

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO  
HIV: COMPREENSÃO DO VIVIDO DO SER-CASAL E  
POSSIBILIDADES DE CUIDADO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Tassiane Ferreira Langendorf**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

**PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:  
COMPREENSÃO DO VIVIDO DO SER-CASAL E  
POSSIBILIDADES DE CUIDADO**

**por**

**Tassiane Ferreira Langendorf**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Stela Maris de Mello Padoin**  
**Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristiane Cardoso de Paula**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ferreira Langendorf, Tassiane  
PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:  
COMPREENSÃO DO VIVIDO DO SER-CASAL E POSSIBILIDADES DE  
CUIDADO / Tassiane Ferreira Langendorf.-2012.  
89 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin  
Coorientadora: Cristiane Cardoso de Paula  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. HIV 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 3.  
Transmissão Vertical de Doença Infecciosa 4. Enfermagem  
5. Cuidado Pré-Natal I. de Mello Padoin, Stela Maris II.  
Cardoso de Paula, Cristiane III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a dissertação de mestrado**

**PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: COMPREENSÃO DO  
VIVIDO DO SER-CASAL E POSSIBILIDADES DE CUIDADO**

**elaborada por  
Tassiane Ferreira Langendorf**

**como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Stela Maris de Mello Padoin  
(Presidente/Orientadora)**

**Prof<sup>ª</sup> Dra. Cristiane Cardoso de Paula (UFSM)**

**Prof<sup>ª</sup> Dra Ívis Emília de Oliveira Souza (EEAN/UFRJ)**

**Prof<sup>ª</sup> Dra Marlene Gomes Terra (UFSM)**

**Prof<sup>ª</sup> Dra Débora Fernandes Coelho (UFCSPA)**

**Santa Maria, 06 de junho de 2012.**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo a grande amiga Dna Teresa (in memoriam)  
que sendo presença no meu mundo da vida orientou  
meus passos na possibilidade de  
vir-a-ser quem sou.*

## AGRADECIMENTOS

*Compreendendo o agradecimento como uma maneira de reconhecer a contribuição de cada um para a concretização deste estudo, agradeço carinhosamente...*

*À Deus, por iluminar meu caminho e guiar minhas decisões frente a tantas possibilidades que nos vem ao encontro.*

*Ao meu pai, minha mãe e minha mana por além de acreditarem em mim, acreditarem comigo nos meus sonhos, vibrando a cada conquista e me cobrindo de amor, compreensão, carinho... expressar o que sinto por vocês em palavras é difícil, são essenciais em minha existência.*

*Ao Marcos, meu amor, companheiro, amigo, confidente por sua compreensão e apoio. Tua serenidade tem se tornado meu ponto de equilíbrio e ser feliz com-tigo é maravilhoso.*

*Às minhas queridas amigas Hellen, Juliane, Raquel e Joana pela amizade sincera. Nossos encontros renovam as energias e nem mesmo o tempo cronológico ou distância desfiguram o carinho que tenho por vocês.*

*Às amigas Aline, Cíntia e Letícia pelo aprendizado compartilhado e pela vivência de tantos momentos distintos, nos quais nossa amizade foi desvelada.*

*Ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade ó GP PEFAS por subsidiar o suporte fundamental para a constituição do meu ser-profissional. Ter sido gerada e nutrida academicamente nesse ambiente que valoriza o caráter relacional do ser humano foi um presente.*

*À prof Stela minha orientadora, amiga, conselheira, uma mãezona... e que como toda boa mãe direcionou meu caminho acadêmico com um valioso õpuxão de orelhaõ. É uma satisfação enorme tê-la como mestre, exemplo a ser seguido pessoal e profissionalmente. Estendo os agradecimentos a sua família, a qual me recebeu e fez sentir acolhida em todos os momentos.*

*À Cris minha querida coorientadora por compartilhar momentos preciosos de aprendizado. Sua delicadeza, olhar compreensivo e doces palavras acalentaram momentos difíceis.*

*Às Prof<sup>as</sup> Ivis Emília de Oliveira Souza, Marlene Gomes Terra e Débora Fernandes Coelho por gentilmente participarem na construção e aprimoramento deste trabalho. É muito bom poder contar com suas contribuições.*

*Aos profissionais do ambulatório de pediatria e ginecologia do Hospital Universitário de Santa Maria que no decorrer dos últimos três anos me apoiaram, compartilharam experiências e vivências em momentos de muito aprendizado.*

*À Universidade Federal de Santa Maria pela qualidade do ensino em minha formação de graduação e pós-graduação. Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e profissionais que o compõe pelo empenho incessante na busca pela qualidade para formação de seus discentes.*

*Ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), pela concessão de bolsa de mestrado, possibilitando minha dedicação exclusiva.*

*Agradeço especialmente ao ser-casal que se mostrou aberto à possibilidade de compartilhar co-migo suas vivências de cuidado na profilaxia da transmissão vertical do HIV. A cada dia me sinto mais motivada a dar continuidade aos estudos que possam ir ao encontro de suas necessidades.*

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: COMPREENSÃO DO VIVIDO DO SER-CASAL E POSSIBILIDADES DE CUIDADO**

Autora: Tassiane Ferreira Langendorf  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Stela Maris de Mello Padoin  
Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristiane Cardoso de Paula  
Data e Local da defesa: Santa Maria, 06 de junho de 2012

O objetivo foi desvelar o sentido do ser-casal no vivido dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV. Investigação qualitativa, fenomenológica fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Sujeitos da pesquisa foram casais que fazem o acompanhamento de saúde no Ambulatório de infectologia no pré-natal e puericultura do Hospital Universitário de Santa Maria. A produção dos dados ocorreu no período de dezembro 2011 a fevereiro de 2012 por meio de entrevista fenomenológica, com sete casais. Foi desenvolvida análise heideggeriana, desvelando que na compreensão vaga e mediana do casal que vivencia a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam fazer tudo certo desde o pré-natal, tomar remédio e ir nas consultas, não amamentar e dar remédio para o filho; não imaginar que poderiam se infectar, não ter a garantia do tratamento dar certo e ter medo de transmitir HIV para o filho; considerar que não poder amamentar é triste, novidade e luto para a mulher que não deixa de ser mãe, mas não é completo e que diante dos outros é complicado para o casal não amamentar. Diante dessa vivência, o casal está junto e cuidam um do outro, seguem com a vida normal, como se não tivesse a doença, porém o preconceito os faz silenciar sobre seu diagnóstico. O casal cuida do filho para ter saúde e se envolve com ele. Com o filho passam a ser uma família e não mais só o casal. Na compreensão interpretativa, a mulher e o companheiro se mostraram como ser-casal, que se ocupa em realizar o tratamento para profilaxia. Está no falatório repetindo informações sobre os cuidados, curioso na busca pelo conhecimento para simplesmente se tornar consciente sobre a doença e o tratamento e ambíguo quando afirma ter uma vida normal apesar da diferença em usar remédios e preservativos. Desvela-se na decadência. Teve medo do tratamento não dar certo, surpreendeu-se diante da facticidade de não poder amamentar e decaiu na impessoalidade frente ao preconceito e à discriminação. Mostrou-se como ser-família. O vivido do ser-casal revelou que o ganho do esforço na profilaxia foi o filho ter saúde e a constituição da família. Apontou para a relevância de incluir o companheiro na assistência reprodutiva e de cuidado na puericultura. Vislumbra-se a necessidade uma atenção que promova a relação entre ser-profissional e ser-casal que transcenda o impessoal que dita com o que o ser-casal deve se ocupar.

**Descritores:** HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Transmissão Vertical de Doença Infecciosa, Enfermagem, Saúde da Mulher, Cuidado Pré-Natal.

## ABSTRACT

Master's Dissertation  
Post-graduation Program in Nursing  
Universidade Federal de Santa Maria

### **PROPHYLAXIS OF HIV VERTICAL TRANSMISSION: UNDERSTANDING THE EXPERIENCE OF BEING-A-COUPLE AND POSSIBILITIES FOR CARE**

Author: Tassiane Ferreira Langendorf  
Supervisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin  
Co-supervisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula  
Date and place of defense: Santa Maria, June 6th 2012

The aim was to unveil the meaning of being-a-couple on the lived experience on prophylaxis of HIV vertical transmission. Qualitative and phenomenological inquiry based on theoretical-philosophical-methodological referential of Martin Heidegger. Subjects of research were couples being health monitored in the Ambulatory of infectious Diseases on pre-natal and childcare of University Hospital of Santa Maria. Data production happened between December 2011 to February 2012 through phenomenological interview, with seven couples. It was developed heideggerian analysis, unveiling that on vague and median comprehension of the couple who experiences of prophylaxis of HIV vertical transmission with health care meaning making everything right since pre-natal care, taking medicine and going to consults, not breast-feeding and giving medicine to the child; not imagining that could be infected, not having guarantee of treatment working and being scared of transmitting HIV to the child; considering that not breast-feeding is sad, new and mourning to the women that doesn't stop being a mother, but it's not complete and that in front of others it's complicated for the couple not to breast-feed. Given this experience, couple is together and takes care of each other, continue to have a normal life, as if they didn't have the disease, however prejudice make them silent about their diagnosis. The couple takes care of the child to be healthy and is involved with him/her. With the child, they become a family and not only a couple. On interpretative comprehension, the woman and the partner show themselves as being-a-couple that is occupied in developing the treatment for prophylaxis. It's on the talk repeating information about care, curious on search for knowledge to simply become conscious about the disease and treatment and ambiguous when states having a normal life in spite of the difference in taking medicines and using condoms. It reveals itself in the decadence. They were afraid of the treatment did not work, were surprised on the facticity of being unable to breastfeed, and fell in front of the impersonality prejudice and discrimination. It has been shown to be as-family. The couple lived in be-revealed that the gain in the prophylaxis of stress as the child has health and family formation. They pointed to the importance of including the partner in care and reproductive care in childcare. Sees the need to promote attention the relationship between being professional and be double that transcends the impersonal dictates what the being-a-couple should be engaged in.

**Descriptors:** HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Infectious Disease Vertical Transmission, Nursing, Women's Health, Pre-Natal Care.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 (artigo 1)</b> ó Fatores relacionados à adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV e nexos com a vulnerabilidade no plano analítico individual.....	19
<b>Quadro 2 (artigo 1)</b> - Fatores relacionados à adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV e nexos com a vulnerabilidade no plano analítico social.....	20
<b>Quadro 3 (artigo 1)</b> - Fatores relacionados à adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV e nexos com a vulnerabilidade no plano analítico programático.....	20
<b>Quadro 1 (artigo 2)</b> ó Corpus da revisão integrativa. LILACS, MEDLINE. 2012.....	35
<b>Quadro 1</b> ó Desdobramento dos três polos da questão do ser.....	51
<b>Quadro 2</b> ó Historiografia do ser-casal.....	55

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
<b>Anexo B</b> - Termo de Confidencialidade.....	86
<b>Anexo C</b> - Carta aprovação Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão.....	87
<b>Anexo D</b> - Carta aprovação Núcleo de Educação Permanente da Saúde da Secretaria de Saúde do Município.....	88
<b>Anexo E</b> - Carta aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	89

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>14</b>
2.1 Artigo 1 - VULNERABILIDADE NA ADESÃO À PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA.....	15
2.2 Artigo 2 - REDE DE APOIO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS NA PROFILAXIA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA.....	30
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>46</b>
3.1 Tipo de estudo .....	46
3.2 Etapa de campo da pesquisa.....	46
3.2.1 Campo de investigação, sujeitos, aproximação e ambientação .....	46
3.2.2 Produção dos dados .....	47
3.3 Método de análise.....	50
3.4 Aspectos éticos da pesquisa .....	52
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>534</b>
4.1 Historiografia: o quem do ser-casal.....	534
4.2 Análise Compreensiva .....	56
4.3 Conceito de ser-casal .....	67
4.4 Análise Interpretativa, hermenêutica heideggeriana .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids<sup>1</sup>) configura-se como um problema de saúde pública diante das elevadas taxas de morbi-mortalidade. Sua perspectiva de crescimento e propagação em todos os continentes está associada a vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas (CALAZANS *et al.*, 2006), com remotas possibilidades de controle, considerando-se as desigualdades sociais e de gênero.

Essa perspectiva acontece mesmo diante do contínuo investimento em novas tecnologias de enfrentamento da epidemia nos setores de prevenção, assistência, avaliação e monitoramento. O tratamento antirretroviral (TARV) expressa esse investimento e mostra situações de conquistas e desafios que se refletem nos dados epidemiológicos de infecção pelo HIV, de adoecimento e óbito entre as pessoas que têm aids.

No Brasil, a prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) se apresenta em 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade, dos quais 0,4% são mulheres. No período de 2000 a junho de 2011 foram notificados 61.789 casos de gestantes que têm HIV no Brasil. Destes, as regiões Sudeste e Sul apresentam as taxas mais elevadas com 26.772 (43,3%) e 19.625 (31,8%) casos notificados, respectivamente (BRASIL, 2012).

A razão de sexo masculino e feminino (M:F) passou de 15,1:1 em 1986 para 1,6:1 em 2009. Esse dado evidencia uma progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, revelando a tendência de feminização no perfil da epidemia (BRASIL, 2010a).

Na situação da mulher que tem HIV/aids há a possibilidade de transmissão do vírus durante a gestação, parto e amamentação. Entre 1980 a junho de 2011, foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos no Brasil. Em 2010 a notificação foi de 482 novos casos, com taxa de incidência de 3,5/100.000 habitantes. Pode ser observado uma redução de 40,7% na taxa de incidência de aids em menores de cinco anos ao longo dos últimos 12 anos. Essa taxa nessa faixa etária é utilizada como indicador de monitoramento da transmissão vertical no Brasil. e ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma redução de 40,7% (BRASIL, 2012).

Desde os primeiros indícios da feminização da epidemia da aids, buscou-se estratégias

---

<sup>1</sup> Em português existem três formas corretas de grafia da palavra: SIDA, AIDS e aids (HOUAISS, 2001). A última, que é tomada como substantivo, refere-se ao contexto da epidemia, e não somente a sigla da doença, motivo pelo qual foi escolhida para uso neste trabalho.

de minimização da transmissão vertical por meio de políticas públicas de saúde, como o Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST que norteia a implantação e implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva, com ênfase na atenção qualificada no pré-natal (BRASIL, 2009).

No que se refere ao pré-natal de qualidade, a inclusão do companheiro nesse momento assistencial se configura como uma necessidade com vistas a melhoria da atenção pré-natal. Destaca-se que a inclusão ativa do companheiro nesse processo resulta no estímulo à continuidade da mulher ao pré-natal e compreensão associada a aplicabilidade das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde (EVERETT *et al.*, 2006).

Pode-se salientar que as contribuições das produções científicas sobre a inclusão do companheiro na atenção pré-natal é pouco expressiva. Bem como a presença do companheiro nos serviços públicos de saúde, os quais exercem o movimento contrário, o de excluí-lo inviabilizando sua inclusão e participação nos serviços de saúde (DUARTE, 2007). A possibilidade de incluir o companheiro no serviço de saúde pode ser visualizada como estímulo a co-responsabilização da gravidez entre o casal (ALMEIDA, 2009).

Tal inclusão remete a descentralização da assistência sexual e reprodutiva voltada à mulher com vistas à atenção integral da tríade mãe-bebê-pai. Além disso, a inclusão do companheiro no período destaca-se como relevante na possibilidade de redução da transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis e morbi-mortalidade, por meio do aconselhamento e exames sorológicos para diagnóstico e tratamento precoce (DUARTE, 2007).

