

## Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil

Motives and circumstances surrounding induced abortion among women living with HIV in Brazil

Wilza Vieira Villela<sup>1</sup>  
Regina Maria Barbosa<sup>2</sup>  
Ana Paula Portella<sup>3</sup>  
Luzia Aparecida de Oliveira<sup>4</sup>

**Abstract** *The impact of HIV/AIDS infection on the decision of women living with HIV/AIDS to interrupt a pregnancy remains an understudied topic. In an effort to understand the influence of HIV/AIDS diagnosis on abortion practices, a qualitative study was carried out in seven Brazilian municipalities with women living with HIV/AIDS who reported inducing an abortion at some point in their lives. This study presents the analysis of interviews with thirty women who became pregnant after diagnosis. The results show that for some women, infection was the primary motive for terminating their pregnancy, while for others, the motives for abortion were predominantly related to life circumstances. The decision to abort due to HIV infection is not the same for all women. It is related to the timing of the diagnosis and other aspects of the woman's life during her pregnancy, such as the relationship with her partner, her job and family support. The results suggest the need for more attention from health services to the reproductive decisions of women living with HIV/AIDS; the incorporation of men into sexual and reproductive health prevention actions; and a deeper discussion of the illegality of abortion in Brazil and its harmful consequences for women, men, and children.*

**Key words** *Abortion, HIV/AIDS, Women, Qualitative studies*

**Resumo** *O impacto da infecção pelo HIV/AIDS na decisão de interromper uma gravidez entre mulheres vivendo com HIV/AIDS é ainda um tema pouco estudado. Visando entender como a infecção pelo HIV/AIDS interfere na prática do aborto foi realizado estudo qualitativo em sete municípios brasileiros com mulheres portadoras desse vírus que haviam induzido um aborto em algum momento da vida. Este trabalho apresenta a análise das entrevistas de 30 mulheres que engravidaram após o diagnóstico. Os resultados mostram que para algumas a infecção foi o principal motivo de interrupção da gravidez, enquanto que para outras estiveram referidos a outras circunstâncias da vida. A decisão de abortar após o diagnóstico da infecção pelo HIV não é igual para todas as mulheres, e é influenciada pelo momento do diagnóstico e os demais aspectos da vida, como a relação com o parceiro, a inserção de trabalho e o suporte familiar. Os resultados sugerem a necessidade de atenção dos serviços de saúde quanto às decisões reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/AIDS; de incorporação dos homens nas ações preventivas de saúde sexual e reprodutiva e do aprofundamento da discussão sobre a ilegalidade do aborto no país e suas danosas consequências para mulheres, homens e crianças.*

**Palavras-chave** *Aborto, HIV/AIDS, Mulheres, Estudos qualitativos*

<sup>1</sup> Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. Rua Borges Lagoa 1341, Vila Clementino. 04038-034 São Paulo SP.

wilza.vi@terra.com.br

<sup>2</sup> Núcleo de Estudos de População, Reitoria, Universidade Estadual de Campinas.

<sup>3</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisas em Violência, Criminalidade e Políticas Públicas de Segurança, Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>4</sup> Programa Municipal DST/Aids, Secretaria de Saúde, Prefeitura de São Paulo.

## Introdução

Dados sobre internações no Sistema Único de Saúde, SUS, mostram que a curetagem pós aborto é o procedimento obstétrico mais realizado nos hospitais públicos do país, depois do parto. Esta tendência é observada também em outros países onde o aborto é considerado crime<sup>1</sup>.

Recentemente tem sido observado um lento declínio do número de abortos inseguros, tanto nacional quanto internacionalmente, devido em parte ao maior acesso das mulheres aos métodos contraceptivos. Também tem sido relatada a redução da morbidade e mortalidade relacionada ao aborto. Redução que tem sido atribuída ao uso do misoprostol como método preferencial para a indução do aborto<sup>2</sup>.

No Brasil o aborto é tipificado como crime, exceto quando realizado para salvar a vida da mulher ou se a gravidez é resultante de estupro. Esta condição de ilegalidade dificulta a quantificação do número de abortos realizados no país e o entendimento dos motivos e razões de tal decisão, como também da circunstância da gravidez interrompida na história de vida sexual e reprodutiva da mulher.

Apesar das limitações, diferentes pesquisas, desenvolvidas a partir de metodologias variadas, têm buscado estimar a magnitude do aborto em âmbito nacional ou local, e ainda delinear o perfil das mulheres que abortam, incluindo seus motivos para interromper uma dada gravidez.

A Pesquisa Nacional sobre o Aborto<sup>3</sup> por exemplo, estimou a realização de um ou mais abortos na vida por uma em cada cinco mulheres brasileiras de até 40 anos de idade. Segundo a mesma pesquisa, os abortos ocorrem predominantemente entre mulheres de 18 a 29 anos, ou seja, no auge da etapa reprodutiva da vida. O aborto se mostrou mais frequente entre mulheres com menor nível de escolaridade, independente da filiação religiosa da mulher. Para os abortos realizados mais recentemente, foi observada a tendência ao uso da indução medicamentosa do aborto, e a necessidade de internação hospitalar pós aborto. Outros trabalhos também de base nacional<sup>4,5</sup> mostram um quadro semelhante: o aborto no Brasil é realizado por mulheres jovens, com pouca escolaridade, pertencentes aos extratos econômicos mais baixos, e que recorrem ao misoprostol. Estes dados demonstram que o aborto é uma prática disseminada, apesar da sua ilegalidade, constituindo-se em uma questão para a saúde pública.

Os motivos referidos para a prática do aborto nesses trabalhos foram o desejo de postergar a

maternidade, a falta de condições econômicas e de estabilidade no relacionamento. Estes motivos coincidem com os resultados obtidos por Faúndes e Barzelatto<sup>6</sup> em revisão de estudos internacionais sobre o tema, no qual os autores concluem que as principais causas para o aborto são as preocupações das mulheres com as possibilidades de assegurar uma vida digna à sua prole.

