação desses contextos de vulnerabilidade entre mulheres da atenção básica e a oferta oportuna da testagem anti-HIV trazem à tona a importância da sensibilização e treinamento continuado dos profissionais de saúde da atenção primária em estratégias de prevenção e diagnóstico precoce.

Para além do pré-natal, é fundamental a oferta sistemática da testagem anti-HIV e sua realização de maneira desburocratizada e rápida, aproveitando-se de outros momentos para esta oferta, como durante o rastreamento para câncer de colo uterino, as ações de planejamento reprodutivo e de cuidado após a menopausa, e nos serviços e programas de atendimento a mulheres em situação de violência (psicológica, física e sexual). Ademais, a oferta de testagem precisa ser um *locus* privilegiado para a discussão de práticas de sexo seguro, profilaxia pré e pós-exposição, prevenção de outras IST, métodos combinados de prevenção, entre outros.

Devido às relações entre diversos eventos em saúde da mulher com o risco de infecção pelo HIV e vice-versa, pensar em estratégias integrais e integradas no atendimento às mulheres e homens, seja na atenção básica ou em serviços especializados, é mister em tempos de indícios de reemergência da epidemia de aids no Brasil⁵⁰. Não há dados publicados sobre como a integração de serviços de saúde sexual e reprodutiva e serviços de testagem e atenção às pessoas vivendo com HIV/aids tem sido operacionalizada nos sistemas e serviços de saúde no Brasil, embora conste na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e no Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras IST (2007). Com a descentralização da testagem anti-HIV, e mais recentemente o ordenamento das linhas de cuidado às pessoas vivendo com HIV por meio da atenção básica, em que outras necessidades e demandas em saúde estão presentes, torna-se oportuna a efetivação de tal estratégia.

Os dados apresentados reforçam a perspectiva de que não é possível pensar nas linhas de cuidado para MVHA sem considerar suas trajetórias ligadas à reprodução e sexualidade e vice-versa²⁶. De forma similar, sinalizam também a inviabilidade de construir linhas de cuidado para as mulheres da população em geral sem integrar serviços de prevenção em saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção e cuidado relacionados às IST/HIV/aids.

Colaboradores

A. A. Pinho e R. M. Barbosa participaram da concepção e desenho do estudo, coordenação do trabalho de campo, análise e interpretação dos dados e escrita do artigo. C. S. Cabral participou da coordenação do trabalho de campo, análise e revisão crítica do manuscrito.

Agradecimentos

As autoras agradecem a Mitti Koyama pelo suporte estatístico; a Maria Cecília Goi Porto Alves e Maria Mercedes Loureiro Escuder pelo desenho amostral; às supervisoras e entrevistadoras de campo; e a Rocio Elizabeth Chávez Alvarez pela supervisão crítica do trabalho de campo. Ao CNPq – processo nº 471892/2011-4; Fapesp – processo nº 2012/25239-3, OPAS (s/número).

Referências

- Maksud I, Fernandes NM, Filgueiras SL. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18:104-19.
- Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003; 17:1675-82.
- Brito AM, Souza JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de AIDS após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 Suppl:18-22.
- Matida LH, Ramos Jr. AN, Moncau JEC, Marcopito LF, Marques HHS, Succi RCM, et al. AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 3:S435-44.
- Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Curr Opin HIV AIDS* 2012; 7:99-105.
- Monteiro S, Villela WV, Knauth D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). *Cad Saúde Pública* 2012; 28:170-6.
- Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2014; Ano III(01).
- Monteiro S, Villela W, Fraga L, Soares P, Pinho A. The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00122215.
- Teixeira LB, Pilecco FB, Vigo A, Knauth DR. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:609-20.
- Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV e DST do Município de São Paulo. v. XVIII. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico AIDST; 2014. Ano XXXI. Número 1.
- Tancredi MV, Waldman EA. Survival of AIDS patients in São Paulo-Brazil in the pre- and post-HAART eras: a cohort study. *BMC Infect Dis* 2014; 14:599.
- Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza PRB, Leal MDC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. *BMC Infect Dis* 2015; 15:100.
- Dourado I, MacCarthy S, Lima C, Veras MA, Kerr L, Brito AM, et al. What's pregnancy got to do with it? Late presentation to HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. *AIDS Care* 2014; 26:1514-20.
- Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2: S321-33.
- Khoury S, Silva RS, Villela WV. Factors associated with a delay in seeking HIV/AIDS treatment in São Paulo, Brazil. *AIDS Behav* 2015; 19:679-83.
- Crankshaw T, Voce A, King R, Giddy J, Sheon N, Butler L. Double disclosure bind: complexities of communicating an HIV diagnosis in the context of unintended pregnancy in Durban, South Africa. *AIDS Behav* 2014; 18 Suppl 1:S53-9.
- Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Revista Estudos Feministas* 2006; 14:43-59.
- Luke N. Confronting the "sugar daddy" stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behavior in urban Kenya. *Int Fam Plan Perspect* 2005; 31:6-14.
- Jewkes R, Morrell R. Sexuality and the limits of agency among South African teenage women: theorising femininities and their connections to HIV risk practises. *Soc Sci Med* 2012; 74:1729-37.
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança, 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Fomby P, Osborne C. Family instability, multipartner fertility, and behaviour in middle childhood. In: Proceedings of Populations Association of America 2013 Annual Meeting. New Orleans: Population Association of America; 2013. <http://paa2013.princeton.edu/abstracts/131715>.
- Carlson M, Furstenberg F. The prevalence and correlates of multipartnered fertility among urban U.S. parents. *J Marriage Fam* 2006; 68:718-32.
- Guzzo KB. New partners, more kids: multiple-partner fertility in the United States. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2014; 654:66-86.
- Villela W, Barbosa R. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands? *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18 Suppl 1:131-42.