A descentralização mencionada permite pensar na resignificação da assistência sexual e reprodutiva direcionando-a para o cuidado voltado à família como uma unidade de cuidado, a qual é integrante de um ambiente sociocultural, em que os saberes são construídos, compartilhados e reformulados nas interações sociais. Assim, se define o cuidado familiar a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvimento ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade. É um processo e constitui um todo complexo e multidimensional, para o qual o profissional precisa reconhecer suas potencialidades, recursos e fragilidades (ELSEN, MARCON, SANTOS; WAIDMAN, ELSEN, 2004; MARQUES *et al.*, 2006).

Pensar nessa resignificação permitindo direcionar o olhar ao casal tem como objetivo não só proporcionar a inovação e benefícios à mulher e ao companheiro na assistência no período gravídico-puerperal como também promover a saúde à criança. Nessa perspectiva, a possibilidade de redução da transmissão vertical do HIV contempla o direito à vida e à saúde

da criança, permitindo o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso em condições dignas de existência (BRASIL, 2005).

Dessa forma, busca-se, com este estudo, contribuir com a produção do conhecimento, em especial para área da saúde, e fortalecimento do planejamento assistencial dos profissionais enfermeiros. Para que contemple a assistência reprodutiva ao casal e as necessidades vivenciadas por estes no cotidiano de cuidado na realização da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Ressalta-se o planejamento das ações do enfermeiro/a, pois este/a compõe ativamente a equipe de saúde oferecendo assistência integral no pré-natal, parto e puerpério, bem como no desenvolvimento de ações educativas (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Destaca-se o interesse e a aproximação com a temática HIV/aids pela inserção e participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GPPEFAS), na linha de pesquisa a vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids.

No grupo, foi possível a participação nos projetos de pesquisa e extensão durante e após a graduação. Participação no projeto de pesquisa "Vulnerabilidade de idosos com aids para não adesão ao tratamento antirretroviral", como bolsista de iniciação científica no período de agosto de 2009 a dezembro de 2010, com fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Participação nos projetos de extensão "Acompanhamento multidisciplinar de crianças que convivem com HIV/aids e seus familiares ou cuidadores" e "Lúdico e educação: uma proposta para humanizar o cuidado de enfermagem às crianças que convivem com HIV/aids".

Os projetos de extensão são desenvolvidos no serviço de referência em infectologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Salienta-se o envolvimento da pesquisadora como participante e mediadora no espaço dialógico em grupo, Grupo Anjos da Guarda, com os familiares das crianças (PADOIN; PAULA, 2012), tendo se inserido nessas atividades a partir outubro de 2009. Nessa vivência, foi possível a compreensão do que ainda se deve avançar no enfrentamento da epidemia da aids, considerando ações preventivas e assistenciais.

Durante as atividades acadêmicas de estágio supervisionado no Ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no pré-natal de alto risco, foi possível a aproximação com gestantes que têm HIV/aids e reflexões referentes à complexidade que envolve a transmissão vertical do HIV. Na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, que objetivou compreender o cotidiano de cuidado das mulheres que têm HIV/aids no

tratamento profilático da transmissão vertical, emergiu a carência de uma rede social ampliada dessa população, em especial no que se referiu a inclusão do companheiro nesse momento (LANGENDORF, 2010, LANGENDORF *et al.*, 2011).

Destaca-se como objeto de estudo o significado dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV para o casal.

Assim, tem-se como questão norteadora de pesquisa: como é, para o casal, a vivência dos cuidados na profilaxia transmissão vertical do HIV? E como objetivo: desvelar o sentido do casal no vivido dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A fundamentação teórica deste estudo está apresentada sob a forma de artigos, os quais se encontram aqui organizados. Os artigos estão estruturados de acordo com a formatação do periódico na versão submetida (BRASIL, 2010b).

## 2.1 Artigo 1

### VULNERABILIDADE NA ADESÃO À PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA \*

<sup>1</sup>Tassiane Ferreira Langendorf, <sup>2</sup>Stela Maris de Mello Padoin, <sup>3</sup>Cristiane Cardoso de Paula, <sup>4</sup>Clarissa Bohrer da Silva

<sup>1</sup> Autora correspondente. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [tassi.lang@gmail.com](mailto:tassi.lang@gmail.com). Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Av. Roraima, nº 1000, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1336, Bairro Camobi, Santa Maria/RS, CEP: 97105-900.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [stelamaris\\_padoin@hotmail.com](mailto:stelamaris_padoin@hotmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [cris\\_depaula1@hotmail.com](mailto:cris_depaula1@hotmail.com).

<sup>4</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista PIBIC. E-mail: [clabohrer@gmail.com](mailto:clabohrer@gmail.com).

\* Artigo aceito para publicação em 2012 na Revista Cogitare Enfermagem.

## RESUMO

Objetivou-se avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre os fatores que influenciam na adesão à profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Revisão integrativa desenvolvida em maio/2010, na LILACS e MEDLINE, com recorte temporal de 1994-2010. Totalizou 29 artigos, submetidos à análise de conteúdo temática, com categorização teórica segundo o referencial de vulnerabilidade. No plano individual, as mulheres tomam decisões em seu cotidiano que refletem positiva ou negativamente na adesão. No plano social se evidencia a dificuldade de acesso a informações. No programático, tem-se a necessidade de formação/qualificação profissional para assistência aliadas às políticas públicas. Os planos de vulnerabilidade mantêm estreita relação entre si. Tem-se como possibilidade o profissional enfermeiro mediar as informações entre o plano programático e individual por meio da educação em saúde, viabilizando a decisão informada quanto aos cuidados de saúde na profilaxia da transmissão vertical do HIV.

**Descritores:** Vulnerabilidade; Transmissão vertical de doença infecciosa; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Enfermagem.

## ABSTRACT

It aimed to evaluate available evidences on scientific articles about factors that influence on HIV vertical transmission prophylaxis adherence. Integrative review developed on May/2010, in LILACS and MEDLINE, with 1994-2010 time frame. Totalized 29 articles, submitted to thematic content analysis, with theoretical categorization based on vulnerability referential. On individual plan, women make decisions in their daily routine that reflect positively or negatively on adherence. On social plan, it's evidenced the difficulty to Access information. On pragmatic, there's need to Professional training/qualification to assist allied to public politics. That vulnerability plans maintain restricted relations between them. There is as nursing professional possibility the mediation of information between pragmatic and individual plan through health education, enabling knowledgeable decision about health care saúde HIV prophylaxis to vertical transmission.

**Descriptors:** Vulnerability; Infectious disease vertical transmission; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing.

## RESUMEN

Se objetivó evaluar las evidencias disponibles en los artículos científicos sobre los factores que influyen en la adhesión a la profilaxis de la transmisión vertical de VIH. Revisión integradora desarrollada en mayo/2010 en LILACS y MEDLINE, con recorte temporal de 1994-2010. Totalizó 29 artículos, sometidos al análisis de contenido temático, con categorización teórica según el referencial de vulnerabilidad. En el plano individual, las mujeres toman decisiones en su cotidiano que reflejan positiva o negativamente en la adhesión. En el plano social se evidencia la dificultad de acceso a informaciones. En el programático, hay necesidad de formación/cualificación profesional para asistencia aliadas a las políticas públicas. Los planos de vulnerabilidad mantienen estrecha relación entre sí. Se tiene como posibilidad el profesional enfermero mediar las informaciones entre el plano programático e individual por medio de la educación en salud, viabilizando la decisión informada cuanto a los cuidados de salud en la profilaxis de la transmisión vertical del VIH.

**Descriptores:** Vulnerabilidad; Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; VIH; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermería

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) se apresenta em 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade, onde 0,4% são mulheres. Entre os anos 2000 e 2009 foram notificados 54.218 casos de infecção pelo HIV em gestantes, das quais 40.999 (75,6%) se concentram nas Regiões Sul e Sudeste<sup>(1)</sup>.

A política nacional adotou o protocolo *AIDS Clinical Trials Group 076* (em 1994) como estratégia eficaz na redução da transmissão vertical (TV). O mesmo estabeleceu o uso da Zidovudina (AZT) na gestação, durante o parto e nas seis primeiras semanas de vida do bebê<sup>(2)</sup> e, atualmente, soma-se às Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes<sup>(3)</sup>.

O diagnóstico de soropositividade ao HIV demanda acompanhamento de saúde e adesão ao tratamento, os quais sofrem influência de diversos fatores. Dentre eles se destacam fatores do próprio indivíduo, da rede social e da assistência prestada a essa população<sup>(4)</sup>. Os fatores que se relacionam ao indivíduo estão ligados ao cotidiano das mulheres, às vivências, experiências, desafios e enfrentamentos do seu dia a dia. Podem ser observados no ambiente da família, da comunidade, do serviço de saúde<sup>(5)</sup>.

No que tange ao social, as mulheres convivem com preconceito e discriminação, advindos dos diferentes meios sociais, inclusive da própria família. Para se protegerem desses eventos, estabelecem o silenciamento da sua condição sorológica e, dessa forma, a restrição de sua rede social de apoio. Isso pode implicar na adesão ao tratamento<sup>(6)</sup>.

Na assistência por equipe multiprofissional destaca-se o enfermeiro(a), que participa nas etapas da profilaxia no pré, peri e pós-natal. Amparado legalmente, realiza as consultas de enfermagem no pré-natal<sup>(7)</sup>, momento oportuno para o aconselhamento pré-teste, oferecer o teste anti-HIV e esclarecer as dúvidas com vistas à adesão a profilaxia.

Nesta perspectiva, tem-se como objetivo avaliar as evidências disponíveis nos artigos

científicos sobre os fatores que influenciam na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão integrativa<sup>(8)</sup>, que teve como questão norteadora da pesquisa: quais os fatores que influenciam na adesão para a profilaxia da transmissão vertical do HIV? Para compor a amostragem, efetuou-se uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (Medline). O levantamento dos estudos ocorreu em maio de 2011. Utilizaram-se os termos ("síndrome da imunodeficiência adquirida") or "hiv" [descriptor de assunto] and ( ("vertical") or "materno-infantil") or "mae-filho") or "perinatal" [palavras] and ( ("tratamento") or "terapia") or "profilaxia" [palavras]. Localizaram-se os quantitativos de 192 (LILACS) e 718 (MEDLINE).

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa; disponíveis na íntegra *online*; nos idiomas português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. O recorte temporal utilizado foi de 1994, em virtude do marco que instituiu o Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical, até 2010.

A seleção se desenvolveu por meio da leitura dos títulos e resumos, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 29 artigos na íntegra. Foi desenvolvida análise temática de conteúdo<sup>(9)</sup> com categorização teórica dos estudos, ou seja, as unidades temáticas foram pré-estabelecidas por meio do referencial de vulnerabilidade<sup>(10)</sup>.

O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido por considerar a possibilidade de exposição das pessoas à infecção pelo HIV e adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade e disponibilidade de recursos para se proteger. A vulnerabilidade procura examinar essa questão a partir de três planos analíticos inter-relacionados: o individual, o social e o programático<sup>(10)</sup>.

No plano individual, destaca os comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas situações de transmissão do HIV. Relaciona-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm acerca dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos. O plano social refere-se às possibilidades de os indivíduos obterem acesso a informações e fazerem efetivo uso delas; ao acesso e qualidade dos serviços de saúde; aos aspectos sociopolíticos e culturais. O plano programático relaciona-se ao modo como os serviços de saúde e sociais, com destaque aqui para a educação, mobilizam os recursos para a prevenção à infecção pelo HIV e ao adoecimento. Refere-se ao grau e tipo de compromisso das autoridades locais que implicam em ações preventivas e assistenciais.

## RESULTADOS

Neste estudo, no plano individual, se evidenciou nos fatores comportamentais a decisão de realizar ou não uma ação como: realizar o teste anti-HIV, o desafio na aceitação do diagnóstico, realizar o tratamento e amamentar.

Quadro 1 - Fatores relacionados à adesão à profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e nexos com a vulnerabilidade no plano analítico individual

Fatores abordados	Fatores relacionados ao objeto de estudo
Oferta do teste anti-HIV	Mulheres não aceitam realizá-lo <sup>(11-12)</sup> Mulheres aceitam realizá-lo <sup>(13)</sup> Consideram-se fora de risco para a infecção <sup>(14-15)</sup> Não realizam o aconselhamento por medo do teste, porque o parceiro não concorda ou por ainda não se sentirem prontas <sup>(16)</sup>
Aceitação do diagnóstico	Dificuldade em aceitá-lo resulta na falta de iniciativa para realizar o tratamento para profilaxia <sup>(17)</sup>
Tratamento	Mulheres decidem não ingerir ARV <sup>(18)</sup> Mulheres aceitam ingerir ARV <sup>(13)</sup> Ingerem de maneira irregular <sup>(19)</sup> Mãe decide não oferecer ARV para o bebê <sup>(20)</sup> Gravidez e bebê são estímulo e motivação para realizarem o tratamento <sup>(21-22)</sup> Como mulheres não aderem ao tratamento, como mães sim <sup>(17)</sup>
Possibilidade da transmissão por amamentação	Mulheres decidem amamentar <sup>(19-23-24)</sup> Mulheres evitam amamentar <sup>(13)</sup> Medo de rejeição por não amamentar <sup>(25)</sup> Fatores socioculturais e econômicos influenciam sobre a decisão de amamentar <sup>(19)</sup> Realizam escolha informada <sup>(26-27)</sup>

Pôde-se evidenciar que os fatores de vulnerabilidade relacionados ao plano social referem-se às distintas possibilidades de acesso a informações e à aplicabilidade destas pelas

peessoas. Dentre eles, destacam-se: a educação em saúde individual ou coletiva para as mulheres e seus parceiros; a escolaridade e a renda.

Quadro 2 - Fatores relacionados à adesão à profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e nexos com a vulnerabilidade no plano analítico social

<b>Fatores abordados</b>	<b>Fatores relacionados ao objeto de estudo</b>
Educação em saúde	Pode contribuir para aceitação da realização do teste anti-HIV e aconselhamento <sup>(27-28)</sup> Mulheres aceitam realizar o teste a partir da informação que recebem <sup>(13)</sup> Mulheres obtêm informações sobre os benefícios da profilaxia <sup>(19-27-29)</sup> No pré e pós-natal, com assuntos sobre HIV e alimentação infantil, se pode contribuir para maior adesão aos cuidados para profilaxia <sup>(30)</sup>
Escolaridade	Mulheres com menor escolaridade se recusam a realizar o teste anti-HIV <sup>(31)</sup> Influencia na decisão de amamentar ou não <sup>(32)</sup>
Renda	Diante da carência econômica, mulheres correm o risco de infectar seus bebês ao amamentá-los <sup>(32-33)</sup>

No plano programático os fatores se relacionam à articulação dos serviços de maneira que possibilite que as pessoas mobilizem recursos para prevenção da transmissão vertical do HIV. Destacam-se: a formação profissional; a qualificação profissional; a qualidade do atendimento nos serviços de saúde.