## Aborto entre mulheres com HIV

Quando se analisa o impacto de uma gestação entre mulheres vivendo com HIV deve-se ter como pressuposto que tal evento implica no uso inadequado do preservativo ou do seu não uso.

O uso do preservativo em todas as relações sexuais, recomendação universal atualmente para pessoas vivendo e não vivendo com o HIV/Aids, como estratégia de enfrentamento da infecção pelo HIV não é um objetivo fácil de ser atingido<sup>7</sup>. Sua utilização, quando ocorre, pode confrontar as intenções reprodutivas das mulheres e dos homens. Estudos internacionais têm buscado identificar o impacto do diagnóstico de HIV/Aids nas decisões reprodutivas das mulheres vivendo com este vírus. Considera-se que, apesar da efetividade dos procedimentos para redução da transmissão vertical do vírus<sup>8</sup>, para muitas mulheres as decisões reprodutivas podem se modificar frente ao diagnóstico, dadas as eventuais dificuldades de lidar com esta situação, os temores pela sua saúde, pela saúde do futuro bebê e também por outros motivos de ordem pessoal<sup>9</sup>.

Segundo estes estudos, as mulheres que engravidam após diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids são jovens, têm poucos anos de estudo, pequena atividade sexual, baixo uso de métodos contraceptivos, maior número de gestações prévias e de abortos induzidos que as mulheres não portadoras do HIV. Ou seja, são mulheres que talvez não disponham dos recursos necessários para tornar efetivas suas escolhas reprodutivas. Os estudos também mostram que estas mulheres desejam ou têm intenção de ter filhos, têm parceiros com sorologia desconhecida ou negativa e pouco sabem sobre os meios de prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids<sup>9-11</sup>.

Estudos sobre o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV/Aids ainda são escassos. Dos poucos existentes, alguns mostram um percentual mais elevado de aborto induzido entre estas, quando comparadas a mulheres não portadoras do vírus<sup>12-13</sup>, embora outros não apontem diferenças<sup>14</sup>. Entretanto, alguns estudos têm mostrado que a possibilidade de preve-

nir a transmissão vertical do vírus pode reduzir a prática do aborto<sup>15</sup>, bem como tem sido apontado que as intenções reprodutivas das mulheres podem não se alterar em função do diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids. Segundo tais estudos, haveria uma consistência no comportamento reprodutivo de mulheres com HIV/Aids; assim, a condição de soropositividade, por si só, aparentemente não alteraria o padrão de comportamento reprodutivo pré-existente<sup>16</sup>.

Estudos qualitativos corroboram esta idéia, afirmando que os contextos sociais e culturais, as expectativas de gênero, as crenças religiosas, o suporte familiar, o valor atribuído à maternidade e ao desejo de ter filhos, o conhecimento das possibilidades de reduzir as taxas de transmissão vertical e o apoio do serviço de saúde são mais determinantes nas escolhas reprodutivas das mulheres do que o estado sorológico<sup>17,18</sup>.

No Brasil, as mulheres representam aproximadamente 35% dos 597 mil casos de Aids reportados até 2010, havendo uma concentração na faixa etária de 30 a 49 anos e uma predominância de jovens do sexo feminino entre os casos de 13 e 19 anos<sup>19</sup>. A maioria destas mulheres tem um baixo nível de escolaridade e de renda, sugerindo que a sua vulnerabilidade ao HIV está diretamente associada à desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros, que reduz a sua possibilidade de negociar o uso do preservativo com o parceiro.

A precariedade na atenção à sua saúde sexual e reprodutiva das mulheres no país também contribui para sua vulnerabilidade ao HIV/Aids, tanto quanto a ocorrência de uma gestação indesejada<sup>20</sup>. Ao lado disto, o aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids, decorrente do acesso à terapia antirretroviral, permite que as mulheres portadoras do vírus se percebam aptas a manter ou reorganizar as suas vidas sexuais e afetivas após o diagnóstico, inclusive iniciando novos relacionamentos, o que aumenta a possibilidade de gestações<sup>21</sup>. Entretanto, outros fatores podem contribuir para que estas mulheres não se sintam capazes de manter a gestação, levando-as a cogitar sua interrupção.

Dada a complexidade das circunstâncias que determinam os comportamentos sexuais e reprodutivos das mulheres, em especial no contexto da infecção pelo HIV/Aids, para a sua compreensão seria necessário romper com uma perspectiva de análise das decisões baseada no plano individual, para desenvolver uma relacional, que considerasse os significados da sexualidade e da reprodução para cada sujeito em cada momento

da vida, em função de diferentes contextos e situações concretamente vivenciadas<sup>22</sup>. De acordo com esta proposta as decisões e práticas sexuais e reprodutivas deveriam ser analisadas tendo em vista: 1) o contexto institucional e macro-social de inserção do sujeito; 2) o contexto dos seus relacionamentos sociais próximos; 3) o contexto da interação entre os parceiros; 4) o contexto da relação do sujeito consigo mesmo, suas crenças, afetos e possibilidades subjetivas frente a uma dada situação, o nível intrapessoal.

Mesmo considerando que na vida real estes níveis encontram-se interligados, este dispositivo teórico metodológico tem se mostrado útil para refletir sobre as trajetórias sexuais e reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids, permitindo compreender melhor as circunstâncias da infecção, das suas gestações e dos fatores que atuam na interrupção de uma determinada gravidez.

Visando identificar como a soropositividade para o HIV interfere nas trajetórias reprodutivas das mulheres, em especial no que se refere à gravidez indesejada e a prática do aborto, foi realizado um estudo qualitativo com mulheres vivendo com HIV em sete municípios brasileiros. O presente artigo discute os motivos e circunstâncias relacionadas à decisão pelo aborto entre mulheres que engravidaram após o diagnóstico da infecção pelo HIV.