27. Warren CE, Abuya T, Askew I. Family planning practices and pregnancy intentions among HIV-positive and HIV-negative postpartum women in Swaziland: a cross sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:150.
28. Sun M, Peipert J, Zhao Q, Wilson T, Weber K. Trends in contraceptive use among women with human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol* 2012; 120:783-90.
29. Mayondi GK, Wirth K, Morroni C, Moyo S, Ajibola G, Diseko M, et al. Unintended pregnancy, contraceptive use, and childbearing desires among HIV-infected and HIV-uninfected women in Botswana: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2015; 16:44.
30. Wanyenze RK, Tumwesigye NM, Kindyomunda R, Beyeza-Kashesya J, Atuyambe L, Kansime A, et al. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. *J Int AIDS Soc* 2011; 14:35.
31. Kikuchi K, Wakasugi N, Poudel KC, Sakisaka K, Jimba M. High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. *Biosci Trends* 2011; 5:255-63.
32. Thackway S V, Furner V, Mijch A, Cooper DA, Holland D, Martinez P, et al. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS* 1997; 11:663-7.
33. Bedimo AL, Bessinger R, Kissinger P. Reproductive choices among HIV-positive women. *Soc Sci Med* 1998; 46:171-8.
34. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aida T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1085-99.
35. Pilecco FB, Teixeira LB, Vigo A, Dewey ME, Knauth DR. Lifetime induced abortion: A comparison between women living and not living with HIV. *PLoS One* 2014; 9:e95570 .
36. van Benthem BHB, De Vincenzi I, Delmas M, Larsen C, van den Hoek A, 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; 14:2171-8.
37. Massad LS, Springer G, Jacobson L, Watts H, Anastos K, Korn A, et al. Pregnancy rates and predictors of conception, miscarriage and abortion in US women with HIV. *AIDS* 2004; 18:281-6.
38. Bongain A, Berrebi A, Mariné-Barjoan E, Dunais B, Thene M, Pradier C, et al. 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; 104:124-8.
39. MacCarthy S, Rasanathan J, Crawford-Roberts A, Dourado I, Gruskin S. Contemplating abortion: HIV-positive women's decision to terminate pregnancy. *Cult Health Sex* 2014; 16: 190-201.
40. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP, Oliveira LA. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1709-19.
41. Martino SC, Collins RL, Ellickson PL, Klein DJ. Exploring the link between substance abuse and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38:66-75.
42. Decker MR, Yam EA, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, et al. Induced abortion, contraceptive use, and dual protection among female sex workers in Moscow, Russia. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120:27-31.
43. Madeiro AP, Rufino AC. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1735-43.
44. 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; 92:186-91.
45. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet* 2010; 376:41-8.
46. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:365-72.
47. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiris JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2014; 17:18845.
48. Kouyoumdjian FG, Findlay N, Schwandt M, Calzavara LM. A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One* 2013; 8:e81044.
49. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120:3-9.
50. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A reemergência da epidemia de AIDS no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface Comun Saúde Educ (Online)* 2015; 19:5-6.

Abstract

This quantitative study in the city of São Paulo, Brazil, compared contexts of social vulnerability and sexual and reproductive behavior in a sample of 975 women living with HIV/AIDS (WLHIV) and 1,003 women not living with HIV, the latter recruited among users of the primary health-care system. WLHIV experienced situations of greater vulnerability that potentially increased their risk of HIV infection and unplanned pregnancy and abortion. Compared to women users of the primary healthcare system, WLHIV reported higher rates of drug use, sex for money, exposure to intimate partner violence, difficulties in access to services for prevention and early diagnosis, unplanned pregnancies, induced abortion, and teenage pregnancy. A considerable number of the women users of the primary healthcare system shared these same experiences, but at lower rates. The identification of contexts of vulnerability and the integration of HIV testing services with sexual and reproductive health services should constitute lines of care for these women, both in specialized and primary care services.

HIV; Sexual and Reproductive Health; Women

Resumen

El estudio cuantitativo se realizó en el Municipio de São Paulo, Brasil, comparando contextos de vulnerabilidad social y el comportamiento sexual y reproductivo de una muestra de 975 mujeres, viviendo con VIH/SIDA (MVHA) y de 1.003 mujeres usuarias de la red de atención básica a la salud. Las MVHA se marcan por situaciones de mayor vulnerabilidad que, potencialmente, aumentaron su riesgo para la infección por el VIH y para eventos en el campo reproductivo. Comparando con mujeres usuarias de la red de atención básica a la salud, las MVHA informaron en mayor proporción de: consumo de drogas, sexo a cambio de dinero, exposición a parejas sentimentales violentas, dificultades en el acceso a servicios de prevención y diagnóstico precoz, ocurrencia de gestaciones no planeadas, aborto provocado y embarazo en la adolescencia. Una proporción considerable de las mujeres usuarias de la red de atención básica a la salud comparte las mismas experiencias, aunque en menor magnitud. La identificación de contextos de vulnerabilidad y la integración de servicios de test anti-VIH y de salud sexual y reproductiva deben formar parte de las líneas de cuidado a las mujeres, tanto en los servicios especializados, como en los de atención básica.

VIH; Salud Sexual y Reproductiva; Mujeres

Recebido em 06/Abr/2016

Versão final reapresentada em 23/Fev/2017

Aprovado em 22/Mar/2017