Quadro 3 - Fatores relacionados à adesão à profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e nexos com a vulnerabilidade no plano analítico programático

<b>Fatores abordados</b>	<b>Fatores relacionados ao objeto de estudo</b>
Formação profissional	Formar profissionais para assistência especializada às pessoas <sup>(20)</sup>
Qualificação profissional	Incluir nas qualificações temas como educação em saúde, alimentação infantil e aconselhamento pré e pós-teste <sup>(11-26-29-34-35)</sup>
Qualidade do atendimento nos serviços de saúde	Serviço não ofereceu todas as etapas para a profilaxia <sup>(19-29-35)</sup> Teste anti-HIV não é ofertado para a mulher <sup>(11-12-19-20-23-27-29-35)</sup> Entrega do resultado pode determinar diagnóstico e início do tratamento precoce ou tardio <sup>(23-27)</sup> Diagnóstico pode determinar início precoce ou tardio do ARV e substituição do leite materno pela fórmula láctea <sup>(20-30-36-37)</sup> Aconselhamento não é uma prática comum a todos os serviços de saúde <sup>(11-27-29)</sup> Aconselhamento reprodutivo não é oferecido nos serviços de saúde <sup>(36)</sup> Orientações sobre o uso de ARV, realização de exames e acompanhamento no serviço de saúde não são realizadas em alguns serviços de saúde <sup>(29)</sup> O AZT não é prescrito para o bebê <sup>(20)</sup> O inibidor da lactação não é prescrito <sup>(37)</sup> A fórmula láctea não é prescrita para o bebê <sup>(26)</sup> Quando prescrita a fórmula láctea, orientações sobre seu preparo não são fornecidas <sup>(37)</sup> Necessidade de investimento em recursos humanos e infraestrutura <sup>(26)</sup> Necessidade de planejamento das intervenções de saúde <sup>(37)</sup> Necessidade de políticas específicas <sup>(15)</sup> Necessidade de implementação do teste anti-HIV na rotina de atendimento dos serviços de saúde <sup>(12-20-35-38)</sup> Acesso aos medicamentos <sup>(20)</sup> Opção do parto cesáreo e o acesso à fórmula láctea <sup>(39)</sup>

## DISCUSSÃO

Diante dos fatores de vulnerabilidade no plano individual, a maioria das mulheres aceita realizar o teste anti-HIV durante o pré-natal, pois este representa a possibilidade de proteção e cuidado com seu filho<sup>(40)</sup>. Porém, algumas gestantes expressaram medo quanto ao teste, o que pode contribuir para a decisão de não realizá-lo. Esse sentimento pode ser minimizado por meio do acolhimento pelos profissionais, momento de serem esclarecidas para a superação de possíveis conflitos em decorrência da testagem e para a autopercepção de vulnerabilidade, que reflete na decisão autônoma<sup>(41-42)</sup>.

Quanto à aceitação do diagnóstico, esta não consiste em aceitar pacientemente a doença, envolve os valores culturais e a compreensão que a mulher e as pessoas à sua volta fazem acerca da doença<sup>(43)</sup>. A religião pode influenciar positivamente neste processo, uma vez que as algumas mulheres recorrem à fé como forma de se conformar e buscar forças<sup>(44)</sup>.

Além disso, a gestação no contexto do HIV/aids pode provocar ambiguidade de sentimentos, permeados por culpa, medo, ansiedade e fé. Destes, a fé demonstra-se como apoio às mulheres e a crença na cura estimula à adesão ao tratamento<sup>(45)</sup>.

A oferta de antirretroviral ao bebê é relevante para eficácia da profilaxia, pois há redução da taxa de TV nos casos em que a mãe e a criança receberam intervenções, se comparados com os casos em que as crianças não receberam intervenções<sup>(46)</sup>.

A decisão das mulheres que têm HIV/aids de amamentar ou não sofre influência de fatores socioculturais. As mulheres têm vivências e experiências no que diz respeito à amamentação; demonstram estranheza, dor, dificuldade e tristeza por não poderem amamentar e escondem seu diagnóstico por receio do que os outros possam dizer<sup>(47)</sup>. A partir disso se pode pensar em estratégias para atenção às mulheres nesse contexto.

Uma das ferramentas para tal atenção está na educação em saúde como modos de ensino e aprendizagem, de compartilhar ideias e experiências, e de crescimento mútuo. Consiste num

processo reflexivo e participativo, capaz de contribuir para a minimização de sofrimentos, trabalhar expectativas e emoções, além de promover cidadania e qualidade de vida<sup>(48)</sup>. E, ainda, a percepção de (in)vulnerabilidade que cada pessoa tem de si própria está posta como desafio na educação em saúde<sup>(41)</sup>.

Salienta-se a necessidade de investimento em ações educativas não só para a prevenção de novas infecções pelo HIV e a decisão reprodutiva, como também para adesão ao tratamento. Pessoas com níveis de escolaridade mais elevados apresentam maior aderência ao tratamento do que as com níveis de escolaridade mais baixos<sup>(49)</sup>. Além disso, evidencia-se que a baixa escolaridade das mulheres que têm HIV/aids se relaciona com a baixa adesão ao acompanhamento da sua condição clínica e obstétrica, a qual pode refletir na eficácia da profilaxia da TV<sup>(50)</sup>.

Outro fator que interfere na prevenção da TV diz respeito às condições socioeconômicas dessas mulheres. A fragilidade na prevenção está relacionada à amamentação no contexto do HIV/aids, a qual, em condições socioeconômicas desfavoráveis, pode ser considerada além de uma decisão, uma condição alimentar de sobrevivência<sup>(51)</sup>. Além disso, a renda e vínculo empregatício se relacionam à qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, pois há preocupação com a saúde, preocupação financeira, questões relativas à medicação e satisfação com a vida<sup>(52)</sup>. Tais variáveis podem refletir nos cuidados com a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Diante dos fatores de vulnerabilidade nos planos individual e social, estes implicam diretamente nos fatores de vulnerabilidade no plano programático. Dentre eles, pode-se destacar a necessidade de inclusão da temática HIV/aids nas políticas públicas e na formação dos profissionais de saúde, vislumbrando a qualidade da assistência prestada<sup>(50)</sup>.

Considerando a qualidade na assistência, salienta-se a necessidade de implementação de ações de educação permanente. As mulheres usuárias dos serviços de saúde reconhecem a

relevância de serem atendidas por profissionais capacitados<sup>(53)</sup>, pois dessa forma as informações compartilhadas se tornam acessíveis, possibilitando romper com o ciclo de incompreensão e mito que permeia a aids entre as mulheres<sup>(54)</sup>.

Entende-se que a qualidade do atendimento nos serviços de saúde favorece a redução do coeficiente de mortalidade materna e da frequência de transmissão vertical do HIV. Dessa forma, salienta-se a exigência dos profissionais serem capacitados não só para oferecer o teste anti-HIV às gestantes, mas para envolver toda a comunidade em atividades de educação em saúde<sup>(41)</sup>.

Para eficácia das ações de prevenção e assistência é imprescindível a interlocução entre as políticas públicas de saúde para as mulheres, para as crianças e para o aleitamento materno<sup>(50)</sup>. Bem como a conformação de uma rede organizada, definindo-se as atribuições entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à garantia do acesso das gestantes, parturientes e recém-nascidos às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV<sup>(55)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Partindo da análise das publicações científicas na temática sob a perspectiva da vulnerabilidade, compreende-se que os planos analíticos individual, social e programático pontuam fatores significativos na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV.

No plano individual, destacam-se os fatores comportamentais relacionados às decisões que as mulheres tomam, as quais podem favorecer ou prejudicar a adesão à profilaxia e são influenciadas tanto pelos fatores sociais quanto pelos programáticos. A contribuição dos fatores sociais às decisões se refere ao acesso à informação sobre as questões que permeiam a profilaxia da transmissão vertical do HIV que as pessoas deveriam ter, mas nem sempre ocorre. Em meio ao avanço tecnológico e ampla divulgação de informações pela mídia, o quantitativo de pessoas que permanecem desconhecendo ou com conceitos desatualizados

sobre o HIV/aids é significativo.

No plano programático, destaca-se o empenho governamental em efetivar as ações propostas pelas políticas públicas existentes, a fim de proporcionar assistência adequada e eficaz às pessoas que têm HIV/aids e a prevenção das pessoas não infectadas. Deparamo-nos com a falta de qualificação dos profissionais, com a necessidade de formação especializada para assistir a essa população, e de investimento na qualificação. E necessidade de melhorar a infraestrutura para a assistência às pessoas já infectadas, bem como a prevenção daquela não infectadas pelo HIV.

Diante disso, pode-se considerar que os planos de vulnerabilidade mantêm estreita relação entre si, pois, a partir da eficácia das ações propostas e desenvolvidas no plano programático, por meio de políticas públicas de atenção e prevenção, as informações sobre HIV/aids podem se tornar acessíveis à população. Diante dessa acessibilidade, as pessoas poderão tomar suas decisões de maneira informada, ou seja, fazerem sua escolha reprodutiva detendo o conhecimento necessário para seguir continuamente os cuidados para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Nesse sentido, destaca-se o enfermeiro como mediador entre os planos de vulnerabilidade, sendo capaz de promover espaços dialógicos nos serviços de saúde a fim de compartilhar com a população o conhecimento acerca do HIV/aids. Dessa forma, as pessoas têm acesso às informações e a possibilidade de as utilizarem, autonomamente, em prol da continuidade dos cuidados com sua saúde.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST, Brasília, 2010.
2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reducion of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Méd.1994 Nov;331(18):1173-80.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília, 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998.
5. Padoin SMM, Paula CC, Ribeiro TP, Romanini RM, Ribeiro AC. Vulnerabilidade materno-infantil: fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. REME ó Rev. Min. Enferm. 2011 Jul/Set; 15(3):443-452.
6. Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Hoffmann IC. Rede de apoio de mulheres que têm HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2011 Jun; 23(1):16-22.
7. Brasil. Lei n. 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providencias. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 25 de junho de 1986.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008 Out/Dez;17(4):758-64.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
10. Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr. I, Ayres JRJM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. Santa Maria (RS): Editora da UFSM. 2006 Jun; p.43-62.
11. Nichols SA, Bhatta MP, Lewis J, Vermund SH. Prenatal HIV counseling, testing, and antiretroviral prophylaxis by obstetric and family medicine providers in Alabama. Am J Med Sci. 2002 Dec;324(6):305-9.
12. Rey D, Obadia Y, Carrieri MP, Moatti JP. HIV screening for pregnant women in south eastern France: evolution 1992-1994-1996. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998 Jan;76(1):5-9.
13. Abiodun MO, Ijaiya MA, Aboyeji PA, Balogun OR. Acceptability of measures aimed at preventing mother-to-child transmission of HIV among pregnant women. J Natl Med Assoc. 2008 Apr;100(4):406-10.
14. Church JD, Omer SB, Guay LA, Huang W, Lidstrom J, Musoke P et al. Analysis of nevirapine (NVP) resistance in Ugandan infants who were HIV infected despite receiving

- single-Dose (SD) NVP versus SD NVP plus daily NVP up to 6 weeks of age to prevent HIV vertical transmission. *J Infect Dis.* 2008 Oct 1;198(7):1075-82.
15. García R, Prieto F, Carlos A, Rincón J, Caicedo S, Rey G. Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. Bogotá: Biomédica. 2005 Dec;25(4):547-64.
  16. Peltzer K, Mlambo G, Phaweni K. Factors determining prenatal HIV testing for prevention of mother to child transmission of HIV in Mpumalanga, South Africa. *AIDS Behav.* 2010 Oct;14(5):1115-23.
  17. Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia.* 2006 Jul/Dez;10(2):345-355.
  18. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALP, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006 Jul/Set; 6(3):329-334.
  19. Succi RCM. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad Saude Publica.* 2007 Set;23 Suppl 3:S379-89.
  20. Turchi MD, Duarte LS, Martelli CMT. Mother-to-child transmission of HIV: risk factors and missed opportunities for prevention among pregnant women attending health services in Goiânia, Goiás State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2007 Set; 23(suppl3):S390-401.
  21. Calvet GA, João EC, Nielsen-Saines K, Cunha CB, Menezes JA, D'Ippolito MM, et al. Trends in a Cohort of HIV-infected pregnant women in Rio de Janeiro, 1996-2004. *Rev. bras. Epidemiol.* 2007 Set;10(3):323-337.
  22. Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006 Maio/Jun;14(3):405-413.
  23. Torres SR, Luz AMH. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. *Rev Gaúch Enferm.* 2007 Dez; 28(4):505-511.
  24. Iliff PJ, Piwoz EG, Tavengwa NV, Zunguza CD, Marinda ET, Nathoo KJ, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS.* 2005 Apr;19(7):699-708.
  25. Israel-Ballard KA, Maternowska MC, Abrams BF, Morrison P, Chitibura L, Chipato T, et al. Acceptability of heat treating breast milk to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in Zimbabwe: a qualitative study. *J Hum Lact.* 2006 February; 22(1):48-60.

26. Söderlund N, Zwi K, Kinghorn A, Gray G. Prevention of vertical transmission of HIV: analysis of cost effectiveness of options available in South Africa. *BMJ*. 1999 June; 18(7199):1650-6.
27. David PRS, Salomão MLM. Transmissão materno-infantil do HIV em São José do Rio Preto em 2001 e 2002. *Arq Ciênc Saúde*. 2006 Abr/Jun;0613(2):61-65.
28. Mahmoud MM, Nasr AM, Gasmelseed DE, Abdalhafiz MA, Elsheikh MA, Adam I. Knowledge and attitude toward HIV voluntary counseling and testing services among pregnant women attending an antenatal clinic in Sudan. *J Med Virol*. 2007 May;79(5):469-73.
29. Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2004 Mar; 26(2):131-138.
30. Piwoz EG, Iliff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, et al. An education and counseling program for preventing breast-feeding-associated HIV transmission in Zimbabwe: design and impact on maternal knowledge and behavior. *J Nutr*. 2005 Apr.;135(4):950-5.
31. Ho CF, Loke AY. Pregnant women's decisions on antenatal HIV screening in Hong Kong. *AIDS Care*. 2003 Dec;15(6):821-7.
32. Coutsooudis A. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa. 2000 Nov;918:136-44.
33. Bentley ME, Corneli AL, Piwoz E, Moses A, Nkhoma J, Tohill BC, et al. Perceptions of the role of maternal nutrition in HIV-positive breast-feeding women in Malawi. *J Nutr*. 2005 Apr;135(4):945-9.
34. Maturana AP, Rizzo CV, Vasquez DF, Cavalheiro N, Holzer S, Morais VS. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. *Arq. Med. ABC*. 2007; 32(1), 2007.
35. Lemos LMD, Gurgel RQ, Dal Fabbro AL. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2005 Jan; 27(1):32-36.
36. McConnell M, Bakaki P, Eure C, Mubiru M, Bagenda D, Downing R, et al. Effectiveness of repeat single-dose nevirapine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in repeat pregnancies in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Nov;46(3):291-6.
37. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jul/Set; 16(3).
38. Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Jul/Ago; 21(4).