## Metodologia

O estudo de natureza qualitativa, a partir do qual se extraiu o material analisado neste artigo, busca recuperar a história de vida das mulheres e inserir a decisão pelo aborto no contexto da sua história sexual, reprodutiva, afetiva e sociocultural, conforme proposto por Bajos e Marquet<sup>22</sup>.

O material empírico foi produzido em 2009 e 2010 por meio de entrevistas em profundidade com 85 mulheres de 18 a 49 anos vivendo com HIV/Aids residentes nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto, Pelotas, Porto Alegre, Recife, Goiânia e Belém. Das mulheres entrevistadas, 55 haviam interrompido pelo menos uma gravidez na vida; destas 23 depois do diagnóstico de infecção pelo HIV; outras sete tentaram interromper, sem sucesso, também após o diagnóstico. O restante das mulheres referiu apenas abortos espontâneos (19 mulheres) ou negaram qualquer aborto (4 mulheres).

Dado o propósito deste artigo, focalizaremos a análise nas narrativas das 30 mulheres que realizaram ou tentaram realizar um aborto após o diagnóstico.

As mulheres foram contatadas por meio de serviços de saúde especializados no atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids. O contato inicial foi feito pelos profissionais do serviço responsáveis pelo atendimento das mulheres, que ao tomar conhecimento da ocorrência de aborto, perguntavam da sua disponibilidade em participar de uma pesquisa sobre o assunto. Em caso de concordância era estabelecido o contato com as pesquisadoras, que não faziam parte do serviço e eram responsáveis especificamente pela coleta de dados. Foram respeitadas recusas posteriores e a negativa ou omissão da prática do aborto induzido no momento da entrevista. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após leitura e esclarecimento de dúvidas. A pesquisa em cada município foi conduzida por uma pesquisadora local, selecionada, treinada e supervisionada pela coordenação do projeto. Em São Paulo e Goiânia, a coleta de dados contou também com o apoio de entrevistadoras selecionadas e treinadas pela coordenação. O projeto foi aprovado pelo CEP do CRT-DST/Aids/HV- SP e das instituições locais que contavam com comitê de ética próprio.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, buscando-se identificar, nas falas, os núcleos de sentido ou unidades de significação. A organização e sistematização do material foi realizada com apoio do software MaxQDA, sendo o processo de codificação precedido pela leitura exaustiva do material para definição das categorias empíricas.

## Resultados e discussão

Das mulheres que engravidaram após o diagnóstico, 23 realizaram abortos e 7 tentaram, sem sucesso. As idades no momento da entrevista foram variadas, bem como a escolaridade, o número de filhos e o tempo de diagnóstico. Com relação à situação conjugal, 09 não tinham parceria fixa no momento da entrevista; 10 tinham parcerias sem coabitação; 11 tinham parcerias com coabitação. Há uma diversidade no número de parcerias sexuais, com predominância de mulheres com vários parceiros ao longo da vida. Quatro se definiram como prostitutas ou trabalhadoras do sexo e apenas cinco tiveram dois ou menos parceiros na vida. O tempo de diagnóstico oscilou de 02 meses a 20 anos, e todas consideram terem adquirido o HIV por meio de relações sexuais. Apenas uma das mulheres referiu

ter usado drogas injetáveis, no entanto não reputa a esse fato à transmissão do vírus uma vez que também era trabalhadora sexual. A Tabela 1 apresenta algumas das características sócio demográficas deste grupo de mulheres.

Dentre as mulheres que interromperam ou tentaram interromper a gravidez após o diagnóstico, 10 já haviam interrompido gestações anteriormente. Para as outras, foi a infecção pelo HIV/Aids que motivou a sua primeira experiência com a prática do aborto.

A análise do conjunto das falas mostra que a decisão pela interrupção da gravidez foi complexa, envolveu fatores de diferentes ordens e nem sempre foi bem sucedida. Para muitas, particularmente as mais pobres, a experiência do aborto foi traumática, especialmente por ter sido realizado numa situação de total insegurança em função da sua ilegalidade. As falas abaixo, organizadas em recortes temáticos, referentes às diferentes dimensões contextuais nas quais as mulheres se situam e seu inter-relacionamento, buscam ilustrar alguns dos motivos reportados pelas mulheres no processo de decisão relativo ao aborto e as circunstâncias que envolvem esta decisão.

### Motivos e circunstâncias do aborto induzido

Para muitas das mulheres que abortaram após o diagnóstico, o principal motivo para a interrupção da gravidez foi a infecção pelo HIV/Aids. A insegurança quanto à possibilidade de transmissão para o filho, os riscos para a mulher e o sacrifício que representa para ela e para o feto os procedimentos de prevenção da transmissão vertical, em especial no que se refere à supressão do aleitamento, são fatores que contribuíram para a decisão. Situações semelhantes também foram identificadas em outros estudos, particularmente no que se refere aos incômodos e temores quanto ao uso de medicação durante a gravidez, às percepções da mulher a respeito de ser uma “boa” ou “má” mãe, em função de não aleitar<sup>23</sup> e expor sua a criança a procedimentos que provocam dor, como injeções e remédios, e também à apreensão quanto à própria saúde<sup>24</sup>. Estes resultados contrastam com aqueles que mostram um progressivo aumento no número de gestações em mulheres com HIV/Aids em função do maior acesso aos procedimentos de redução da transmissão vertical, e servem para alertar aos profissionais que os temores em relação aos resultados da gestação são sentimentos comuns entre as mulheres, e que os profissionais devem

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das mulheres pesquisadas.

