

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

Post-diagnosis abortion in women living with HIV/Aids in the south of Brazil

Flávia Bulegon Pilecco¹
Luciana Barcellos Teixeira²
Álvaro Vigo¹
Daniela Riva Knauth¹

Abstract *Objective: To understand how the HIV diagnosis combines with other factors that influence the decision to abort. Methodology: Data were collected during a crossover study of women aged between 18 and 49 years old and seen in public health services in Porto Alegre, Brazil. The life stories of 18 interviewees who had post-diagnosis abortion were reconstructed on a timeline, using information collected quantitatively. Results: The time between the diagnosis and abortion was 2 years or less for more than half of the women. For some, post-diagnosis abortion did not mean the end of reproductive life. The most frequent reason for terminating pregnancy was to be living with HIV; however, only some of the women who stated having this motivation did not have post-diagnosis children. Changing partners between pregnancies was a recurring finding; however, in most pregnancies that ended in abortion, the women lived with their partners. Discussion: The analysis of the reproductive trajectory of the women studied showed that there is no specific profile of the woman who aborts after receiving the HIV diagnosis. Although this diagnosis may be involved in the decision to terminate a pregnancy, it does not necessarily result in the end of a woman's reproductive trajectory. Thus, abortion should be understood within a diversity of decision-making processes and the specific moment of a woman's life story.*

Key words Abortion, HIV, Reproductive health

Resumo *Objetivo: Compreender como o diagnóstico de HIV se conjuga com outros fatores que concorrem para a decisão pelo aborto. Metodologia: Os dados são provenientes de um estudo transversal, com mulheres de 18 a 49 anos, que frequentavam serviços públicos de saúde, em Porto Alegre. As trajetórias de vida de 18 entrevistadas que tiveram aborto pós-diagnóstico foram recompostas, através de uma linha do tempo, a partir de informações coletadas de forma quantitativa. Resultados: Para mais da metade das mulheres, o tempo entre o diagnóstico e o aborto foi de 2 anos ou menos. Para parte delas, o aborto pós-diagnóstico não encerrou a vida reprodutiva. A razão mais frequente para o término da gestação foi estar vivendo com HIV; entretanto, apenas parte das mulheres que declararam essa motivação não tiveram filhos pós-diagnóstico. A troca de parceria entre gestações foi recorrente, embora, na maioria das gestações findadas em aborto, a mulher coabitasse com o parceiro. Discussão: A análise da trajetória reprodutiva evidencia que não há um perfil específico de mulher que aborta após o diagnóstico de HIV. Esse diagnóstico, apesar de poder estar envolvido na decisão pelo término da gestação, não implica, necessariamente, no fim da trajetória reprodutiva. Assim, o aborto deve ser compreendido dentro de uma diversidade de processos decisórios e ao momento específico da trajetória de vida.*

Palavras-chave Aborto, HIV, Saúde reprodutiva

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre RS Brasil. flaviapilecco@yahoo.com.br
² Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, UFRGS.

Introdução

Os avanços na prevenção e no tratamento do HIV/Aids possibilitaram às mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) levar a termo uma gestação com risco bastante diminuído de transmissão do vírus ao feto¹. Na ausência do uso de antirretroviral, as chances de infectar a criança podem chegar a 45%. Essas chances podem ser reduzidas quase a zero caso o protocolo seja cumprido de forma total².

O sucesso deste protocolo na redução das infecções por transmissão vertical é resultado não apenas das medicações disponíveis, mas também de políticas de rastreamento do HIV e acompanhamento do pré-natal. Este investimento, contudo, não encontra um paralelo no sentido de contemplar a outra face dos direitos reprodutivos, que é a de não ter filhos ou de tê-los no espaçamento que a mulher e/ou o casal considere adequado. Assim, aquelas mulheres que não se adéquam ao preservativo como método contraceptivo, não querem ter filhos ou ainda que desejem interromper uma gestação acabam ficando em segundo plano no que tange ao atendimento em serviços de saúde onde a prioridade são as gestantes. Estas mulheres, muitas vezes, não encontram alternativas mais adequadas para gerir sua vida reprodutiva junto aos serviços de saúde³. A visão da mulher sob a ótica da reprodução tem implicações, ainda, no diagnóstico tardio daquelas mulheres que não tem filhos ou que estão fora da faixa etária reprodutiva⁴.