39. Tschudin S, Steimann S, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W, Elzi L, et al. Round-table multidisciplinary counselling of couples with HIV prior to assisted reproduction. *Reprod Biomed Online*. 2008 Aug;17(2):167-74.
40. Silva RMO, Araújo CLF, Paz FMT. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2008 Dez;12(4):630-636.
41. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. *Rev. Min. Enferm.* 2009 Abr/Jun;10(2):122-130
42. Barroso LMM, Soares AP, Soares BC, Araújo MAL, Silva DMA. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-HIV em uma unidade de referência em fortaleza, ceará. *Revista Espaço para a Saúde*. 2010 Dez;1:23-29.
43. Costa DAM, Zago MMF, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana. *Acta Paul Enferm* 2009 Mar;22(5):631-7.
44. Martins JT, Garanhani ML, Robazzi MLC, Santos WC. Significados de qualidade de vida para mulheres convivendo com AIDS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 Dez;29(4):619-25.
45. Padoin SMM, Paula CC, Ribeiro TP, Romanini RM, Ribeiro AC. Vulnerabilidade materno-infantil: fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. *Rev. Min. Enferm.* 2011 Jul/Set;15(3):443-452.
46. Torpey K, Kasonde P, Kabaso M, Weaver MA, Bryan G, Mukonka V, et al. Reducing pediatric HIV infection: estimating mother-to-child transmission rates in a program setting in Zambia. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010 Aug;54(4):415-22.
47. Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO. O mundo da vida da mulher que têm HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. *Esc Anna Ner*. 2011 Jan/Mar;15(1):13-21.
48. Pereira AV, Vieira AL, Filho AA. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. *Trab educ saúde*. 2011Mar/Jun;9(1)25-41.
49. Ilias M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011 Abri/Jun;35(2)471-484.
50. Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Mutti CF. Gestantes que tem HIV/aids no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. *R. pesq. cuid. Fundam*. 2011 Jul/Set;3(3):2109-25.
51. Gewa CA, Oguttu M, Savaglio L. Determinants of early child-feeding practices among HIV-infected and noninfected mothers in rural Kenya. *J Hum Lact*. 2011 Aug;27(3):239-49.

52. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2011 Jul/Set; 20(3): 365-75.
53. Pisani JP, Zoboli ELCP. Doenças sexualmente transmissíveis: preservar a confidencialidade do marido ou proteger a saúde da mulher? *Cogitare Enferm.* 2009 Jul/Set; 14(3):476-83.
54. Henriques MERM, Lima EAR. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.* 2009;11(4):952-63.
55. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Manual de Bolso. Brasília; 2007.

## 2.2 Artigo 2

**REDE DE APOIO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS NA PROFILAXIA  
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA \*  
NETWORK SUPPORT FOR PREGNANT/POSTPARTUM PROPHYLAXIS IN  
VERTICAL TRANSMISSION OH HIV: INTEGRATIVE REVIEW\***

Tassiane Ferreira Langendorf<sup>1</sup>

Stela Maris de Mello Padoin<sup>2</sup>

Cristiane Cardoso de Paula<sup>3</sup>

Clarissa Bohrer da Silva<sup>4</sup>

Francielle dos Santos Rocha<sup>5</sup>

\* Artigo de Revisão.

<sup>1</sup> Autora correspondente. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [tassi.lang@gmail.com](mailto:tassi.lang@gmail.com). Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Av. Roraima, nº 1000, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1336, Bairro Camobi, Santa Maria/RS, CEP: 97105-900.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [stelamaris\\_padoin@hotmail.com](mailto:stelamaris_padoin@hotmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [cris\\_depaula1@hotmail.com](mailto:cris_depaula1@hotmail.com).

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista PIBIC. E-mail: [clabohrer@gmail.com](mailto:clabohrer@gmail.com).

<sup>5</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. E-mail: [fransantosrocha@hotmail.com](mailto:fransantosrocha@hotmail.com)

## **Resumo**

Objetivos: avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre as relações de apoio das gestantes e puérperas no cotidiano da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Métodos: revisão integrativa desenvolvida em abril/2012, na LILACS e MEDLINE, com recorte temporal de 1994-2011. Totalizou 12 artigos. Resultados: evidenciou-se a importância do apoio da família, do companheiro e dos profissionais de saúde para a gestante/puérpera no cotidiano da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Porém, o medo do preconceito, discriminação, e de ser abandonada aflige e resulta na não revelação do diagnóstico a outras pessoas. Conclusões: os achados apontam para o isolamento social, que tem início na família e se estende à sociedade. A assistência de qualidade a essas mulheres, preconizada pelas políticas públicas de prevenção da transmissão do HIV e de tratamento da AIDS, pode se configurar como estratégia para mudança do panorama que constitui tal isolamento.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade; Transmissão vertical de doença infecciosa; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Enfermagem.

## **Abstract**

Aims: to evaluate available evidences on scientific articles about support relationships of pregnant and puerperal women on prophylaxis to HIV vertical transmission daily life. Methods: integrative review developed in April/2012 on LILACS and MEDLINE with time frame of 1994-2011. A total of 12 articles. Results: it was evidenced the importance of family, partner and health professionals support to pregnant/puerperal women on prophylaxis to HIV vertical transmission daily life. However, fear of prejudice, discrimination and of being abandoned afflicts and results into the non-disclosure of diagnosis to other people. Conclusions: findings point to social isolation that begins in the family and extends itself to society. Quality of assistance provided to these women, recommended by public policy of prevention to HIV transmission and treatment to AIDS, can be configured as strategy to change the outlook that constitutes this isolation.

**Key words:** Vulnerability; Vertical transmission of infectious disease HIV; Acquired syndrome; Nursing.

## **Introdução**

A prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) se apresenta em 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade, onde 0,4% são mulheres. No período de 2000 a 2009, no Brasil, foram notificados 54.218 casos de infecção pelo HIV em gestantes,

dos quais 40.999 (75,6%) se concentram nas Regiões Sul e Sudeste.<sup>1</sup>

Em 2011, houve 148 casos de exposição à transmissão vertical e 104 casos de diagnóstico de AIDS por essa categoria de exposição, o que representa 90,4% das notificações em indivíduos menores de 13 anos de idade.<sup>2</sup>

Para prevenção da transmissão vertical do HIV, no Brasil, foi adotado o protocolo *AIDS Clinical Trials Group 076* em 1994, o qual estabeleceu o uso da Zidovudina (AZT) na gestação, durante o parto, e AZT oral para o bebê durante as seis primeiras semanas de vida. Somados a outras estratégias, como as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.<sup>3</sup>

Além da existência e efetividade das políticas públicas para prevenção e tratamento, as pessoas necessitam de apoio para enfrentar o cotidiano de ter HIV/AIDS. O apoio social pode atenuar o impacto negativo da infecção, com possibilidade de se tornar um recurso para auxiliar na adaptação ao diagnóstico e suas repercussões, inclusive ao cotidiano terapêutico. O mesmo pode-se dizer quando as mulheres que têm HIV/AIDS contam com o apoio advindo da família, o que ajuda a enfrentar as dificuldades clínicas e sociais.<sup>4</sup>

Considerando que a maioria dos casos de HIV/AIDS são descobertos na gestação a partir de exame sorológico de rotina no pré-natal, denota-se a relevância dos profissionais de saúde para essas mulheres e família. O resultado positivo para o HIV pode ser impactante na vida das mulheres e demandar apoio dos profissionais para que enfrentem tal impacto.<sup>5</sup>

Os profissionais de saúde mediam ações educativas, capazes de proporcionar espaços dialógicos nos serviços de saúde. Promovem o acolhimento, ação fundamental para os primeiros passos na construção de uma relação de confiança entre mulher e profissional. Tal relação reflete num melhor entendimento sobre a necessidade do tratamento profilático, de forma que a mulher tenha aderência e sinta-se apoiada.<sup>6</sup>

Nessa perspectiva, tem-se como objetivo avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre as relações de apoio das gestantes e puérperas diante do cotidiano da profilaxia da transmissão vertical do HIV.

## **Métodos**

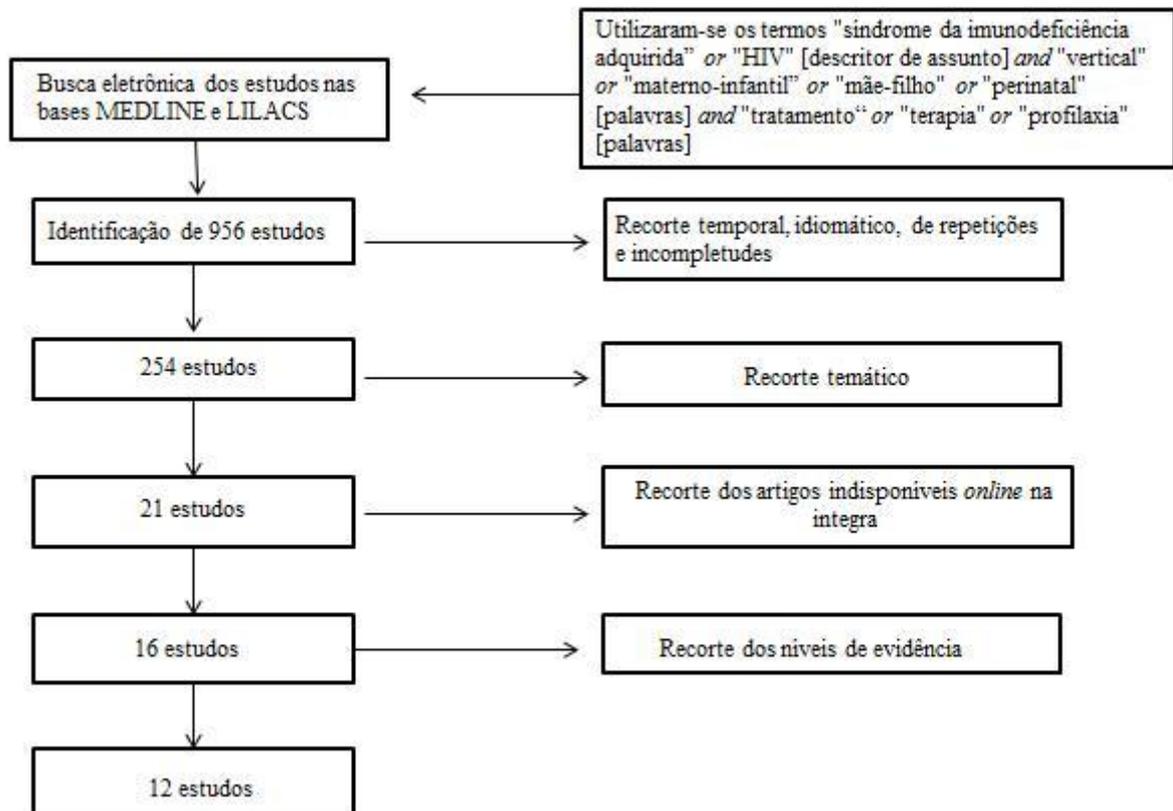
Foi realizada revisão integrativa, cumprindo as etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado.<sup>7</sup>

Estabeleceu-se a questão de pesquisa: como o apoio social interfere na adesão a profilaxia da transmissão vertical do HIV? Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa; de nível de evidência 6; disponíveis na íntegra *online*; nos idiomas português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. O recorte temporal utilizado foi de 1994, em virtude do marco político que instituiu o Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical, até 2011.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). O levantamento dos estudos ocorreu em abril de 2012. Utilizaram-se os termos ("síndrome da imunodeficiência adquirida") or "hiv" [descriptor de assunto] and ( ("vertical") or "materno-infantil") or "mae-filho") or "perinatal" [palavras] and ( ("tratamento") or "terapia") or "profilaxia" [Palavras].

Apuraram-se os quantitativos de 206 (LILACS) e 750 (MEDLINE) trabalhos. A seleção se desenvolveu por meio da leitura dos títulos e resumos, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 12 artigos na íntegra (Figura 1).

**Figura 1:** Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, MEDLINE, 2012



Após a leitura exaustiva dos estudos selecionados, foi preenchido um instrumento contendo: referência, país onde o estudo foi realizado, subárea do conhecimento, objetivo e metodologia do estudo e seus principais resultados.<sup>7</sup>

### **Resultados**

Na caracterização dos estudos analisados, identificou-se que 2006 teve o maior número de trabalhos (25%). Quanto às subáreas de conhecimento, constatou-se uma concentração de estudos da medicina (42%), da enfermagem (42%) e da psicologia (16%). Verificou-se que entre os países em maior destaque, onde os estudos foram realizados, estava o Brasil (67%) (Quadro 1).

Os dados evidenciaram que o apoio social à mulher durante a profilaxia da transmissão vertical do HIV interfere de modo positivo no tratamento. Esse apoio pode ser recebido da família, do companheiro e/ou dos profissionais de saúde.

Mesmo em família que se considera unida, as mulheres temem ser abandonadas devido ao diagnóstico. Por isso, muitas vezes, decidem não revelar. Assim, buscam proteger a si e ao bebê, contando com o apoio da família nos cuidados habituais. Entretanto, enfrentam a falta de apoio específica para a adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. Elas percebem as cobranças de seus familiares quando desconhecem seu diagnóstico.<sup>8</sup>

O apoio do companheiro proporciona amparo à mulher e ao bebê, e sua opinião exerce influência considerável sobre as mulheres. Quando o companheiro aceita a condição sorológica, as mulheres se sentem aliviadas com a decisão de ficarem juntos e terem a possibilidade de se ajudar.<sup>9-11</sup>

A falta de apoio por parte do companheiro interfere negativamente na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV, principalmente quando há o afastamento do casal, quando o diagnóstico é considerado pela mulher como agressão e traição nas situações em que o companheiro conhecia seu diagnóstico e omitiu, possibilitando a transmissão do vírus; ou quando há abandono da mulher ao se confirmar a gravidez.<sup>8-9</sup> Situações de instabilidade no relacionamento dificultam a tomada de decisão sobre a maternidade.<sup>12</sup>

Evidenciou-se a necessidade de envolvimento do companheiro e outros membros da família em atividades educativas e de aconselhamento, juntamente com a mulher. Isso é visualizado como estratégia para o apoio e encorajamento à adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV.<sup>13</sup> O apoio dos profissionais da saúde se evidencia por informações adequadas sobre o teste anti-HIV, pela ajuda na revelação do diagnóstico ao companheiro e pela atenção à saúde reprodutiva do casal.