	Idade	Cor	Escolaridade	Situação conjugal	Nº parceiros	Nº filhos	Tempo HIV
Belém	40	negra	1º Grau C	casada/mora junto	3-5	3	10
	44	morena	1º Grau C	separada/viúva sem parceiro	3-5	5	8
	32	branca	2º Grau C	casada/mora junto	6-10	1	8
Goiânia	33	parda	1º Grau C	separada/viúva sem parceiro	muitos; TS	6	- de 1
Recife	18	branca	1º Grau I	solt. parceiro fixo	1-2	1	2
	18	negra	1º Grau I	casada/mora junto	3-5	2	3
	27	parda	1º Grau I	casada/mora junto	muitos	6	3
	34	parda	2º Grau I	solt. parceiro fixo	6-10	2	1
	30	negra	2º Grau I	casada/mora junto	1-2	3	2
	24	negra	1º Grau I	casada/mora junto	1-2	2	12
	24	parda	1º Grau I	casada/mora junto	+ de 20	4	1
	33	negra	1º Grau I	solt. sem parceiro fixo	6-10	5	2
	35	parda	1º Grau I	casada/mora junto	1-2	3	4
	Ribeirão Preto	34	parda	1º Grau I	solt. sem parceiro fixo	3-5	3
38		branca	2º Grau C	casada/mora junto	6-10	3	4
32		negra	1º Grau I	solt. sem parceiro fixo	6-10	4	3
47		branca	2º Grau C	solt. sem parceiro fixo	3-5	0	16
Rio Grande do Sul	29	branca	Superior I	solt. parceiro fixo	3-5	3	11
	32	branca	1º Grau C	solt. parceiro fixo	3-5	4	20
	22	branca	1º Grau I	casada/mora junto	3-5	2	7
	42	negra	1º Grau C	solt. sem parceiro fixo	muitos; TS	1	20
	21	negra	2º Grau C	solt. sem parceiro fixo	3-5	2	- de 1
São Paulo	34	negra	1º Grau I	casada/mora junto	1-2	2	7
	29	branca	2º Grau I	solt. parceiro fixo	3-5	0	8
	30	negra	1º Grau I	solt. parceiro fixo	muitos; TS	4	11
	36	parda	1º Grau I	solt. parceiro fixo	11-20	2	13
	41	branca	2º Grau C	solt. parceiro fixo	3-5	2	8
	43	morena	1º Grau I	solt. parceiro fixo	3-5	4	9
	43	morena	1º Grau I	solt. parceiro fixo	6-10	2	10
	47	branca	Superior	solt. sem parceiro fixo	muitos; TS	1	9

estar atentos. No caso de gestantes com HIV/Aids, no qual o seguimento medicamentoso durante a gravidez muitas vezes é incômodo, estes temores podem ser exacerbados.

Os depoimentos abaixo mostram como estas situações se apresentam para as mulheres:

**... porque fica meio receosa de que vai vir uma criança doente ou com mais cuidado, tem que ter mais cuidado. Não pode ter assim aquela fase de amamentação... interfere... um dos casos que me fez também tirar foi isso daí ...** (Ribeirão Preto, 32 anos, negra, sem parceiro, 04 filhos, 1º grau incompleto, abortos antes e depois)

**Medo da criança nascer doente ou da criança morrer ou o medo de eu morrer e não conseguir criar a criança, deixar a criança e minha mãe mais meu marido dividindo, tudo isso vai na minha cabeça entendeu? vai afastar os irmãos, tudo isso, não, não quero** (São Paulo, parda, 36 anos, 1o Grau I, parceiro fixo, aborto após o diagnóstico)

Em que pese a possibilidade do feto não ser infectado, em função da disponibilidade de medidas de prevenção, o risco de transmissão atemoriza algumas mulheres, tanto quanto a necessidade de cuidados específicos após o nascimento, e a sobrecarga que isto pode representar. Estes sentimentos, no entanto, são mais fortes naquelas que engravidaram no início da epidemia, sem poder se beneficiar dos recursos de tratamento descobertos posteriormente e que, para muitas, possibilitou a manutenção da gravidez pós diagnóstico de uma forma mais tranquila<sup>23</sup>. A importância do momento em que a gravidez ocorreu na decisão pelo aborto é ilustrada no depoimento abaixo:

**... Foi em 90, logo que eu descobri eu abortei, logo que eu descobri o vírus eu já descobri que eu tava grávida junto. Nessa época os médicos diziam que não tinha nada pra fazer e era 50% de chance do nenê nascer contaminado, e não tinha nada**

**que se fizesse, se o meu nenê nascesse contaminado ele dificilmente ia sobreviver mais de três anos. Então eu entrei em desespero, não por ele nascer contaminado, eu entrava em desespero de saber que eu amaria, criaria ele três anos e teria que enterrar ele. Esse era o meu pesadelo, eu não teria estrutura pra fechar uma tampa de um caixão em cima do meu filho. eu não ia aguentar.** (São Paulo, 43 anos, morena, 1° grau completo, 04 filhos, parceiro fixo)

Apesar da importância do diagnóstico na decisão pelo aborto, para a maioria das mulheres este é um fator que se articula a outros, pessoais, sociais e afetivos, incluindo a relação com o parceiro, admitida como uma das mais importantes para as mulheres entrevistadas. Ter um que possa assumir as responsabilidades paternas e dividir com a mulher a responsabilidade pela criação dos filhos parece ser fundamental na decisão de manutenção ou interrupção da gravidez. A importância da existência de uma relação afetiva estável e as demais razões aventadas pelas mulheres, exceto a infecção, não diferem daquelas que levam as mulheres que não vivem com HIV a interromperem as suas gestações, segundo diferentes estudos<sup>3,6,7,25</sup>.

O depoimento abaixo ilustra as diferentes razões consideradas pela mulher no seu processo de escolha pela interrupção da gravidez e confirma a complexidade e o nível de responsabilidade dela em relação a si mesma e à sua prole envolvidos neste tipo de decisão<sup>7,26</sup>. Sugere ainda que nem sempre o parceiro sexual é visto como sendo adequado para o exercício da paternidade.