As decisões reprodutivas das MVHA levam em consideração não apenas o fato de elas serem soropositivas para o vírus e o possível risco de transmissão do vírus ao feto, mas também fatores de ordem individual, aspectos sociais, bem como as expectativas culturais que recaem sobre essas mulheres⁵. A literatura sobre a prática do aborto em MVHA após o diagnóstico é bastante restrita⁶, mas indica que o risco de transmissão do vírus ao feto foi um dos fatores que pesaram nas decisões reprodutivas das mulheres. A introdução do Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical (PPTV) produziu uma redução na proporção de gravidezes findadas em aborto induzido⁷⁻¹⁰, embora essas taxas tenham continuado bastante elevadas, sendo de 17,5% no Brasil¹¹, 37,1% no Canadá¹⁰, 47% na Austrália¹², 53% em 12 países europeus⁷, 62,9% em uma coorte realizada na França⁸ e 68% no Vietnã⁹. Por outro lado, alguns estudos sugerem que não somente estar vivendo com o vírus motiva a decisão dessas mulheres por abortar, mas que existe também uma

associação entre aborto provocado pós-diagnóstico e características socioeconômicas. Dessa forma, estudos qualitativos realizados no Brasil, no Vietnã e na cidade do Cabo indicam o medo de perder o emprego³, bem como o medo de não ter condições financeiras para criar uma criança^{9,13,14} como razões para a prática de aborto.

O histórico de decisões reprodutivas também se reflete na continuação ou interrupção de uma gestação pós-diagnóstico. Assim, estudos desenvolvidos na Itália¹⁵ e na França⁸ indicam que uma gestação tem mais chances de findar em aborto, caso a mulher já tenha tido gestações anteriores. Além disso, alguns trabalhos apontam que o não planejamento da gestação está associado à prática de aborto¹⁵ e não desejar ser mãe naquele momento da vida é um dos motivos que levam mulheres a abortar³.

A revisão da literatura acerca da prática de aborto entre MVHA, contudo, não permite compreender como estes diferentes fatores confluem na decisão pela interrupção da gestação pós-diagnóstico, especialmente em países nos quais a prática de aborto é ilegal⁶. Não fica claro, por exemplo, qual o papel desempenhado pelo HIV nestas decisões e qual o peso que adquire ao longo da vida das MVHA.

Assim, o presente artigo tem por objetivo compreender como o diagnóstico de HIV se conjuga com os outros fatores que concorrem para a decisão pelo aborto, particularmente em um contexto de ilegalidade da prática, buscando analisar o aborto pós-diagnóstico do HIV dentro do contexto específico daquela gestação e na trajetória reprodutiva da mulher.

Metodologia

Neste artigo são analisados dados provenientes da pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto da Epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre, um estudo observacional, realizado em serviços públicos de saúde da cidade de Porto Alegre. Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A população em estudo foi composta por mulheres de 18 a 49 anos, que buscavam os serviços públicos da cidade. Essas mulheres foram divididas em dois grupos: MVHA e mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA). As MVHA foram recrutadas em todos os serviços especializados e com agenda específica para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids existentes

em Porto Alegre. As MNVHA foram acessadas em serviços de atenção primária à saúde do município. Esses serviços de atenção primária foram sorteados aleatoriamente, de modo a abranger todos os distritos sanitários da cidade. O número de mulheres recrutadas em cada unidade foi proporcional ao volume de atendimentos prestado e as entrevistadas foram aleatoriamente selecionadas a partir da agenda de consultas dos serviços.

O tamanho amostral foi calculado com base no trabalho de Barbosa et al.¹¹, que estimou a prevalência de aborto induzido para as duas populações em estudo (MVHA e MNVHA). Considerando-se um poder de 80%, um nível de significância de 5% e um efeito de desenho amostral (deff) de 1,6, e acrescentando-se 20% para possíveis perdas, a amostra foi estimada em 615 MVHA e 615 MNVHA. Entre as MVHA, 65 recusaram participar da pesquisa, e entre as MNVHA, 41, resultando em uma amostra final composta por 684 MVHA e 639 MNVHA. Dentre as MVHA, 126 tiveram gestações que terminaram em aborto provocado e 18 relataram terem realizado aborto após o diagnóstico do HIV.