**Quadro 1:** Corpus da revisão integrativa. LILACS, MEDLINE. 2012

Referência	Procedência	Área	Objetivo	Delineamento	Principais Resultados
Silva IA.	Brasil	Enfermagem	Compreender o significado consciente, atribuído por mulheres soropositivas à experiência de se verem impedidas de amamentar o filho.	Estudo qualitativo	O fato de o parceiro ter conhecimento de sua soropositividade, omitir o fato e provocar a contaminação é interpretado como traição, agressão, fazendo emergir o sentimento de revolta, ódio e injustiça. Discriminação e preconceito por parte até mesmo de profissionais, em razão de serem portadoras do vírus. Negação da condição de ser HIV+ para não sofrer o abandono e a discriminação. Esconder o fato da família, dos amigos, inclusive do companheiro e de profissionais. Perdoar o companheiro expressa a compreensão, solidariedade e a aquiescência de que o outro também não teve controle sobre a situação e, por não identificar a intencionalidade no ato é possível perdoar e compartilhar o sofrimento. Percebe a cobrança de profissionais, familiares e conhecidos que não conhecem sua situação.
Silva NE, Alvarenga AT, Ayres JR.	Brasil	Medicina	Compreender como o risco da transmissão vertical do HIV é apreendido e reconstruído pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS em suas decisões reprodutivas.	Estudo qualitativo	Aceitação da condição sorológica e apoio do companheiro à gestante a ao bebê, gesto que contrastava com as experiências de ser abandonada pelos parceiros ao engravidar. Diante de uma intenção de engravidar, o médico enfatizaria os riscos da transmissão vertical, na forma de objeção à gravidez, sem menção às possibilidades de profilaxia e às condições que diminuiriam tais riscos. Além disso, o fato desses últimos não tomarem a iniciativa de falar sobre o assunto parece deixar o profissional de promover esse diálogo.
Adeleke SI, Mukhtar-Yola M, Gwarzo GD.	Nigéria	Medicina	Avaliar a consciência e conhecimento da transmissão mãe-filho do HIV e os métodos de prevenção da transmissão vertical.	Estudo qualitativo	O nível de conscientização sobre o HIV / AIDS entre as mães; e as principais fontes de informação foram rádio e televisão. Há necessidade de intensificar a educação sobre a transmissão vertical do HIV nas instalações de saúde. O parecer dos parceiros masculinos influencia fortemente a adoção de políticas e programas de saúde por mulheres. Há também a necessidade de uma maior colaboração com programas de HIV / AIDS.
Faria ER, Piccinini CA.	Brasil	Psicologia	Investigar em mães primíparas portadoras do HIV/AIDS, percepções e sentimentos sobre maternidade, desenvolvimento do bebê e relação mãe-bebê, na gestação e no terceiro mês de vida do bebê.	Estudo qualitativo	Satisfação quanto ao apoio recebido, principalmente do pai do bebê e da família. As mães relataram preocupação com a possível infecção do bebê, medo do preconceito e frustração pela não amamentação. Os resultados revelaram que o HIV/AIDS não tem necessariamente um impacto negativo para a maternidade e para a relação mãe-bebê, principalmente quando há presença de apoio familiar, relacionamento positivo com a figura materna e acesso ao tratamento especializado. Discute-se a importância de intervenções psicológicas diante da ansiedade associada ao HIV/AIDS na gestação e maternidade.
Carvalho FT, Piccinini CA.	Brasil	Psicologia	Investigou os sentimentos de gestantes portadoras de HIV/AIDS a respeito da própria infecção, sobre a maternidade e o bebê.	Estudo qualitativo	Verificou-se que, quando o diagnóstico foi fornecido sem suporte e aconselhamento, a experiência foi mais difícil. A discriminação era proveniente de diferentes contextos, vindo da sociedade, da família e delas mesmas. Foi possível perceber que as dificuldades enfrentadas com as suas mães ao longo da vida, mesmo que, por vezes, pertencentes ao passado, pareciam estar vivas até hoje. Todas as gestantes consideravam não ter apoio suficiente de seus familiares. Os relacionamentos entre as gestantes do estudo e o pai do bebê estavam marcados pela instabilidade.
Moses AE, Chama C, Udo SM, Omotora BA.	Nigéria	Medicina	Avaliar o nível de conhecimento, atitude, prática e percepção de pré-natal das mulheres em Maiduguri Toward sobre serviços de profilaxia da transmissão vertical, Nordeste da Nigéria.	Estudo quantitativo, descritivo	A maioria admitiu a sua disponibilidade para apoiar os seus cônjuges que tiveram teste positivo para as mulheres grávidas com HIV. A maioria implorou um maior envolvimento dos seus parceiros masculinos e outros familiares significativos durante a PTV, sessões de aconselhamento para proteção contra o estigma e a discriminação do HIV, se o teste fosse positivo. A formação de pessoal, criação de sensibilização e mobilização da comunidade foram identificados como chave para o sucesso dos programas de PTV e lutar contra o estigma e a discriminação. A ampliação dos serviços de PTV até o nível de cuidados primários de saúde vai aumentar a captação de serviços e reduzir o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis que podem ser transmitidas verticalmente ou horizontalmente para crianças durante os períodos perinatal ou pós-natal.
Silva RMO, Araújo	Brasil	Enfermagem	Conhecer e analisar o significado da realização do teste anti-HIV no pré-natal para as gestantes.	Estudo qualitativo	A maioria das gestantes considerou as informações recebidas acerca do teste adequadas e elas revelaram estarem satisfeitas com o atendimento recebido no serviço. No momento da oferta, que ocorreu na primeira consulta de pré-natal através do aconselhamento coletivo, as gestantes associaram a clareza das informações transmitidas com a

CLF, Paz FMT.					qualidade do atendimento.
Moura EL, Praça NS.	Brasil	Enfermagem	Identificar as expectativas e ações da gestante HIV positivo quanto à gravidez e ao conceito.	Estudo qualitativo	As gestantes medicavam-se com antirretrovirais para que o seu recém-nascido se tornasse soronegativo para o HIV, e para que elas próprias se mantivessem saudáveis para conseguirem cuidar da criança que estava por nascer, bem como de seus outros filhos. Ambas as situações levaram a considerar que a assistência prestada à mulher HIV positiva deve ser implementada com programas de educação para a saúde, em que sejam também enfocadas medidas de planejamento familiar.
Tschudin S, Steimann S, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W, Elzi L, et al.	Suíça	Medicina	Avaliar a adequação de uma abordagem multidisciplinar sobre reprodução assistida, proporcionando informação e responsabilidade no processo de tomada de decisão, e também para garantir a adesão dos casais.	Estudo quantitativo, descritivo	A reprodução assistida é utilizada para apoiar os casais com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na obtenção de uma gravidez sem comprometer a saúde do parceiro ou da prole. Esta situação complexa exige um esforço conjunto por especialistas de diferentes áreas médicas durante períodos prolongados. A fim de cumprir todos os requisitos, uma abordagem multidisciplinar de aconselhamento foi iniciada através de mesas-redondas de especialistas e convenções, juntamente com casais individuais.
Oliveira LA, França Junior I.	Brasil	Medicina	Compreender o modo como foram tratadas, em serviços de saúde especializados, as demandas reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/AIDS.	Estudo qualitativo	De acordo com os profissionais de saúde, demandas reprodutivas levantaram fatores relacionados à transmissão vertical do HIV. Para os profissionais, trata-se de cumprir a responsabilidade social de controle epidêmico da AIDS, reduzindo taxas de transmissão vertical do HIV, por meio da prevenção, assim como operar a tecnologia disponível para evitar o adoecimento e a morte por AIDS. Entre os profissionais de saúde, para controlar a epidemia foi a lógica prevalente, enquanto que, entre os pacientes, exercer uma escolha de estilo de vida foi a questão fundamental, substanciada no advento inesperado da gravidez. A fim de formular estratégias de cuidados de saúde, direitos humanos, respeito, e reduzir os riscos de transmissão do HIV, é necessário reconhecer a autonomia das pessoas vivendo com HIV / Aids em relação às decisões reprodutivas.
Ho CF, Loke AY.	Hong kong	Enfermagem	Analisa as decisões das mulheres de Hong Kong chinesas grávidas se submeter a exame pré-natal do HIV e as razões das suas escolhas.	Estudo quantitativo, descritivo	Identificação do HIV de mulheres grávidas infectadas pelo rastreio pré-natal é fundamental para evitar transmissão da mãe para o filho. Oferecimento do teste anti-HIV e realização deste pela saúde de seus recém-nascidos e para sua própria saúde.
Feitosa JA, Coriolano MW, Alencar EN, Lima LS.	Brasil	Enfermagem	Analisar as percepções e sentimentos das gestantes relacionadas ao teste sorológico para o HIV no pré-natal.	Estudo qualitativo	Os profissionais de saúde precisam investir em estratégias de sensibilização, podendo baseá-las em oficinas e aconselhamento coletivo. Essas medidas devem contemplar os diferentes níveis culturais e diferentes graus de compreensão das usuárias, propiciando reflexão quanto às práticas de risco e formas de prevenção possíveis de serem adotadas.

Quanto às informações, as mulheres reforçam a satisfação pelo atendimento recebido no serviço de saúde e a qualidade do atendimento é associada pelas mulheres à clareza das informações transmitidas.<sup>14</sup> Destaca-se que os programas de educação em saúde se configuram como ferramenta que proporciona maior envolvimento entre os profissionais e a clientela.<sup>15</sup>

Quanto à ajuda na revelação, as mulheres contam com médicos, enfermeiros e conselheiros, e consideram ser esta a melhor abordagem para revelar o diagnóstico ao companheiro, principalmente quando o resultado é positivo.<sup>12</sup>

Em se tratando da atenção ao casal quanto ao aspecto reprodutivo soroconcordante ou sorodiscordante, demonstra-se que o aconselhamento multidisciplinar é uma opção viável. O casal conta com os profissionais de saúde para concretizar seu desejo de uma vida plena diante da possibilidade de constituir família.<sup>16</sup>

A falta de apoio dos profissionais da saúde interfere negativamente na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV e se evidencia na falta de capacitação para aconselhamento e revelação do diagnóstico à mulher e para atenção à saúde reprodutiva do casal, bem como em situações que expressam preconceito.<sup>13</sup>

Essas situações promovem o silenciamento das mulheres que optam por não revelar seu diagnóstico em um atendimento que não é o de rotina ou da especialidade do HIV/AIDS.<sup>8</sup> O que restringe seu apoio na adesão ao tratamento.

Na revelação do diagnóstico às mulheres, quando realizada sem suporte e sem aconselhamento do profissional, se tornam ainda mais difíceis a compreensão, o enfrentamento e a decisão de aceitar a profilaxia.<sup>12</sup> Evidenciou-se que a expansão de programas de prevenção da transmissão vertical em nível de atenção primária pode minimizar as experiências negativas das mulheres e, conseqüentemente, reduzir os índices dessa transmissão.<sup>13</sup>

Frente ao desejo de engravidar, os profissionais de saúde dão ênfase aos riscos da transmissão vertical, como estratégia para reprimir tal desejo, sem mencionar as possibilidades de profilaxia para redução de tais riscos. A maneira como os profissionais de saúde encaram e atendem as demandas sobre o aspecto reprodutivo no contexto do HIV/AIDS, contribui para que estas não sejam mencionadas pelos casais nos serviços de saúde, promovendo a sensação de o profissional estar isento de tocar nesse assunto e desenvolver esse diálogo.<sup>9,17</sup>

A educação em saúde associada ao aconselhamento individual que contemple as mulheres e seus companheiros pode ser utilizada como ferramenta dos profissionais para

melhorar a qualidade do atendimento a essa população.<sup>18-19</sup>

A falta de apoio por parte da sociedade interfere negativamente na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV, pois, devido às situações de discriminação e preconceito, as mulheres vivem sob pressão emocional.<sup>11-12</sup> Elas têm medo de serem vistas como transgressoras das normas impostas pela sociedade e silenciam sua condição sorológica a fim de não sofrer abandono e discriminação.<sup>8</sup>

## **Discussão**

Quando as gestantes e puérperas contam com o apoio da família e do companheiro no cotidiano da profilaxia da transmissão vertical do HIV, isso pode contribuir para a adesão ao pré-natal e/ou puericultura. Além disso, também pode refletir positivamente na vivência da maternidade, estimulando a relação entre mãe e bebê permeada pelo afeto.<sup>20</sup>

Pode-se destacar a importância das relações estabelecidas com a mãe, as irmãs, os irmãos, as tias e outros parentes consanguíneos que conformam sua rede de apoio.<sup>21</sup> Diante da relevância expressa pela gestante/puérpera sobre o apoio recebido da família e do companheiro, faz-se imprescindível a inclusão desses sujeitos no planejamento assistencial dos serviços de saúde que atendem essas mulheres.<sup>21,22</sup>

O apoio ou ausência deste, advindos da família, podem influenciar na adesão ao tratamento. Tal afirmação pauta-se no suporte que a família fornece diante das readaptações de vida exigidas no contexto do HIV/AIDS, como os horários específicos para ingestão de medicação e revelação do diagnóstico a pessoas próximas que auxiliem no cuidado.<sup>23</sup>

A relação de apoio estabelecida com o companheiro proporciona que a gestante/puérpera tenha com quem conversar, alguém para ouvir suas queixas, compartilhar seus sentimentos, receber atenção, esclarecer suas dúvidas, além de ser o provedor financeiro.<sup>21</sup> O receio de ser abandonada ao revelar o diagnóstico ao companheiro pode estar ligado ao estigma que o HIV ainda possui. Com vistas a auxiliar na revelação do diagnóstico ao companheiro no contexto estigmatizado da doença, pode-se utilizar como ferramenta o aconselhamento individual ou com o casal.<sup>24</sup>

A omissão do diagnóstico do companheiro para gestante/puérpera gera um dilema ético nas situações em que o profissional de saúde toma conhecimento dessa situação. Se de um lado tem-se o princípio da confidencialidade do diagnóstico, do outro se tem o direito à vida saudável da companheira que não está sendo informada.<sup>25</sup>

O apoio profissional, especialmente a satisfação pelo atendimento recebido, se relaciona à disponibilidade e efetividade dos recursos oferecidos nos serviços de saúde em prol da adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. Dentre eles podem-se destacar acessibilidade e utilização de serviços de saúde para o período pré-natal, parto e puerpério com profissionais qualificados; aconselhamento pré e pós-teste; oferta de teste anti-HIV confiável e livre de custo; laboratório equipado e apropriado para monitorar parâmetros sanguíneos relacionados à infecção pelo HIV.<sup>24,26</sup>

No entanto, a realidade mostra uma assistência ainda deficiente, em que as mulheres atendidas não recebem informações apropriadas nem apoio dos profissionais de saúde que as assistem no cotidiano do HIV/AIDS. O tratamento oferecido por alguns profissionais da saúde mostra que o preconceito e a discriminação são demonstrados também por pessoas que possuem formação para trabalhar com essas mulheres.<sup>27</sup>

Diante da falta de apoio e acolhimento dos profissionais, em algumas situações as mulheres optam por não revelar seu diagnóstico no serviço de saúde, o que prejudica sua adesão ao tratamento. A maneira como o profissional conduz a relação com a mulher é decisiva para esta sentir que há privacidade, liberdade, e que serão acolhidas suas demandas, e assim revelar seu diagnóstico a um profissional que ainda não a conheça.<sup>28</sup>

Quando se trata de o profissional revelar o diagnóstico à mulher, pode-se perceber que ainda há pontos que devem ser desenvolvidos para que este processo seja realizado da melhor maneira possível e estimule a adesão à profilaxia. Tais pontos podem ser observados desde o período pré-teste, no qual os profissionais solicitam o teste anti-HIV sem refletir acerca dos seus resultados, sobre como encarar a possibilidade de informar a revelação do diagnóstico e a relevância dessa ação para a mulher. Os profissionais reconhecem que necessitam de apoio para revelação dos resultados dos exames anti-HIV positivos.<sup>29</sup> Um processo de educação permanente poderia facilitar a entrega dos resultados positivos através de discussões acerca das dificuldades enfrentadas pelos profissionais.