**... eu já estou com 42 anos, entende? Eu fiquei pensando, meu Deus do céu, [...] vou ter um filho com 42 anos e quando eu tiver 50, o filho vai estar no auge, eu vou ter que estar a milhão e eu não me sinto mais com essa resistência. [...] Eu também fiquei pensando, pode me dar problema, dar problema pro filho [...]. São várias coisas. A vida financeira, a vida pessoal, a vida emocional, tudo. Mas eu vou falar uma coisa. Com todo o medo que eu estava, com tudo, se o cara fosse legal assim, fosse de fé, eu deixava.** (Porto Alegre, 43 anos, negra, 1° grau incompleto, 02 filhos, parceiro fixo, abortos antes e depois do diagnóstico).

Afora os problemas na relação com o parceiro e a avaliação de que este talvez não possua os requisitos necessários para o exercício da paternidade, as mulheres também levam em conta a necessidade do pai no caso de sua morte ou doença, temor constante frente à experiência de viver HIV/Aids.

Algumas mulheres referem significativa influência das mães e das sogras na decisão de inter-

romper a gravidez, especialmente quando não têm parceiros ou quando as suas relações com estes são difíceis. A principal razão alegada, nestes casos, é o fato de, muitas vezes, recair sobre as avós o cuidado com esses netos quando a mulher não pode ou não quer criá-las, quando precisa trabalhar, ou quando o pai abandona a parceira ou os filhos. O inverso também pode ocorrer, havendo o relato de uma mulher que após várias tentativas de abortar desistiu por insistência da mãe, que se comprometeu a cuidar da criança.

Entretanto, nem sempre as mulheres contam com a possibilidade de discutir as suas decisões reprodutivas com a família, ou mesmo com o parceiro, e as suas decisões relativas a manter ou não a gravidez são realizadas de modo solitário, como ilustra o depoimento abaixo:

**... Se eu tivesse uma pessoa que tivesse conversado comigo, me ajudado, até mesmo agora, na minha segunda tentativa de abortar; se eu tivesse uma pessoa que dissesse: não, olha, você não precisa abortar não, talvez seu filho não vá nascer com essa doença, [...] aí se tem uma pessoa apoiando, aí vai pensar “faço ou não o aborto?”** (Recife, 24 anos, 1° grau incompleto, parda, com parceiro, tentativa de aborto após diagnóstico).

O temor em relação à manutenção do emprego foi outra circunstância referida como de importância no processo de decisão pelo aborto. As ausências do trabalho que já acontecem para o acompanhamento da infecção tendem a ser tornam mais frequentes no caso de gravidez e posteriormente, com o seguimento da criança, causando insegurança:

**... Minha preocupação era meu serviço! Tinha medo dela me mandar embora se soubesse que eu estava grávida.** (Ribeirão Preto, 32 anos, negra, sem parceiro fixo, 04 filhos, abortos antes e depois do diagnóstico).

Como nem sempre as mulheres relatam sua situação sorológica no trabalho, por medo de algum tipo de discriminação, o manejo das ausências é complexo e pode gerar desconforto e ansiedade nelas.

As razões para a realização do aborto também incluem o contexto da gestação, que às vezes acontece de forma imprevista ou em circunstâncias inesperadas. O depoimento abaixo, que mostra uma gestação ocorrida imediatamente no pós-parto de uma gravidez não desejada, ilustra a frustração da mulher de ter que arcar com mais uma, num momento em que ela não se sente capaz ou desejosa de assumir a maternidade. Ademais, exemplifica a falta de um maior envolvimento dos parceiros nas responsabilida-

des relativas à contracepção, corroborando o fato de que os parceiros das mulheres vivendo com HIV/Aids e os homens em geral não são acessados por iniciativas voltadas para o seu envolvimento com questões relativas à sua própria saúde sexual e reprodutiva, e das suas parceiras.

***Eu não queria mais filho, mas ele veio, ai eu tava com 10 dias de resguardo nós tivemos relação eu fiquei grávida de novo em cima de outro. Ai eu tomei remédio...*** (Belém, 44 anos, parda, 05 filhos, 1º Grau completo, abortos antes e depois do diagnóstico).

Para as mulheres entrevistadas, o não uso do preservativo pelos seus parceiros, a sua impossibilidade de negociação e a falta de uma orientação preventiva eficaz respondem tanto pela infecção quanto pela gravidez indesejada. A estratégia de prevenção da gravidez apenas com o uso do preservativo, masculino, método que exige a aquiescência do parceiro, nem sempre se mostra adequada para as mulheres<sup>16,20,21</sup>.

Isto recoloca a necessidade de uma discussão sobre as desigualdades de gênero na abordagem das questões de saúde sexual e reprodutiva em geral, e da intercessão entre aborto e infecção pelo HIV/Aids em particular<sup>10</sup>.

Além das situações de vida, das circunstâncias em que ocorreu a gravidez, das questões relativas aos parceiros e da influência da família, a decisão quanto ao abortamento conta com a participação indireta, dos serviços de saúde, na sua omissão ou recusa em incorporar ao processo de trabalho as demandas sexuais e reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids, e de reconhecer a realidade da prática do aborto. Tal omissão faz com que não seja dado às mulheres o suporte e a orientação necessária para que a sua decisão seja tomada de forma consciente, e com o menor risco possível de sofrimento físico ou emocional, incluindo aí as informações para que o aborto, mesmo feito na clandestinidade e de forma insegura, seja o menos danoso possível.

Sendo uma prática clandestina, as mulheres não podem falar com seus médicos sobre o desejo de abortar ou sobre o aborto praticado, de modo a receber uma orientação contraceptiva compatível com este momento e adequada ao seu padrão de exercício da sexualidade. Entretanto, ouvir e acolher as demandas das mulheres, e dar as orientações adequadas, mesmo quando referentes ao aborto, não são procedimentos ilegais ou proscritos pelo código de ética médica<sup>27</sup>. Assim, parece que o silêncio dos profissionais de saúde em relação aos desejos e decisões reprodutivas das mulheres repousa sobre a pre-

sunção, implícita, de que a maternidade é um desejo natural das mulheres, e a gravidez algo apenas da sua responsabilidade<sup>7</sup>.