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

Como o objetivo deste trabalho foi aprofundar a análise dos abortos ocorridos a partir do conhecimento do status sorológico para o HIV, os dados aqui apresentados referem-se às 18 entrevistadas, que totalizaram 23 casos de aborto pós-diagnóstico (o número de mulheres e de abortos difere pois uma mulher teve dois e duas tiveram três abortos pós-diagnóstico). Tendo em vista o pequeno número de casos e, por outro lado, a relevância social e política da compreensão deste fenômeno, optamos por realizar uma análise descritiva e qualitativa da trajetória conjugal, sexual e reprodutiva destas mulheres. Essa análise consistiu na recomposição das informações coletadas de forma quantitativa em uma linha do tempo, de forma a compreender a trajetória contraceptiva e reprodutiva das mulheres que terminaram voluntariamente ao menos uma gestação após o diagnóstico de HIV e informam o contexto da gestação que foi findada em aborto.

Assim, foram consideradas informações socioeconômicas e demográficas (idade, cor, reli-

gião, escolaridade, trabalho, renda e apoio de parentes), relativas à sexualidade e reprodução (idade na primeira relação sexual, uso de contracepção e de *condom* na iniciação sexual, número de parceiros durante a vida e nos últimos 12 meses, número de uniões, tempo desde a última relação sexual, uso de contracepção e de camisinha nessa última relação e número de filhos atualmente), informações mais específicas sobre o contexto da gestação que resultou em aborto (número de filhos na época da gestação, idade na época da gestação, histórico de aborto prévio àquela gravidez, se estava em uso de contracepção quando engravidou, se coabitava com parceiro na época e qual sua relação com esse parceiro, se o parceiro estava vivendo com HIV e se era o mesmo da gestação anterior), informações que qualificassem o aborto em si (qual a idade gestacional na época do aborto, onde foi realizado o aborto, se precisou de ajuda médica pós-aborto, onde procurou essa ajuda e como foi esse atendimento, de quem foi a iniciativa de fazer o aborto e qual foi a principal razão para a realização desse aborto), informações de contextos que podem expor a mulher a uma maior vulnerabilidade social (ocorrência de violência psicológica, física e sexual, uso de drogas e relato de sexo pago), idade em que a mulher descobriu ser HIV positivo e porque fez o teste e se ela desejava ter filhos no futuro. No Quadro 1 é apresentado um resumo, contendo algumas variáveis referentes às MVHA que tiveram aborto pós-diagnóstico e às gestações que foram voluntariamente terminadas.

Esse estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (centro proponente da pesquisa) e de outros três comitês de ética, responsáveis pelos locais de coleta de dados, possibilitando às entrevistadas a recusa ou a interrupção do questionário a qualquer momento e assegurando o anonimato e a confidencialidade das respostas, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 196/96¹⁶ do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados

A maioria (15) das entrevistadas teve apenas uma gestação voluntariamente terminada após o diagnóstico, uma mulher relatou duas gestações findadas em aborto, e outras duas entrevistadas tiveram três abortos voluntários após o diagnóstico. A idade na época da gestação que resultou no aborto variou bastante, com doze mulheres tendo

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

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

continua

menos de 30 anos, quatro, entre 30 e 39, e duas com 40 anos ou mais. Quanto à cor de pele, cinco se identificaram como negras, uma como parda e as demais como brancas. Em relação à escolaridade, a maioria (10) possuía ensino médio completo, uma tinha ensino superior completo, uma havia cursado o ensino fundamental completo e

seis delas tinham ensino fundamental incompleto. Quanto à época do diagnóstico, metade das entrevistadas teve o diagnóstico de HIV antes dos 21 anos. E a grande maioria das mulheres (16) já tinha filhos quando do diagnóstico. (Quadro 1).

Para mais da metade das mulheres (11/18), o tempo entre o diagnóstico e o aborto (ou o

Quadro 1. continuação

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

^aOs nomes das entrevistadas são fictícios.

primeiro aborto) pós-diagnóstico foi de 2 anos ou menos. Esse é o caso de Ester, 29 anos, parda, ensino médio completo. Ester teve o diagnóstico aos 21 anos, na própria gestação que terminou em aborto. Situação semelhante foi vivida por Camila, 42 anos, branca, ensino fundamental incompleto, que teve o diagnóstico aos 31 anos e engravidou aos 32, gestação essa que resultou em aborto.