Pode-se dizer que o que determina a decisão de revelar ou não o diagnóstico é o processo de estigmatização da pessoa que tem o vírus. Diante disso, os profissionais se fazem valer das estratégias centradas no paciente, como o aconselhamento, para que, por intermédio dele, possam aproximar o parceiro sexual ao serviço e estimular a revelação do diagnóstico.<sup>28-</sup>

30

No que se refere à revelação do diagnóstico aos parceiros sexuais, as pessoas que têm HIV/AIDS apresentam dificuldade para fazê-lo, bem como para iniciar novos relacionamentos diante da necessidade de compartilhar com o novo companheiro sua

condição sorológica. Tal dificuldade está relacionada ao medo de sofrerem preconceito e rejeição, e, diante disso, alguns profissionais de saúde se propõem a expandir o cuidado às pessoas vivendo com HIV para além do manejo da própria infecção, visando oferecer atenção integral que se aproxima de sua sexualidade e questões como a revelação do diagnóstico.<sup>31</sup>

É comum a insatisfação da mulher que tem HIV/AIDS com a maneira com que se dá o acolhimento pela equipe de saúde. Relatam pouca atenção dos serviços para as relações dialógicas favoráveis e o acolhimento prestado nesse momento. Isso demonstra o despreparo desses profissionais, a falta de conhecimento, de ética e humanização.<sup>32</sup>

Quanto ao desejo de ter filhos(as), ainda é comum a desinformação das mulheres sobre a possibilidade de gestação no contexto do HIV/AIDS e sua profilaxia. Diante de tal desinformação, as mulheres contam com o apoio profissional na medida em que recebem informações sobre a profilaxia da transmissão vertical do HIV. A partir do momento em que as mulheres detêm essa informação, elas dão continuidade ao desejo de engravidar.<sup>33</sup>

Frente ao desejo de engravidar, pode-se perceber a ambivalência entre os sentimentos de aceitação e não aceitação da gravidez por parte dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo em que aceitam, eles criticam a gestação no contexto do HIV/AIDS. A impossibilidade de participar definitivamente da decisão de suas pacientes e de conseguir gerenciar um planejamento familiar podem refletir negativamente na relação de apoio profissional-mulher.<sup>34</sup>

Outro recurso que pode ser citado é a educação em saúde. Esta, realizada de modo individual ou coletivo, pode viabilizar a aproximação entre as pessoas que têm HIV/AIDS e os profissionais de saúde e proporcionar a adesão ao tratamento. Na perspectiva coletiva, vislumbra-se a minimização de dúvidas, a troca de experiências e ideias, e a promoção de debates. Nesse espaço o profissional reconhece a importância de uma relação face a face, a qual se opõe às ações prescritivas, expositivas, autoritárias e normativas de condutas e de comportamentos.<sup>35</sup>

Nesse sentido, ressalta-se a importância da atuação da enfermagem sistematizada, desenvolvendo e avaliando o processo de cuidado à saúde destas mulheres e seus sentimentos frente ao diagnóstico de HIV. A partir de então, propor um cuidado humanizado, que não julgue e não procure por culpados ou inocentes.<sup>36</sup>

No que se refere à qualidade da assistência dispensada a essas mulheres no período gravídico e puerperal, esta pode ser considerada distante daquela recomendada pelo Ministério da Saúde.<sup>37</sup> Nesse sentido, defende-se uma abordagem multidisciplinar para desenvolvimento e consolidação do cuidado ampliado à saúde, no qual se busca contemplar as

necessidades de cada mulher, requerendo uma assistência que vá além do acompanhamento clínico.<sup>38</sup> Diante do desafio na oferta da assistência de qualidade, tem-se a educação em saúde como possibilidade para tornar a mulher autônoma e protagonista de seu cuidado e do cuidado de seu filho no cotidiano ter HIV/AIDS.<sup>39</sup>

No que se refere ao estigma e à discriminação na gravidez que tem HIV/AIDS, observa-se que as mães buscam proteger seus filhos e a si mesmas por meio de uma maternidade defensiva. Essa defesa é ocasionada pela hostilidade social e culpabilização atribuída à gestante.<sup>40</sup> Emerge o medo da discriminação social, evidenciada pelo silêncio e distanciamento, da mudança e do enfrentamento, os quais levam à negação da doença para uma abertura ao outro. A discriminação pode ser encontrada no seio da própria família, no ambiente de trabalho e na sociedade.<sup>41</sup>

A mulher que tem HIV/AIDS enfrenta, além da convivência com a doença, as relações de poder na sociedade, principalmente as desigualdades de gênero, que permeiam fortemente o papel do ser mulher na sociedade.<sup>28</sup>

### **Considerações finais**

A partir da análise dos resultados, evidenciou-se que a gestante/puérpera ora conta com sua família, seu companheiro e profissionais de saúde, ora não conta com esses, e, principalmente, com a sociedade, no cotidiano de ter HIV/AIDS. Isso nos remete a refletir sobre o isolamento social imposto a essas pessoas, o qual tem início no seio familiar e se estende à sociedade, implicando na rede de apoio e restringindo o apoio e a adesão à profilaxia. O estigma e o preconceito fortalecem tal imposição e, dessa forma, as pessoas sucumbem ao medo de serem reconhecidas como tendo HIV/AIDS e assim sofrerem discriminação.

Os avanços no enfrentamento dos conceitos retrógrados que acompanham a epidemia da AIDS são consideráveis, mesmo que ainda tímidos. Dentre eles podemos destacar a elevação do número de casais que expressam seus desejos de reprodução e buscam o direito de constituírem uma família. Ainda é necessário ousar e investir na necessidade de amparar não só a mulher, mas o casal na atenção ao aspecto reprodutivo. Utilizando-se da concretização das políticas de planejamento familiar, e principalmente, da realização e promoção da adesão da profilaxia da transmissão do HIV/AIDS no pré natal, parto e na puericultura. Destaca-se como uma das possibilidades a ampliação de educação permanente dos profissionais de saúde e da discussão entre estes e as pessoas que têm HIV/AIDS e as que compõem a sua rede de apoio.

Diante dos desafios, será importante conhecer a rede de apoio e incentivar a construção ou ampliação dessa rede. Esta ação pode ser mediada pelo acolhimento à família e/ou companheiro por meio de atividades educativas de apoio à profilaxia em abordagem multidisciplinar.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST- janeiro a junho de 2010. Brasília, DF; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico Versão preliminar - AIDS e DST- julho de 2010 a janeiro de 2011. Brasília, DF; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília, DF; 2010.
4. Bazani AC, Silva PM, Rissi MR. A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. *Sau & Transf Soc*, Florianópolis. 2011;2(1):45-55.
5. Araújo MA, Silveira CB, Silveira CB, Melo SP. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2008;61(5):589-94.
6. Langendorf TF, Padoin SM, Vieira LB, Mutti CF. Gestantes que tem HIV/AIDS no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. *R pesq: cuid fundam online*. 2011 Jul/Set; 3(3):2109-25.
7. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2008; 17(4): 758-64.
8. Silva IA. Significados atribuídos à abstinência de amamentação por mulheres HIV positivas. *Ciênc cuid saúde*. 2005; 4(1):13-24.
9. Silva NE, Alvarenga AT, Ayres JR. AIDS e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado / AIDS and pregnancy: meanings of risk and challenges for care. *Rev saúde pública = J. public health*. 2006; 40(3):474-481.
10. Adeleke SI, Mukhtar-Yola M, Gwarzo GD. Awareness and knowledge of mother-to-child transmission of HIV among mothers attending the pediatric HIV clinic, Kano, Nigeria. *Ann Afr Med*. 2009;8(4):210-4.

11. Faria ER, Piccinini CA. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 2010 Abr/Jun;27(2):147-159.
12. Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação psicol*. 2006; 10(2):345-355.
13. Moses AE, Chama C, Udo SM, Omotora BA. Knowledge, attitude and practice of ante-natal attendees toward prevention of mother to child transmission (PMTCT) of HIV infection in a tertiary health facility, Northeast-Nigeria. *East Afr J Public Health*. 2009;6(2):128-35.
14. Silva RM, Araújo CL, Paz FM. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2008; 12(4):630-636.
15. Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(3):405-413.
16. Tschudin S, Steimann S, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W, Elzi L, et al. Round-table multidisciplinary counselling of couples with HIV prior to assisted reproduction. *Reprod Biomed Online*. 2008;17(2):167-74.
17. Oliveira LA, França Junior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad Saude Publica*. 2003;19 (Suppl 2):S315-23.
18. Ho CF, Loke AY. Pregnant women's decisions on antenatal HIV screening in Hong Kong. *AIDS Care*. 2003;15(6):821-7.
19. Feitosa JA, Coriolano MW, Alencar EN, Lima LS. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. *Rev enferm UERJ*. Rio de Janeiro, 2010 Out/Dez; 18(4):559-64.
20. Galvão MT, Costa Ê, Lima IC, Paiva SS, Almeida PC, Pagliuca LM. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da Tacêsica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 Out/Dez; 13(4):780-85.
21. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13 (2): 359-65.
22. Vu L, Andrinopoulos K, Mathews C, Chopra M, Kendall C, Eisele TP. Disclosure of HIV status to sex partners among HIV-infected men and women in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav*. 2012;16(1):132-8.

23. Silveira EA, Carvalho AM. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com AIDS: o modelo de comboio e a enfermagem. *Rev esc enferm USP, São Paulo.* 2011;45(3).
24. Darmont MQ, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2010 Sept; 26(9).
25. Chaiyamahapurk S, Pannarunothai S, Nopkesorn T. HIV prevention with positives and disclosure of HIV status: practice and views of Thai healthcare providers. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(11):1314-20.
26. Cavalcante MS, Silveira AC, Ribeiro MA, Junior AN. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant, Recife.* 2008;8(4).
27. Machado AG, Padoin SM, Paula CC, Vieira LB, Carmo DR. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/AIDS. *Rev RENE, Fortaleza.* 2010 Abr/Jun; 11(2):1-212.
28. Ferreira FC, Nichiata LY, 2008. Mulheres vivendo com AIDS e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. *Rev esc enferm USP, São Paulo.* 2008;42(3).
29. Araújo MA, Vieira NF, Galvão MT. Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV em gestantes em Fortaleza, Ceará. *Revista Espaço para a Saúde. Londrina,* 2011;12(2):18-27.
30. Silva NE, Ayres JR. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro,* 2009; 25(8):1797-1806.
31. Paiva V, Segurado AC, Filipe EM. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/AIDS care and prevention. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(9).
32. Galvão MT, Cunha GH, Machado MM. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm. Brasília,* 2010 Maio/Jun; 63(3): 371-6.
33. Santos FF, Junior JP. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2010;34(2):299-310.
34. Roso A. Mulheres Latinas e Transmissão Vertical do HIV: Visão dos Profissionais da Saúde que Atendem Mulheres Soropositivas nos Estados Unidos. *Revista Interamericana de Psicologia/ Interamerican Journal of Psychology.* 2009;44(2):332-341.

35. Pereira AV, Vieira AL, Filho AA. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. *Trab Educ Saúde*. Rio de Janeiro, 2011;9(1): 25-41.
36. Vieira M, Padilha MI, Santos EK. Histórias de vida ó Mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 2009 Jan/Mar; 18(1): 33-40.
37. Vasconcelos AL, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev Bras Saude Mater Infant*. Recife, 2005 Out/Dez;5(4).
38. Vargens OM, Santos SD, Rangel TS. Atenção à mulher com soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade. *Cienc Cuid Saude*. 2010 Jan/Mar; 9(1):137-143.
39. Dias JS, Pacheco SR, Eidt OR. Vivências das puérperas HIV positivas frente à impossibilidade de amamentar. *Revista da Graduação PUC/RS*. 2008;1(2).
40. Gonçalves TR, Piccinini CA. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. *Psicol USP*. São Paulo, 2007 Sept ;18(3).
41. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev bras enferm*. Brasília, 2007 Apr;60(2).

## 3 CAMINHO METODOLÓGICO

### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação qualitativa, fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. A condução desta pesquisa possibilitou compreender os sentimentos, as emoções e os significados que o ser do humano confere às situações experienciadas e vivenciadas (HEIDEGGER, 2011). Assim, teve-se a possibilidade de lançar um olhar ao vivido do casal nos cuidados para profilaxia da transmissão vertical do HIV em seu mundo próprio existencial.

### 3.2 Etapa de campo da pesquisa

#### 3.2.1 Campo de investigação, sujeitos, aproximação e ambientação

O **campo de investigação** foi o Ambulatório, onde são realizados os atendimentos de infectologia no pré-natal e puericultura do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul/Brasil.

Ressalta-se que o Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA) - Casa Treze de Maio não foi incluído como campo de investigação, pois no período em que foram produzidos os dados o atendimento de pré-natal estava suspenso.

Os **sujeitos da pesquisa** foram casais que fazem o acompanhamento de saúde no referido ambulatório. Os critérios de inclusão foram: casais, os quais assim se compreenderam, que vivenciam ou vivenciaram o cotidiano da profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o período gravídico-puerperal. Entendendo o casal como unidade de cuidado na profilaxia da transmissão vertical do HIV, buscando o desvelamento da vivência da profilaxia nesse movimento de cuidado. Nesse estudo, o casal pode ser sorodiscordante quando a mulher tem HIV/aids e o homem não, ou soroconcordante, quando ambos têm HIV/aids.

Os critérios de exclusão foram: quando o homem ou a mulher apresentasse limitação cognitiva; quando houvesse óbito do/a filho/a proveniente dessa gestação. Porém, não foi necessária a utilização destes, pois nenhum dos casais acessados apresentaram essas situações.

O casal participou da entrevista juntos e o número de participantes não foi pré-determinado, uma vez que o estudo de natureza fenomenológica considera a essência do que se mostra e não a quantidade de entrevistas realizadas. Assim, a etapa de campo desenvolvida concomitante a análise, mostrou a suficiência de entrevistas necessárias para responder ao objetivo da pesquisa, mediante aos significados expressos nas falas dos casais, considerando as estruturas essenciais. Foi possível o desvelamento do sentido: a essência (BOEMER, 1994), quando se totalizou sete casais participantes.

Foi realizada a **aproximação** ao cenário da pesquisa, a qual pode ser compreendida como o momento em que se estabelecem relações com os profissionais do serviço e depoentes (PADOIN, 2006). Teve início em março de 2009 quando a pesquisadora desenvolveu atividades de graduação correspondente ao estágio curricular e inicia sua participação assídua no Grupo Anjos da Guarda (PADOIN, PAULA, 2012).

A partir da aproximação com o cenário, foi possível dar início a **ambientação**, a qual se configura em estabelecer um ambiente favorável para o encontro com o depoente na entrevista fenomenológica (PADOIN, 2006). Foi mediada pela subjetividade e pela interação entre depoente e pesquisadora na busca pela atitude fenomenológica de ouvir, sentir e refletir (SOUZA, 1993). Empenhando-se para a redução de pressupostos e a clareza do objeto de estudo no decorrer do movimento de investigação.

A aproximação e a ambientação não são momentos separados e acontecem gradativamente a cada novo encontro da pesquisadora no serviço de saúde com os profissionais e com os depoentes.

### 3.2.2 Produção dos dados

A produção dos dados ocorreu no período de dezembro 2011 a fevereiro de 2012. A técnica para produção destes se deu pela entrevista fenomenológica (CARVALHO, 1991). Essa modalidade de acesso aos participantes possibilitou um movimento de compreensão do vivido do casal, tal como se apresentou na sua vivência cotidiana. Como modo de acesso ao ser, a entrevista foi desenvolvida como um encontro singularmente estabelecido (PAULA *et*

al., 2012), neste estudo entre a pesquisadora e cada casal.

O encontro foi mediado pela empatia e intersubjetividade, mediante a redução de pressupostos (CAPALBO, 1994; PADOIN, SOUZA, 2008). A empatia permitiu a compreensão da vivência dos casais independente da vivência da pesquisadora. Exigiu da pesquisadora um posicionamento de des-centramento de si, para se direcionar intencionalmente à compreensão do outro (PAULA, CABRAL, SOUZA, 2009), neste estudo dos casais.

O desenvolvimento da atitude fenomenológica se deu a partir da redução dos pressupostos e permitiu o encontro com cada casal. Se relacionar nesse encontro permitiu captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso como o silêncio, os gestos, as reticências e o choro; e respeitar o espaço e tempo do outro. Assim foi possível compreender os significados expressos na fala originária (CARVALHO, 1991, p. 36) de cada casal.

Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilita aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir que o fenômeno emergisse em cada uma das entrevistas.

O convite para participar da pesquisa foi realizado ao casal, ou ao homem ou à mulher, quando estavam aguardando para o atendimento nos serviços referidos do HUSM. Foi composta uma lista com o contato telefônico do casal para confirmação do interesse em participar da pesquisa e agendamento da data, local e horário para entrevista.