Ao contrário da postura de silêncio em relação ao aborto, este depoimento, mostra uma atitude ativa, embora ambígua, dos profissionais de saúde, que acabam por relativizar a sua atitude radicalmente contrária ao aborto ao saber da soropositividade da mulher:

***... Comprei citotec lá na farmácia, comprei, botei dois e tomei dois. Tome dor, tome dor, fui socorrida pra maternidade, chegou lá o médico deu um toque, e aí o comprimido veio. Aí ele disse, você tomou remédio pra abortar. Aí ele chamou o conselho tutelar; chamou a polícia, tudinho, ai eu peguei e disse, se for me levar, me leva agora porque o senhor não sabe nem a minha situação. Aí a Assistente Social começou a conversar comigo, eu peguei e disse a ela: eu sou! Tô revoltada porque eu tenho o vírus do HIV, eu já perdi uma menina com quatro meses e ela morreu dessa doença. Aí ela foi e riscou tudinho, o médico entendeu porque foi o motivo, porque por ele eu tava na cadeia até hoje. (manteve a gravidez)*** (Recife, 24 anos, negra, 1º grau incompleto, com parceiro fixo, 02 filhos, tentativa após diagnóstico).

Outros relatos também apontam uma atitude permissiva do profissional em relação ao aborto ao saber da condição sorológica da mulher, como o seguinte:

***Procuramos um médico, ai a gente falou pra ele que eu sou portadora do vírus, né. Ai ele concordou porque eu estava com poucas semanas, entendeu? Foi uma curetagem.*** (Belém, 32 anos, branca, casada, 2º grau completo, 1 filho, aborto pós diagnóstico).

Como visto até o momento, para algumas mulheres, a decisão pelo aborto pós diagnóstico esteve ligada diretamente à presença do vírus, embora também associada a outras circunstâncias de vida. Entretanto, para outras mulheres os motivos para a realização do aborto foram mais relacionados à falta de desejo de maternidade naquele momento específico da sua vida.

A recusa à maternidade por escolha da mulher e não por outras injunções da vida, é considerada a pedra angular da rejeição ao aborto, posto que desafia os modelos patriarcais de organização da sociedade<sup>27</sup>. De fato, as desigualdades de gênero têm como fundamento uma suposta vocação natural das mulheres para a maternidade, que também lhes confeririam disposições fisiológicas e mentais específicas adequadas à esta tarefa, e ao mesmo tempo pouco adequadas para outras tarefas da vida pública, o

que as colocaria em desvantagem em relação aos homens.

Para uma mulher com HIV/Aids, que já carrega o estigma relacionado a esta infecção, assumir uma recusa à maternidade não por proteção da sua futura prole ou da sua saúde, e sim porque já cumpriu a sua meta reprodutiva ou simplesmente por que não deseja arcar com o ônus de ter um filho num dado momento recoloca a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um direito de cidadania destas em qualquer circunstância<sup>28</sup>.

Os fragmentos abaixo mostram como as mulheres exprimem a sua recusa à maternidade:

**... Não queria saber de ser mãe. Filho dá muito trabalho. Impede a gente de fazer muita coisa.** (Ribeirão Preto, 34 anos, parda, 1o Grau I, solteira sem parceiro fixo, aborto antes e depois do diagnóstico).

**... Eu não quis filho, eu sabia que eu ia ter que viver muito, curtir muito, coisa muito eu não queria filho eu não vou ter.** (São Paulo, 43 anos, parda, 1º Grau I, solteira parceiro fixo, abortos antes e depois do diagnóstico).

**... ia deformar o corpo. Só isso. Não sentia esse amor de mãe, essas coisas** (São Paulo, 36 anos, parda, 1º Grau I, solteira parceiro fixo, aborto depois do diagnóstico).

A ilegalidade e a insegurança que cercam a realização do aborto implicam no recurso a uma diversidade de práticas. Estas são escolhidas de acordo com o acesso da mulher e à sua possibilidade de lidar com os eventuais efeitos adversos do método adotado. Esta utilização de diferentes meios para interromper a gravidez, mesmo quando estes implicam em risco à saúde, mostra a determinação da mulher em relação à sua escolha, mais uma vez sugerindo a necessidade da discussão do direito ao aborto com base no pressuposto do direito à saúde. Os relatos abaixo mostram o desespero das mulheres nas suas tentativas de abortar.

**... aí eu já tinha descoberto que tinha o HIV e todo remédio que eu via que tava escrito “proibido pra grávida” eu bebia ...** (Ribeirão Preto, 32 anos, negra, 1º Grau I, solteira sem parceiro fixo, aborto antes e depois diagnóstico).

**... daí eu consegui essa medicação, que é o Citotec, fiz lá, fiquei mal, mal, mal. Foi o método que eu achei, na hora do desespero** (Porto Alegre, 42 anos, negra, 1º Grau C, solteira sem parceiro fixo, aborto antes e depois do diagnóstico).

**eu que eu tomei um negócio que falam que mata cavalo, disse que é veneno e mata, faz animal abortar sei lá, eu fervi isso e tomei pra abortar a**

**criança.** (Goiânia, 33 anos, parda, sem parceiro fixo, aborto antes e depois do diagnóstico).

Para as mulheres que decidem interromper a gestação, nem sempre as tentativas de aborto são bem sucedidas. Nestes casos, a mulher tem que arcar com a gravidez indesejada, com os temores relativos à infecção e ainda com o medo de ter prejudicado o feto na tentativa de abortar.