No entanto, a relação entre o diagnóstico de HIV e o aborto parece não ser, assim, tão direta. Seis das entrevistadas já tinha realizado ao menos um aborto antes de se saber HIV positivo. Uma delas, inclusive, teve 14 gestações terminadas em aborto antes do diagnóstico, e que precederam o aborto pós-diagnóstico. Além disso, em relação à trajetória reprodutiva, cabe destacar que, para uma parcela das entrevistadas (7/18) o aborto

pós-diagnóstico não encerrou a vida reprodutiva. Ou seja, essas mulheres tiveram e levaram a termo outras gestações após o aborto. Um exemplo desta situação é o caso de Catarina, 33 anos, branca, ensino médio completo. Catarina descobriu estar vivendo com HIV aos 16 anos, quando seu filho faleceu por HIV. A gravidez que terminou em aborto induzido pós-diagnóstico foi sua segunda gestação e ocorreu quando ela tinha 18 anos. Aos 26 anos, Catarina ficou novamente grávida e levou a gestação a termo.

Mais da metade das entrevistadas (9/17) alegou como razão principal para a realização do aborto, estar vivendo com HIV. Outras motivações foram a falta de condições financeiras (3/17), a mulher e/ou o parceiro não quererem filhos naquele momento (2/17), por não estarem casados (2/17) e por outros motivos (2/17). Apesar de a razão para o aborto de metade das gestações ter sido o HIV, apenas três, de nove mulheres que declararam essa motivação, não tiveram outros filhos após o diagnóstico. Da mesma forma, dentre essas nove mulheres que declararam como motivação estar vivendo com HIV, quatro delas tinham histórico de abortamento antes do diagnóstico (Quadro 1).

Das gestações para as quais essa informação está disponível, quase a metade (9/20) foram terminadas com o uso de Misoprostol, quatro por aspiração à vácuo, uma por curetagem e seis por métodos caseiros (sonda, chás ou infusões ou bucha vegetal). Na maioria das gestações (12/18), a iniciativa pelo aborto foi apenas da própria mulher, sendo dividida com o parceiro e familiares em dois casos. Duas mulheres que tiveram mais de um aborto alegaram que, em uma das ocasiões a iniciativa foi apenas dela e, na outra, foi negociada com o parceiro ou com familiares. Apenas uma entrevistada relatou que a iniciativa pelo aborto foi tomada pelo parceiro (Quadro 1). O caso de Carla, 33 anos, negra, ensino fundamental completo, ilustra bem as situações aqui descritas. Carla descobriu estar vivendo com HIV aos 21 anos e teve uma gestação terminada em aborto aos 23. O motivo principal para o término da gestação foi estar vivendo com HIV. A iniciativa por abortar foi da própria mulher e o aborto foi feito através de aspiração à vácuo. Aos 26, engravidou novamente e levou a gestação à termo.

É recorrente também na trajetória reprodutiva das mulheres entrevistadas o fato dos filhos serem de diferentes pais. Apenas duas mulheres tiveram todos os filhos do mesmo parceiro. Quando analisamos o parceiro da gestação que terminou em aborto pós-diagnóstico, chama a atenção

que, em mais da metade das gestações, o parceiro era diferente daquele da gestação imediatamente anterior. Apesar dessa troca de parceria, na maioria das gestações findadas em aborto induzido pós-diagnóstico, a mulher coabitava com o parceiro, o que pode denotar certa estabilidade do relacionamento. Esse é o caso de Aura, 36 anos, branca, ensino médio completo. Ao longo da vida, Aura teve duas uniões e, no último ano, teve dois parceiros. Ela teve seis gestações. A primeira, terminada em aborto espontâneo, foi do parceiro da primeira união, com quem Aura coabitava. A segunda, também terminada em aborto espontâneo, foi de outro parceiro, com quem Aura não coabitava. A terceira, a quarta e a quinta foram do mesmo parceiro, o parceiro da primeira união, com quem, naquele momento, Aura coabitava. Enquanto a terceira e a quinta foram terminadas em aborto induzido, a quarta gestação resultou em filho nascido vivo. Por fim, a sexta gestação de Aura, findada em aborto induzido, resultou do relacionamento com o parceiro atual, com quem Aura não coabitava.

Quanto à prevenção de DST/Aids e de gestações, se considerarmos a primeira e a última relação, a grande maioria das entrevistadas não fazia uso consistente de método contraceptivo, incluindo o uso de preservativo. Cabe salientar que uma das entrevistadas que declarou ter terminado a gestação por não querer filhos naquele momento, não fazia uso de contracepção.