Sobre o local onde ocorreram as entrevistas, cinco foram realizadas no HUSM, em uma sala disponibilizada no ambulatório onde acontecem os atendimentos de infectologia de puericultura. Duas entrevistas foram realizadas na residência do casal, por solicitação deles.

A entrevista iniciou pela questão norteadora: como foi/é para vocês a vivência dos cuidados para prevenir a transmissão do HIV para o/a seu/sua filho/a?

Durante a entrevista, foram formuladas questões empáticas, a fim de evitar a indução de respostas, destacando questões expressas pelos casais, que necessitavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados expressos. Para finalizar a entrevista, foi desenvolvido um *feedback*, questionando se o casal gostaria de acrescentar algo e posteriormente agradecendo sua disposição para esse encontro.

Os depoimentos foram gravados, com utilização de um gravador digital e mediante consentimento. A transcrição das entrevistas ocorreu conforme a fala originária, na qual foram apontadas as diferentes formas de discurso que ocorreram durante o encontro.

As entrevistas foram codificadas com a letra M de mulher, H de homem e F de filho, seguidas dos números 1 a 7 (M1, H1, F1; M2, H2, F2; sucessivamente). Nos depoimentos

foram suprimidas palavras que revelassem o nome do/as participantes e do/a seu/sua filho/a, sendo utilizados os códigos acima citados.

Realizar a entrevista com o casal configurou-se um desafio ao se considerar a necessidade de manter o rigor na condução desta técnica de produção de dados. Diante disso, anterior à vivência da etapa de campo questionou-se sobre: como seria esse encontro? Qual seria o movimento da mulher e do homem na condução de suas falas? Que peculiaridades poderiam emergir na entrevista com o casal? Como a pesquisadora conduziria a entrevista diante de tais peculiaridades preservando o rigor metodológico na produção dos dados?

Tais questionamentos mobilizaram alguns sentimentos na pesquisadora, tais como a apreensão; desejo de iniciar de imediato a produção dos dados; expectativa a cada nova possibilidade de realização de uma entrevista; triste quando o casal, o homem ou a mulher expressavam não ter interesse em participar da pesquisa.

Tais questionamentos foram respondidos gradativamente a cada entrevista realizada, bem como cada entrevista foi um encontro único, ocorrido de acordo com a singularidade de cada casal. A questão norteadora foi direcionada ao casal e na maioria das vezes quem iniciou o depoimento foi a mulher. Em algumas situações o homem foi interrompido pela mulher quando estava em meio ao seu depoimento, tendo a necessidade da pesquisadora resgatar a fala do homem.

Também ocorreu entrevista em que: o homem se expressou mais do que a mulher, havendo a necessidade de retomar a fala dela; em outra situação, ambos foram sucintos em seus depoimentos, havendo a necessidade da pesquisadora elaborar questões empáticas para aprofundamento; e ainda, ambos respeitaram seus espaços para falar e encadearam seus depoimentos durante a entrevista, minimizando a necessidade de mediações para condução do encontro.

Dessa forma, cada entrevista exigiu uma posição de abertura da pesquisadora para manter um fio condutor no desenvolvimento da entrevista. Esse busca a garantia do rigor da produção dos dados a partir da redução dos pressupostos, formulação de questões empáticas para aprofundar significados expressos pelo casal e manter o foco no objetivo do estudo.

Conduzir a entrevista guiada por esses aspectos foi um exercício importante de aprendizado na pesquisa. A experiência prévia da pesquisadora em ações de extensão no desenvolvimento de grupos contribui para a produção dos dados com o casal, uma vez que a mediação de grupos requer atenção à dinâmica que se configura nesse. A partir disso, exige uma postura mediadora a fim de oportunizar que todos possam se manifestar.

### 3.3 Método de análise

A etapa de análise dos dados se subdivide em dois momentos metódicos: compreensão vaga e mediana e hermenêutica. A compreensão vaga e mediana se caracteriza pela análise dos significados expressos pelos sujeitos, busca descrever o fenômeno como ele se mostra, pois o ser só é *presença*, ser-no-mundo, quando se compreende (HEIDEGGER, 2011).

Para o desenvolvimento do primeiro momento metódico, foram realizadas releituras com objetivo de identificar e grifar as estruturas essenciais, as quais expressam os significados do fenômeno. Posterior à identificação dessas, fez-se o movimento de agrupar os recortes das falas que as expressavam na tentativa de compor as unidades de significação (US).

Os recortes das falas foram transpostos para um quadro de análise, no qual foi realizado o destaque cromático dos significados. As estruturas essenciais foram identificadas nos depoimentos dos casais e coloridas para diferenciação entre si. Após a elucidação dos significados, foi elaborado o caput da unidade (enunciado que caracteriza a US) respeitando as palavras e expressões ditas pelos casais.

As US, juntamente com os discursos fenomenológicos (descrições detalhadas dos significados expressos nas falas dos casais) compõe a compreensão vaga e mediana. Para elaboração dos discursos fenomenológicos, a pesquisadora procurou seguir com rigorosidade a descrição dos significados utilizando palavras e expressões ditas pelos casais.

A compreensão vaga e mediana diz respeito à dimensão ôntica do fenômeno, o que pode ser percebido de imediato. Remete aos fatos, ao que está dado e pode ser explicado. Dessa forma, os significados que buscamos nesse momento metódico podem ser entendidos como o que é factual para o casal no vivido dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV.

A análise compreensiva pode estar repleta de conceitos e teorias determinadas, as quais configuram a compreensão dominante. Nessa perspectiva da busca considerando o ente como é em si mesmo, abre-se a possibilidade de transformação desta em investigação, uma vez que o questionado seja determinado de forma libertadora. Como nós mesmos somos o pesquisador se reconhece como ente que questiona. Questionar o sentido do ser necessita à busca pela transparência do que é questionado. Para se chegar a tal transparência, faz-se o desdobramento do que pertence a uma questão (HEIDEGGER, 2011).

Apresenta-se esse desdobramento em três polos (PAULA, 2008):

Polos do questionamento	No presente estudo
Questionar se configura como a busca ciente, com uma direção prévia, do ente naquilo que ele é e como ele é. O questionar possui um <b>questionado</b> , o qual é o <b>ser</b> , ão que determina o ente como enteö.	O ser-casal
O <b>perguntado</b> se trata da intenção que se tem, ãaquilo em que o questionamento alcança sua metaö - <b>sentido</b> .	O sentido do ser-casal na vivência dos cuidados na profilaxia da transmissão do HIV.
O <b>interrogado</b> , o <b>ente</b> , sendo o ser constituinte do questionado, ão ser diz sempre ser de um enteö.	O casal que vivenciou os cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV.

**Quadro 1** - Desdobramento dos três polos da questão do ser (composição construída pela autora deste estudo)

Compreender os significados do fenômeno requer que o ente seja acessado tal como é em si mesmo. Ao ser acessado em sua forma genuína, permite a elaboração do conceito de ser deste ente. Chama-se de ente diversas coisas que são dadas no mundo de diferentes maneiras, que falamos desse ou daquele modo, e também é o que e como nós mesmos somos (HEIDEGGER, 2011).

A hermenêutica, análise interpretativa, constitui o segundo momento metódico proposto por Martin Heidegger. Nesse momento, a partir do conceito do ser-casal, busca-se na compreensão dos significados a possibilidade de desvelar os sentidos do ser. Esse movimento permite caminhar da dimensão ôntica, factual, para a dimensão ontológica, fenomenal.

Na dimensão ontológica é possível irmos ao encontro da essência do ser. Este ser, ente dotado de presença, tem como estrutura fundamental o ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2011).

A essência é concebida na dimensão existencial do ser, a qual vale destacar se diferencia do termo conceitual de existência. A maneira conceitual de existência se refere ao *õser simplesmente dadoö* (HEIDEGGER, 2011, p. 85), que existe no mundo. A existência, na qual buscamos a essência do ser, abarca as relações e como esse ser se compreende no mundo. Para Heidegger, a existência se mostra por meio dos modos-de-ser do ser, interpretados à luz dos sentidos.

Sobre a presença, esta foi a grafia utilizada, diante a inúmeras considerações e reconsiderações, para traduzir o termo alemão *õDaseinö*. Ao desmembrar a palavra presença,

o *pre ãdaö* se refere à ãproximidade do distanciamento e distância da proximidadeö e *sença ãseinö* se refere a ser (HEIDEGGER, 2011, p. 28). Assim, *presença* deve se fazer compreender como o movimento constante de aproximação e distanciamento que constitui a dinamicidade do *ser-do-humano*.

Os sentidos permanecem velados, obscuros e para avançar à interpretação dos significados compreendidos, entende-se como possibilidade a conquista de um fio condutor com a elaboração do conceito de ser. ãÀ luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nele inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecidaö (HEIDEGGER, 2011, p. 41). Esse movimento corresponde à análise interpretativa, hermenêutica heideggeriana.

### **3.4 Aspectos éticos da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida em concordância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ó Ministério da Saúde, a qual estabelece as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996). Para proteger os participantes da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos da beneficência, do respeito à dignidade humana e da justiça (POLIT, BECK, 2011).

No que diz respeito à beneficência, esta visa à minimização de danos e maximização de benefícios aos casais que participaram da pesquisa. Este princípio contemplou as dimensões de que não houve danos, os desconfortos manifestados pelo choro e silenciamento foram superados pelo dialogo e pela escuta sem necessidade de intervenção de outros profissionais.

Quanto ao respeito à dignidade humana, dos direitos à autodeterminação e ao pleno conhecimento, foi assegurar a autonomia e participação voluntaria dos casais. Quando o casal concordou em participar da pesquisa, cada pessoa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A).

O princípio da justiça se refere aos direitos de: tratamento justo e privacidade. Quanto o direito de tratamento justo, foi garantida a seleção por meio dos critérios de inclusão e exclusão. O casal que se recusou a participar da pesquisa foi tratado com respeito e livre de preconceito e discriminação. O direito à privacidade foi assegurado durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa e que os dados fornecidos serão mantidos em

confidencialidade e também compõe um banco de dados por cinco anos, que será utilizado exclusivamente para fins científicos e para publicações, conforme assegurado no Termo de Confidencialidade (anexo B).

O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE/UFSM), submetido à apreciação do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE/HUSM) e do Núcleo de Educação Permanente da Saúde da Secretaria de Saúde do Município (NEPeS/SMS) sendo aprovado por ambos (anexo C e D). Ainda, o projeto foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos (SISNEP).

O protocolo do projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) e aprovado sob CAAE 0298.0.243.000-11 (anexo E).

## 4 RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados compostos pela historiografia dos participantes, pela compreensão vaga e mediana, pelo conceito de ser e pela hermenêutica.

### 4.1 Historiografia: o quem do ser-casal

A historiografia refere-se a õpresença que vigora por ter sido presença em sua possibilidade mais própria de existir [...] a existência sempre está lançada faticamenteõ (HEIDEGGER, 2011, p. 487). Logo, a historiografia é composta pela dimensão õtica do casal, os fatos que caracterizam o seu *sendo-no-mundo* e o *quem* do ser-casal.

Para composição da historiografia do ser-casal, buscaram-se nos depoimentos informações sobre como souberam do diagnóstico, seu relacionamento, a gestação no contexto do HIV/aids. No que se refere ao item gestação no contexto do HIV/aids, este contempla a condição sorológica do casal, o desejo de engravidar e se houve planejamento reprodutivo.

Ainda, é composta pelo período em que teve início a profilaxia, tipo de parto realizado, o período de desenvolvimento do filho (idade do bebê ou idade gestacional), a situação da profilaxia (utilização: dos antirretrovirais (ARV) na gestação, zidovudina (AZT) no parto e AZT xarope para o filho; se houve amamentação) e o resultado da sorologia do filho (quadro 2).

Diante disso, descreve-se a historiografia do casal 1, o qual soube do diagnóstico da mulher quando esta procurou o serviço de saúde por não sentir-se bem. No momento da descoberta mantinha relacionamento estável com o atual companheiro e o casal é sorodiscordante. Não esperava engravidar, foi uma surpresa e dessa forma não realizaram o planejamento reprodutivo. Iniciou o tratamento para profilaxia da transmissão vertical do HIV assim que descobriram a gestação, e não fez referência sobre o tipo de parto.

No momento da entrevista o filho do casal estava com 10 meses, relatou que utilizou antirretrovirais na gestação, ofertou zidovudina xarope para o filho e não amamentou. Já tinham o resultado da sorologia para HIV do filho, o qual é soronegativo.

Cada casal manifestou no depoimento sua historiografia, que será apresentada no quadro abaixo:

	<b>Diagnóstico</b>	<b>Sorologia</b>	<b>Desejo de engravidar</b>	<b>Planejamento reprodutivo</b>	<b>Início da profilaxia</b>	<b>Parto</b>	<b>Desenvolvimento do filho</b>	<b>Situação da profilaxia</b>	<b>Resultado da sorologia/HIV</b>
M1 H1	Na procura por serviço de saúde por não sentir-se bem. Relacionamento estável com atual companheiro	SD	Não esperava engravidar.	Não realizaram	Início da gestação	Não relata	10 meses	ARV na gestação: sim AZT no parto: não relata AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F1: soronegativo
M2 H2	Companheiro inicia o TARV e ela faz exame. Relacionamento estável com atual companheiro.	SC	Sim	Não realizaram	14ª semana de gestação	Cesáreo	4 meses	ARV na gestação: sim AZT no parto: não relata AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F2: em acompanhamento
M3 H3	Realização do teste rápido no parto. Relacionamento estável com atual companheiro	SD	Sim	Sim. Diagnóstico de HIV no parto.	Parto	Cesáreo	7 meses	ARV na gestação: não AZT no parto: sim AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F3: soronegativo
H4 M4	Não relata. Relacionamento estável com atual companheiro	SC	Sim	Sim	Início da gestação	Vaginal	2 meses	ARV na gestação: sim AZT no parto: não relata AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F4: em acompanhamento
M5 H5	Há 13 anos. Relacionamento com outro companheiro.	SD	Sim	Não	Não relata	Não relata	1 ano e 3 meses	ARV na gestação: sim AZT no parto: sim AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F5: em acompanhamento
H6 M6	Não relata, foi recente. Não se refere ao relacionamento.	SC	Não relata	Não	Início tardio	Não relata	Não relata	ARV na gestação: sim AZT no parto: sim AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F6: em acompanhamento
M7 H7	Na primeira gestação, há 8 anos. Relacionamento com outro companheiro.	SD	Sim	Não	Não relata	Gestante	35 semanas de gestação	ARV na gestação: sim AZT no parto: sim AZT para o filho: sim Aleitamento materno: não	F7: em acompanhamento pré-natal

Quadro 2 ó Historiografia do ser-casal

## 4.2 Análise Compreensiva

Esta seção inclui a compreensão vaga e mediana, primeiro momento metódico proposto por Martin Heidegger. Na compreensão vaga e mediana serão apresentadas as unidades de significação (US), contemplando a dimensão ôntica, dimensão onde o que se mostra são os fatos, os significados. Os depoimentos revelaram que para o casal que vivenciou a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam:

**US1:** fazer tudo certo desde o pré-natal, tomar remédio e ir nas consultas, não amamentar e dar remédio para o filho.

**US2:** não imaginar que poderiam se infectar, não ter a garantia do tratamento dar certo e ter medo de transmitir para o filho.