Existe um vácuo na literatura especializada em relação às tentativas frustradas de interrupção da gravidez<sup>29</sup>, embora esta pareça ser uma situação frequente. Em especial onde o aborto é ilegal, e muitas mulheres não podem pagar por abortos seguros ou não estão inseridas numa rede que garanta o acesso a meios efetivos para a realização do aborto inseguro, como no Brasil.

Isto se torna especialmente relevante no caso do misoprostol. Tem sido reportado por estudos recentes<sup>30,31</sup>, a comercialização clandestina deste insumo no país, contexto no qual não há qualquer garantia para a mulher de que o comprimido que está sendo adquirido é de fato o medicamento desejado, e sem as orientações necessárias para assegurar a efetividade do procedimento e reduzir o risco de complicações. Os relatos abaixo são exemplos dessa realidade, ou seja tentativas frustradas de abortamento com o uso do misoprotol.

**Horrível, quando eu parei de menstruar eu comecei a me desesperar; fiz o exame, deu que tava, e eu: ba, o quê que eu faço? Não posso ficar; não posso ficar; daí eu tentei tirar; tomei doze Citotec, doze, não consegui, aí me falaram de uns chás, uns troço, mas aí eu já tinha desistido.** (Pelotas, 22 anos, branca, primeiro grau incompleto, com parceiro fixo, tentativa pós diagnóstico).

**... dela eu também fiz de tudo pra tirar e não consegui. De início eu botei cinco Citotec, depois mais dez Citotec, depois mais cinco Citotec, [...] nada adiantou foi muito difícil, até quando ela nasceu eu não aceitava ...** (Porto Alegre, 21 anos, negra, 2º grau, sem parceiro, 02 filhos, aborto antes e depois do diagnóstico).

## Considerações finais

Os resultados apresentados mostram a complexa trama que envolve o processo de decisão pelo aborto entre mulheres vivendo com HIV/Aids, sugerindo a importância, para o estudo deste evento, de modelos que busquem se aproximar da tal complexidade, como o elaborado por Bajos e Marquet<sup>22</sup>. Seguindo esta proposta, foi possível identificar fatores ao contexto institucional



e macro-social, como a falta de suporte dos serviços de saúde em relação às necessidades reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids, a falta de informações adequadas sobre a gravidez nesta circunstância e, ainda, a persistência de crenças, temores e preconceitos relacionados à infecção pelo HIV. As desigualdades entre os gêneros e a condenação moral em relação ao aborto aparecem como fatores socioculturais que compõem o cenário no qual a gravidez ocorre. Estes fatores configuram as expectativas da mulher em relação à maternidade e interferem diretamente na sua relação seus parceiros, familiares e outras pessoas próximas, em especial no que diz respeito à sua decisão de manter ou interromper a gravidez. Por último, há que se considerar a questão do trabalho, elemento do contexto socioeconômico que, sendo fundamental para que a mulher possa se sustentar e à sua prole, passa a ser fonte de tensão, no caso de uma gravidez ou durante o primeiro ano de vida de uma criança, em especial se esta tem HIV e necessita de seguimento contínuo de saúde.

Existe uma íntima conexão entre a infecção pelo HIV e a gestação indesejada, dado que ambas derivam da falta de proteção na relação sexual. Assim, é possível pensar que tanto a infecção pelo HIV em mulheres quanto à gravidez indesejada estão relacionadas a um mesmo contexto de vulnerabilidade para sua saúde sexual e reprodutiva. Contexto marcado pela falta de acesso a informações e meios seguros de contracepção, pela falta de autonomia sobre seus corpos e sua sexualidade e pelas desigualdades de gênero.

A dificuldade de uma abordagem das demandas sexuais e reprodutivas dos sujeitos, mulheres e homens, emerge como um importante fator na tessitura da vulnerabilidade das mulheres a agravos na sua trajetória reprodutiva, incluindo-se aí a ilegalidade do aborto e a falta de uma resposta mais adequada que a prescrição do uso constante do preservativo às demandas sexuais e de reprodução das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Como evidenciado neste artigo, a decisão de interromper a gravidez, para mulheres vivendo com HIV/Aids envolve fatores relacionados às suas concepções sobre a infecção, à sua situação de parceria, ao apoio familiar, ao trabalho, aos desejos em relação à maternidade e à assistência à saúde, os quais parecem ser tão determinantes quanto o seu estado sorológico. A infecção pelo HIV é um importante motivo para a realização do aborto para muitas mulheres, mas não para todas. Além disso, nos casos em que a infecção pelo HIV interferiu nessa decisão, este motivo

esteve associado a outros, como o momento do diagnóstico e as chances de ter uma criança saudável, a ocasião da gravidez na trajetória individual da mulher, a ausência ou omissão do parceiro, ou então a falta de suporte familiar ou social. Embora vários desses aspectos também estejam presentes na decisão pelo aborto de mulheres que não vivem com HIV, conforme observado por outros autores<sup>25</sup>, no caso daquelas portadoras eles adquirem relevância específica, sendo ressignificados pela possibilidade real, ou suposta, de adoecimento ou morte precoce.

Deste modo, compreender as decisões de mulheres vivendo com HIV/Aids relacionadas ao aborto, exige pensar que as escolhas reprodutivas daquelas que ultrapassam o nível da decisão individual, envolvendo os valores culturais relacionados à maternidade, os valores morais em relação ao aborto e ainda às circunstâncias específicas da infecção e da gravidez. Prosseguir ou não com esta depende mais do que apenas da vontade de ter filhos num dado momento da vida, mas também das possibilidades de arcar com as responsabilidades de ter uma criança, considerando as repercussões da infecção sobre a sua própria vida, as chances de prevenir a transmissão vertical do vírus, o suporte dos serviços de saúde, e ainda o apoio que pode ter do parceiro ou da família.