A declaração de violência é comum na trajetória de vida das mulheres que abortaram após o diagnóstico. Mais da metade (14/18) das entrevistadas sofreram algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual). Também mais da metade delas (11/18) declararam ter feito uso de algum tipo de droga ao longo da vida.

Discussão

O diagnóstico de HIV tem inegável impacto nas decisões reprodutivas das MVHA. Entretanto, sua influência na decisão por terminar uma gestação deve ser vista situacionalmente, uma vez que a maioria das mulheres que declararam não desejar a gestação por estar vivendo com o vírus teve outros filhos após o diagnóstico. Neste mesmo sentido, Villela et al.³ mostram que mesmo nos casos em que o HIV interferiu na decisão por abortar, esse motivo esteve associado a outros fatores. Esses outros fatores, no caso de MVHA, são reforçados pela possibilidade concreta de adoecimento ou de morte precoce^{3,13,14}.

Assim, a análise da trajetória reprodutiva das mulheres que abortaram após o diagnóstico indica que a decisão pela interrupção da gravidez está associada a um conjunto de fatores, que não exclusivamente o HIV. Portanto, uma gravidez não prevista tem diferentes significados segundo o momento do ciclo de vida no qual ela acontece e a decisão por terminá-la não pode ser compreendida se não for considerada sua inscrição na trajetória de vida das mulheres¹⁷.

Nossos achados indicam que, em um primeiro momento, logo após o diagnóstico, o HIV é um fator importante na decisão por findar uma gestação. Isso fica evidente quando notamos que, na maioria dos casos, há um intervalo de tempo de no máximo dois anos entre o diagnóstico e o aborto. Assim, além de ter que lidar com um diagnóstico relativamente recente, que traz consigo todas as implicações de se descobrir soropositiva para o HIV, como o estigma e a necessidade de acompanhamento e tratamento, uma gravidez ocorrida logo após o diagnóstico ou um diagnóstico feito durante a gestação, exige que as mulheres tomem uma decisão sobre seu seguimento ou sua manutenção, tornando o momento de vida ainda mais delicado^{18,19}.

Entretanto, parece que essa relação entre HIV e aborto se modifica ao longo do tempo e o HIV passa a não ser mais uma razão determinante para a prática de aborto. Resultado disso é que boa parte das mulheres, que declarou o HIV como principal motivo para a prática de aborto, teve outras gestações pós-diagnóstico. Esse achado pode indicar que um maior tempo pós-diagnóstico reflete maior conhecimento do Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical e da possibilidade de dar a luz a crianças sem o vírus, como apontam os resultados de Bui et al.¹³.

Além disso, outros fatores, como a falta de condições socioeconômicas e o desejo de não ter mais filhos podem se conjugar a esse período pós-diagnóstico. Assim, quanto à falta de condições socioeconômicas, estudos realizados no Vietnã^{9,13} e na África do Sul²⁰ reforçam nosso achado de que não ter condições financeiras de ter uma criança foi um motivo recorrente para a prática de aborto.

O desejo por não ter filhos ou não tê-los naquele momento também foi uma razão alegada para a prática de aborto. Entretanto, parece existir uma inconsistência entre a falta de desejo de maternidade e o uso de contracepção. Uma das mulheres que declarou ter terminado uma gestação por não querer ter filhos naquele momento, não fazia uso de contracepção na época em que

ficou grávida. Neste mesmo sentido, uma entrevistada teve 15 abortos pré-diagnóstico, o que pode indicar que o aborto pode também estar sendo usado como uma opção contraceptiva. Enquanto estudos quantitativos não encontraram associação entre o uso de contracepção e aborto em MVHA^{21,22}, um estudo qualitativo conduzido no Brasil, mostrou que o uso inconsistente de anticoncepcional oral e de *condom* eram comuns na população estudada²³.