A frustração das mulheres que tentaram sem sucesso interromper uma gravidez ou que engravidaram imediatamente após um parto ou um aborto é um tema que merece ser mais bem estudado, em particular considerando a situação de vulnerabilidade na qual ocorre a gravidez. Esta é uma dentre outras questões que requerem aprofundamentos posteriores, sinalizando para a importância de se compreender melhor as relações entre infecção pelo HIV, práticas sexuais e desfechos reprodutivos considerando os vários contextos e dimensões que se interconectam em momentos específicos da trajetória de vida das mulheres.

Ao mesmo tempo, se os contextos associados à infecção pelo HIV e à gravidez indesejada compartilham semelhanças, sua abordagem pelos serviços de saúde deve ser integrada. Sendo inequívoca a necessidade de se fortalecer ações de saúde que objetivem essa integração, também é fundamental aprofundar a compreensão das barreiras que essa proposta enfrenta, e suas possibilidades a partir dos modelos assistenciais vigentes.

Por este ser um estudo qualitativo, e por ter um de seus critérios de seleção a experiência de aborto induzido em algum momento da vida,

não se pode generalizar seus resultados para o conjunto de mulheres vivendo com HIV/Aids no país. Entretanto, este trabalho permite apontar a necessidade de uma maior atenção para as necessidades reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids, tanto por parte dos serviços especializados como também da sociedade civil, que tem desempenhado um significativo papel na construção da resposta brasileira ao HIV/Aids.

### Colaboradores

WV Villela e RM Barbosa participaram igualmente da concepção do projeto que deu origem ao manuscrito e da análise dos dados. AP Portella e LA Oliveira participaram da coleta de dados e esta última também da categorização dos resultados. Todas contribuíram com a elaboração do manuscrito.

### Referências

1. Singh S, Monteiro M, Levin J. Trends in hospitalization for abortion complications and the potential impact of misoprostol use: the case of Brazil. In: *IUSSP Seminar on the Health, Social and Economic Consequences of Unsafe Abortion*, 2010; México.
2. Singh S. *The global magnitude and consequences of unsafe abortion*. Alexandria: Regional Meeting on Postabortion Care; 2010.
3. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil. Uma pesquisa domiciliar com a técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Aborto e Saúde Pública no Brasil*. Brasília: MS; 2009.
5. Menezes GMS, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. In: Baltar MI, Barbosa RM, organizadoras. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul*: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Unicamp; 2009.
6. Faúndes A, Barzelatto J. *O drama do aborto*. Campinas: Editora Komedi; 2004.
7. Berquó E, Barbosa RM. *Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira*. Brasília: MS; 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*: manual de bolso. Brasília: MS; 2010.
9. Harvard School of Public Health. The pregnancy intentions of HIV: positive women: forwarding the research agenda. Boston: Harvard School of Public Health; 2010.
10. Nakayiwa S, Abang B, Packel L., Lifshay J., Purcell DW, King R, Ezati E, Mermin J, Coutinho A, Bunnell R. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV: infected men and women in Uganda. *AIDS and Behavior* 2006; 10:S95-S104.
11. Orner PJ, Bruyn M, Barbosa RM, Boonstra H, Gatsi-Mallet J, Cooper DD. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *Journal of the International AIDS Society* 2011; 14:54.

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. Friedman RK, Bastos FI, Leite IC, Veloso VG, Moreira RI, Cardoso SW, Andrade AC, Sampaio MC, Currier J, Grinsztejn B. Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2):373-381.
14. Barbosa RM, Pinho A, Santos NJS, Felipe EV, Villela WV, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4): 1085-99.
15. 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.
16. Santos NJ, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Reproduction and sexuality in HIV-positive women, Brazil. *Rev Saude Publica* 2002; 36(Supl. 4):12-23.
17. Kirshenbaum SB, Hirky AE, Correal J, Goldstein RB, Johnson MO, Rotheram-Borus MJ, Ehrhardt AA. "Throwing the dice": pregnancy decisionmaking among HIV-positive women in four U.S. cities. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004; 36(3):106-113.
18. Ingram D, Hutchinson SA. Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Quality Health Res* 2000; 10(1):117.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: MS; 2010.
20. Hopkins K, Barbosa RB, Knauth DR, Potter JE. The impact of health care providers on female sterilization among HIV-positive women in Brazil. *Soc Sci Med* 2005; 61(3):541-554.
21. Paiva V; Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexuality of women living with HIV in Sao Paulo. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1609-1620.
22. Bajos N, Marquet J. Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Soc Sci & Med*. 2000; 50(11):1533-1546.
23. Desclaux A, Msellati P, Walentowitz S. Women, mothers and HIV care in resource-poor settings. *Social Science and Medicine* 2009; 69(6):803-806.
24. Kanniappan S, Jeyapaul MJ, Kalyanwala S. Desire for motherhood: exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood. *AIDS Care* 2008; 20(6):625-630.
25. Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):365-375.
26. Berer M. Making abortion a woman's right worldwide. *Reproductive Health Matters*. 2002; 19(10):1-8.
27. Carvalho MLO. O uso do misoprostol e a ética dos profissionais de saúde. In: *Seminário 'O aborto Medicamentoso no Brasil'*; São Paulo; 2008.
28. Pimentel S. *Direitos reprodutivos: fragmentos de reflexões*. São Paulo: CLADEM; 2003. (Mimeo). (Comunicação Apresentada ao III Seminário Regional sobre Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Direitos Humanos).
29. Nattabi B, Li J, Thompson SC, Orach CG, Earnest J. A systematic review of factors influencing fertility desires and intentions among people living with HIV/AIDS: implications for policy and service delivery. *AIDS and Behavior* 2009; 13(5):949-968.
30. Arilha M. Misoprostol: Percursos, Mediações e Redes Sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1785-1794.
31. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1671-1681.

Artigo apresentado em 16/02/2012

Aprovado em 26/03/2012

Versão final apresentada em 01/04/2012