Neste contexto, outro fator que pode ter forte influência na decisão por manter ou terminar uma gestação é a relação com o parceiro. Em nosso estudo, foi identificada uma multiplicidade de situações referente a esse determinante: houve relatos de aborto em situações de coabitação com o parceiro e nas quais o parceiro da gestação que resulta em aborto é o mesmo da gravidez anterior (demonstrando certa estabilidade do relacionamento), ao passo que também houve abortos em situações de parcerias eventuais. Assim, questões de ordem subjetiva podem se interpor nessa relação entre estar em uma relação com o parceiro e manter a gestação, como ter um companheiro disposto a assumir as responsabilidades paternas e dividir a responsabilidade pela criação dos filhos³, ou ainda a avaliação quanto à longevidade e qualidade da relação conjugal¹⁷. Neste sentido, Tornbom et al.²⁴, estudando mulheres suecas em geral, com e sem a experiência de aborto, mostram que não só a presença do parceiro influencia na decisão pela manutenção ou término da gestação, mas também a estabilidade e a segurança que a mulher encontra no seu relacionamento com o parceiro. Ou seja, quanto mais estável o relacionamento, maior é o peso da opinião do parceiro sobre a decisão do desfecho da gravidez^{24,25}. Além disso, Zabin et al.²⁶ sugerem que a troca de parceiros entre as diferentes gestações faz com que as mulheres mudem sua opinião sobre o desejo da gravidez. Em nossos achados, quase metade das gestações findadas em aborto era de parceiro diferente da gestação imediatamente anterior.

Nesse contexto, apesar de a decisão por seguir ou não uma gravidez ocorrer, muitas vezes, em função da disponibilidade do parceiro em assumir responsabilidades paternas, nem sempre ela é feita através da interação com esse companheiro.

O protagonismo da mulher na decisão pelo término da gestação fica evidente quando demonstrado que, na grande maioria das gestações, a iniciativa por terminá-las foi da própria mulher (sozinha ou em conjunto com o companheiro e/ou familiares). Isso reforça a ideia mostrada por

pesquisas qualitativas desenvolvidas em duas províncias do Vietnã¹³ e na África do Sul²⁰ de que, quando decididas a terminar a gestação, muitas mulheres não comunicam sua decisão ao companheiro, antevendo certa resistência, e optando, portanto, por procurar sozinhas pelos serviços de saúde.

Outras condições que podem colocar as mulheres em situação de maior vulnerabilidade foram relatadas na trajetória de vida das entrevistadas. A maioria das entrevistadas relatou ter sofrido algum tipo de violência na vida (psicológica, física ou sexual). Um estudo quantitativo, desenvolvido nos Estados Unidos, mostrou haver associação entre a ocorrência de violência sexual e aborto induzido²⁷. Neste mesmo sentido, um estudo qualitativo, conduzido no Brasil, apontou que a ocorrência de sexo não consensual e violência física e sexual foram relativamente comuns na trajetória de vida de mulheres que tiveram aborto ao longo da vida²³.

O uso de drogas ilícitas se soma neste contexto de vulnerabilidade. Ele foi declarado por metade das entrevistadas. Concordando com nossos achados, Barbosa et al.²¹ mostraram que ter usado drogas alguma vez na vida esteve associado a maior risco de término voluntário da gestação. Este dado é reforçado pelo estudo de Kline et al.²², que apontou para o maior risco do desfecho entre mulheres com histórico de uso de crack.

Em suma, a análise da trajetória reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids evidencia que não há um perfil específico de mulher que aborta após o diagnóstico, mas que certas características (troca de parceiros, ocorrência de violência e uso de drogas) podem indicar uma maior

vulnerabilidade de certas mulheres. O diagnóstico de HIV, apesar de poder estar envolvido com a decisão pelo término da gestação, não implica, necessariamente, no fim da trajetória reprodutiva. Assim, os abortos devem ser compreendidos dentro de uma diversidade de processos decisórios, que remetem a momentos específicos do ciclo de vida, formas de organização familiar, de parceria, e ao contexto socioeconômico no qual a gravidez se dá¹⁷. A mudança em um dos elementos desta situação pode implicar em uma decisão distinta, razão pela qual uma gravidez pode ser interrompida em função do diagnóstico do HIV em um determinado momento, e uma próxima gestação ser levada a termo apesar do HIV.

As taxas de aborto mais elevadas entre MVHA, em comparação com MNVHA, apontadas pela literatura internacional e nacional^{7-12,22,27,28} sugerem que esta população está tendo um acesso precário à informação e a métodos eficazes de contracepção, a despeito do forte investimento das políticas e serviços de saúde no uso do preservativo²⁹. Assim, investir na difusão e disponibilização de insumos para a dupla proteção é uma ação fundamental para reduzir as gravidezes não previstas. Da mesma forma, é importante o desenvolvimento de ações educativas com vistas a prevenir gravidezes indesejadas e DST, conduzidas de forma contínua, especialmente junto às populações mais vulneráveis. Portanto, a garantia dos direitos reprodutivos das MVHA não passa apenas pela redução da transmissão vertical do HIV, mas inclui também a garantia de acesso ao diagnóstico precoce, ações educativas, planejamento reprodutivo, métodos contraceptivos eficazes e insumos de prevenção.

Colaboradores

FB Pilecco e DR Knauth participaram da concepção e do delineamento do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do artigo; LB Teixeira e A Vigo participaram da concepção e do delineamento do estudo, da revisão crítica do artigo e da aprovação de sua versão final.

Referências

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994; 331(18):1173-1180.
2. UNAIDS/ONUSIDA. *Chegando a Zero: Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015*. Brasília: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH/Aids/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA); 2010.
3. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP, Oliveira LA. Motives and circumstances surrounding induced abortion among women living with HIV in Brazil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1709-1719.
4. Fisch P. *Diagnóstico de HIV/Aids e o Uso de Antirretrovirais em Mulheres Usuárias dos serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
5. Gruskin S, Firestone R, Maccarthy S, Ferguson L. HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs? *Am J Public Health* 2008; 98(10):1746-1750.
6. Pilecco FB. *Aborto Provocado em Mulheres Vivendo com HIV/Aids* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
7. van Benthem BH, de Vincenzi I, Delmas MC, 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(14):2171-2178.
8. Bongain A, Berrebi A, Marine-Barjoan E, Dunais B, Thene M, Pradier C, Gillet JY. Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104(2):124-128.
9. Bui KC, Gammeltoft T, Nguyen TT, Rasch V. Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam. *Trop Med Int Health* 2010; 15(10):1172-1178.
10. Hankins C, Tran T, Lapointe N. Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian Women's HIV Study Group. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1998; 18(5):479-487.
11. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aïdar T. Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1085-1099.
12. Thackway SV, Furner V, Mijch A, Cooper DA, Holland D, Martinez P, Shaw D, van Beek I, Wright E, Clezy K, Kaldor JM. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *Aids* 1997; 11(5):663-667.
13. Bui KC, Hanh NT, Rasch V, Gammeltoft T. Induced abortion among HIV-positive women in Northern Vietnam: exploring reproductive dilemmas. *Cult Health Sex* 2010; 12(Supl. 1):S41-54.
14. Orner P, Bruyn M, Harries J, Cooper D. A qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa. *SAHARA J* 2010; 7(2):44-51.

15. Floridia M, Tamburrini E, Tibaldi C, Anzidei G, Muggiasca ML, Meloni A, Guerra B, Maccabruni A, Molinari A, Spinillo A, Dalzero S, Ravizza M; Italian Group on Surveillance on Antiretroviral Treatment in Pregnancy. Voluntary pregnancy termination among women with HIV in the HAART era (2002-2008): a case series from a national study. *AIDS Care* 2010; 22(1):50-53.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
17. Donati P, Cèbe D, Bajos N. Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision. In: Bajos N, Ferrand M, Equipe GINÉ, editors. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris: INSERM; 2002.
18. Guimaraes CD. *Aids no Feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ; 2001.
19. Guilhem D. *Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2005.
20. Orner P, de Bruyn M, Harries J, Cooper D. A qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa. *SAHARA J* 2010; 7(2):44-51.
21. Barbosa RM, Pinho A, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aïdar T. Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1085-1099.
22. Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Soc Sci Med* 1995; 40(11):1539-1547.
23. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Villela WV. Exploring the relationship between induced abortion and HIV infection in Brazil. *Reprod Health Matters* 2012; 20(Supl. 39):80-89.
24. Tornbom M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg B, Moller A. Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(7):636-641.
25. Santelli JS, Speizer IS, Avery A, Kendall C. An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *Am J Public Health* 2006; 96(11):2009-2015.
26. Zabin LS, Huggins GR, Emerson MR, Cullins VE. Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. *Fam Plann Perspect* 2000; 32(1):39-45.
27. Bedimo AL, Bessinger R, Kissinger P. Reproductive choices among HIV-positive women. *Soc Sci Med* 1998; 46(2):171-179.
28. Sherr L, Barnes J, Elford J, Olaitan A, Miller R, Johnson M. Women with HIV disease attending a London clinic. *Genitourin Med* 1997; 73(4):274-279.
29. Teixeira LB. *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo com HIV/Aids no Sul do Brasil* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Artigo apresentado em 01/09/2014

Aprovado em 07/10/2014

Versão final apresentada em 09/10/2014