**US3:** não poder amamentar é triste, novidade e luto para a mulher que não deixa de ser mãe, mas não é completo. Diante dos outros é complicado para o casal.

**US4:** Que o casal está junto e cuidam um do outro. Seguem com a vida normal, como se não tivesse a doença. A única coisa é o preconceito que faz silenciar.

**US5:** Cuida do filho para ter saúde e se envolvem com ele. Agora são uma família.

Para o casal que vivenciou a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam **fazer tudo certo desde o pré-natal, tomar remédio e ir nas consultas, não amamentar e dar remédio para o filho (US1).**

Ao significar os cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV, o casal anuncia que faz o tratamento adequadamente. Faz tudo o que tem que fazer, desde o pré-natal, para que o filho nasça com saúde. Segue passo a passo a orientação dos profissionais, faz como eles pedem.

Faz tudo, até o fim, pois se preocupa constantemente em não transmitir o HIV para o filho. Quando o diagnóstico foi descoberto durante a gestação ou no parto, o casal lamenta a descoberta tardia, do contrario teria iniciado precocemente o tratamento.

Confia no que os profissionais de saúde orientam que seja feito para prevenir a transmissão, pois acredita que eles não iriam fazer algo para prejudicar seu filho. Reconhece que gestar e ter HIV exige mais cuidados, pois já vivenciaram a gestação quando não tinham o vírus.

Foi por orientação médica [os cuidados para profilaxia] [...] (M2). A gente fez tudo direitinho [...] (H2)

eu acho que o ginecologista teve os cuidados na hora do parto, da cesárea [...] foi

feito um exame só quando eu engravidei e eu acho que o correto, deveria o médico ter feito mais outro exame (M3) bem bom era que tivesse descoberto durante a gravidez [para fazer o tratamento desde quando engravida], que foi feito o teste. Na verdade foi descoberto só depois na hora de nascer (H3)

Fizemos tudo certinho, como ela [médica] mandava [...] para que nascesse com saúde (H4). Fazer tudo certinho [...] fiz todo o pré-natal, do começo até o fim, fiz tudo [...] Como a doutora disse, fazendo tudo certinho (M4)

O que nós pudemos fazer, nós fizemos [...] é poder dar para ela o essencial, não deixar faltar um iogurte, uma fruta, que é o que ela come. (H5). Fiz tudo direitinho, até agora [...] foi uma gravidez tooda cuidadosa [...] começando pelo pré-natal (M5)

A gente procurou seguir passo a passo as orientações dos médicos (M6). Mas creio que os médicos não iam fazer algo para acabar prejudicando um inocente (H6)

Foi compromissado com o tratamento medicamentoso no pré-natal, toma a medicação durante a gravidez, também não falha às consultas e faz os cuidados durante o parto. É do interesse dele participar de palestras, busca informações com os profissionais e meios de comunicação. Procura ouvir e observar para saber o que vai acontecer.

Realizar o tratamento, tomar as medicações, é ruim. Por vezes as medicações causam efeitos indesejados na mulher como dor de estômago, diarreia, vômito e não consegue se alimentar direito. Nesses momentos, o companheiro insiste para que ela tome a medicação e ajuda buscando estratégias para facilitar a ingesta dos remédios. Quando necessário troca de medicação para que não prejudique a criança, a medicação é a única maneira de cuidar para não transmitir o HIV para o filho. Vai nas consultas porque tem que ir, mas não gosta.

Busca informações, por leitura de jornal, revistas e cartilhas informativas, assiste reportagens na televisão, faz pesquisas na internet. Procura estar atualizado sobre novas terapias e notícias que envolvem a prevenção e tratamento do HIV/aids.

E eu chorava as vezes para tomar esses remédios e ele [H1] me arrumava suco, arrumava água doce, fazia chá para mim tomar os remédios [...] a medicação tinha que estar no horário, era rígido [...] tem que ter compromisso, não venho nas consultas por que eu quero, mas eu sei que eu tenho que vim (M1). Não perdemos nem uma consulta [...] As vezes eu brigava com ela por causa dos remédios, fazia ela tomar [...] a gente fez todo o tratamento dele [F1] (H1)

E na hora de ganhar também, fiz o uso do AZT, depois que ganhei também continuei, e deu [...] E eu achei que não ia [ser parto normal], ia ser cesárea, para prevenir mais [...] Eu acho que eu posso perguntar para a doutora hoje sobre o exame que ele fez quando ele saiu do hospital (M4)

a gente participou das palestras e disseram que tem a janela imunológica (H5) vir uma hora antes [do parto] para fazer o medicamento no soro [...] Eu tive bastante palestra [...] eu fui pegar assistência bastante, durante os nove meses assistindo palestra, eu já sabia mais ou menos o que ia acontecer (M5)

A prevenção é a medicação [...] a primeira gravidez [já tinha HIV] foi muito difícil, mas essa não, tranquilo [...] a gente nunca falha consulta [...] A gente vê na TV, a gente presta atenção, a gente procura saber, procura ouvir informações (M7) A princípio bem, observando esses cuidados que é tomar a medicação, as consultas que estão marcadas, sempre ir [...] notícia, pesquisa, resultados, isso e aquilo, coisas que a gente observa bastante (H7)

Para completar a profilaxia da transmissão vertical do HIV, após o parto, não amamenta e dá o remédio para o filho. Faz o acompanhamento de saúde dele, vai nas consultas de puericultura e faz exames.

Assim como realizou o tratamento rigoroso durante a gestação, o casal não se descuidava em cumprir adequadamente o tratamento do filho. Cuida para não esquecer nenhuma dose da medicação e dar no horário exato. Busca estratégias para lembrar o horário e fazem o que for preciso.

Além da medicação no horário, sabe que não pode amamentar e aceita. Para fazer o acompanhamento de saúde do filho, vai a todas as consultas marcadas, faz todos os exames e aguarda para quando será feito o exame que dará o resultado final da situação sorológica do filho.

A única coisa que eu tratei o F1 diferente foi a medicação tinha o horário específico para tomar. Eu tinha medo de esquecer do horário, então eu gravei [no celular] todos os horários que era de 6 em 6 horas no início. [...] Ah, eu já pensava, desde a gravidez que eu não podia amamentar ele (M1) A gente cuidou, não deixamos de fazer nada, dar medicação para ele [F1], nada! [...] dar o medicamento para ele ou tu pegar e trazer ele no médico, isso não é difícil (H1)

não amamentar e os dois remédios que ela [F2] teve que fazer uso [...] o AZT ela achava que era mama. Ela tomava e [faz som de estalar os lábios ao sugar], era bom (M2). Ela [F2] nasceu dia 1º de agosto e teve que tomar o AZT até o dia 12 de setembro. Tomou direitinho (H2)

fizeram os exames [no F4] todos que tinham que fazer (H4) não amamentar, o remedinho certinho quando saiu do hospital [...] no final deu tudo certo [...] dar aquele remedinho de 6 em 6 horas. Acordava de madrugada para nós dar o remedinho. E agora tem que vir nas consultas, fazer o acompanhamento certinho, fazer exames [...] Daqui a um ano e meio faz o examezinho dele (M4)

Para o casal que vivencia a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam **não imaginar que poderiam se infectar, não ter a garantia do tratamento dar certo e ter medo de transmitir para o filho (US2).**

Ao significar os cuidados para profilaxia da transmissão vertical do HIV, o casal expressa seus sentimentos ao saber do diagnóstico de HIV. Não imaginava que poderia se infectar. Quando fica sabendo é um choque, horrível, foi difícil. Diz que depois que tem a doença tem que se acostumar.

A infecção pelo HIV surpreende o casal, pois pensa que essa é uma doença distante dele. É difícil descobrir que tem HIV e mais difícil ainda contar para o companheiro. Saber que tem essa doença ainda se relaciona a pensar que pode morrer e isso gera sentimentos ruins que podem interferir no início e continuidade do tratamento.

Após o choque causado pela descoberta do diagnóstico, a saída para superar isso é se acostumar com a doença, se abraçar nela e seguir a vida. Ainda que possa haver alguns sustos, como adoecer por não tomar os remédios, entre a descoberta e a aceitação do diagnóstico, depois se da contam e cai em si.

Foi muito desesperador [...] meu desespero era assim: como é que eu vou falar [que tem a doença] para ele [H1] [...] tu não é obrigado a continuar comigo, e daí a gente chegou num acordo que a gente ia ficar junto [...] Foi uma experiência bem difícil [...] (M1) Quando eu fiquei sabendo que ela tinha eu levei um baque bem grande [...] Foi difícil, só que aí claro, quando nós ficamos sabendo o que aconteceu, acharam que tinha sido e que tinha passado para ela (H1)

isso [a ex companheira do H2 não se infectou] também era um fator de imaginar que eu nunca pegaria [vírus] do H2 (M2) então a M2 está contaminada. [...] foi doloroso, foi horrível [...] a M2 aceitou aparentemente, as vezes eu sentia que ela aceitava muito mais do que eu. Eu me sentia completamente culpado (H2)

Quando eu engravidei eu não tinha nada, nunca imaginei que poderia ter acontecido isso [doença], foi na hora do parto que a gente ficou sabendo [...] no início é um choque para todo mundo [...] a experiência foi péssima, foi horrível (M3) É um choque [quando soube do diagnóstico]. Nem penso muito [...] é uma bomba na hora [...] se tu tem uma doença tu vai ter que te acostumar com ela ou vai ter que se matar [...] então tu tem que abraçar nela e seguir a vida [...] a gente acha que com a gente nunca vai acontecer (H3)

No começo eu fiquei meio transtornado, logo que soube [do diagnóstico]. Achava que já era o fim, ia morrer, não tomava o remédio [...] fiquei um mês quase internado, bem ruim. Depois daquele susto ali que eu cai em si (H4)

No início foi meio turbulento [...] na questão da identificação do HIV foi recente e tudo. Foi custado para identificar (H6)

Foi difícil porque eu descobri na gestação [...] Descobrir que tu está grávida, descobrir que tem isso [HIV]. Tu não saber informação de quase nada, não foi fácil, não foi fácil [...] me deu um baque (M7)

O casal anuncia que tem medo de transmitir o HIV para o filho por não ter a garantia do tratamento dar certo. Enquanto faz o tratamento não tem certeza e fica pensando se o filho vai ter ou não a doença.

O casal vivencia momentos de dúvida durante a gestação e tratamento do filho, pois não tem certeza se todo o esforço que fez ou está fazendo vai ter o resultado esperado, a efetividade da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Quando não tem 100% de garantia de que o tratamento vai dar certo, não fica tranquilo até o resultado final.

Quando pensa que pode ter feito alguma coisa errada, como trocar a dosagem da medicação o ter iniciado o tratamento tarde durante a gestação, sente-se em pânico. Caprichar no remédio para dar tudo certo e não passar o vírus para o filho.

A gente tinha aquele medo assim: eu fiz tudo certo e quem vai garantir para gente que vai dar certo mesmo? E querendo ou não, a gente está brincando com uma vida. A gente estava ali fazendo experiência? E a gente ficava pensando, e se não der certo como é que vai ser a vida dele? (M1) Enquanto não tem a certeza, não tem a resposta de que deu certo tu fica com uma dúvida na cabeça [...] Mas enquanto a gente não recebe aquela notícia que está liberado, aí tu fica pensando [...] não tem 100%, 100% de certeza que teu filho não vai ter a doença (H1)

a gente teria que voltar para Santa Maria e começar o acompanhamento. Então a gente continuou no ar assim: Ah meu Deus, quando é que vai começar? [...] Aí eu: nossa, quanto remédio, 4 ml, porque o AZT era o mínimo, era uma seringa fininha. Aí eu me dei conta assim, não era 5 ml que ela tinha que tomar [de AZT] e eu estou dando errado? Me deu um pânico (M2) a gente chegou no horário errado e aí a gente se apavorou, a gente começou a chorar porque achava que estava demorando [para começar o tratamento p/ prevenção] [...] a gente sabe que a gente fez tudo direitinho, por mais que a gente tenha levado alguns sustos assim (H2)

Acho que foram esses os cuidados ali no início para não acontecer de transmitir para ele. [...] se tivesse aparecido [resultado do exame] mais segurança teria tido para não transmitir nada para ele [F3] (M3) Porque o certo é fazer o tratamento já desde quando engravida para não passar, e não foi feito (H3)

meio preocupado com tudo, poderia sair alguma probleminha [...] de nascer com o vírus. Ai eu conversei bem com a doutora e ela explicou que as chances eram muito

pequenas [de nascer com o vírus], que era difícil de acontecer (H4) troquei de remédio, medicamento, estava tomando o efavirenz, que faz mal, pode nascer a criança com problema [...] acho que vai dar tudo certo, que eu não vou passar nada para ele [...] sempre caprichando no remédio para não alterar nada, cuidar para que não tivesse alterado nada nos exames (M4)

Minha preocupação é só as duas [M5 e F5], principalmente ela [F5], para não transmitir, não pegar a doença (H5) O medicamento dobrado, é o dobro que tu vai tomar. Se tu tomar duas vezes o medicamento tu vai tomar três vezes ao dia, vai saturar o teu organismo. [...] foi uma gravidez toda cuidadosa. Tudo, para não subir a pressão, a minha imunidade não baixar demais (M5)

eu como gestante era o único [medicamento] que eu poderia tomar. Se eu não tomasse, não teria proteção nenhuma para ela, não tinha outra escolha, ou tomava ou tomava [...] Com a preocupação de começar o tratamento mais tardio para ela [F6] (M6) foi custado para identificar e custou para entrar com a medicação para defesa dela [F6] [...] medicação deveria ter sido começada antes. Então houve essa preocupação. Mas creio que os médicos não iam fazer algo para acabar prejudicando um inocente (H6)

eu sei que através da medicação eu não vou transmitir [...] tudo que a pessoa puder fazer de cuidados para não transmitir para um serzinho tão indefeso, tudo vale a pena (M7)

Para o casal que vivencia a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam **que não poder amamentar é triste, novidade e luto para a mulher que não deixa de ser mãe, mas não é completo. Diante dos outros é complicado para o casal (US3).**

O casal expressa que não poder amamentar é triste, novidade e luto para a mulher. Com os outros filhos foi diferente, foram amamentados. Não deixa de ser mãe porque não está amamentando, mas fica faltando para ser completa a felicidade.

Com vivências e experiências em amamentação, as mulheres sabem que é importante o filho receber o leite materno, pois este pode proteger contra doenças e proporcionar que a criança cresça saudável e forte. Porém, refletem que quando têm o vírus a melhor opção é não oferecer seu leite, assim dá continuidade aos cuidados que realizam desde a gestação.

Durante a gestação, aprendem que não pode amamentar, se informaram ou ouviram falar sobre isso. Quando vivenciam essa impossibilidade sentem que é difícil. O companheiro pensa que ela já deveria estar preparada para não amamentar, pois já sabia que seria assim, e se surpreende com a reação da mulher.

A ampla divulgação de apoio ao aleitamento materno nos meios de comunicação,

serviços de saúde e pelos profissionais contrapondo-se a carência de divulgação nas situações em que a mulher não pode amamentar gera desconforto. Nem mesmo no serviço de saúde onde fazem o tratamento esse assunto é divulgado e tratado com naturalidade, permanece em silêncio.

A única coisa que eu senti muito, muito mesmo foi não poder amamentar. Eu sempre amamentei meus filhos [...] desde a gravidez eu sabia que eu não podia amamentar ele [F1] (M1)

Não poder amamentar foi um luto para mim, foi a parte mais difícil. [...] eu já devia estar preparada, mas doeu na hora (M2) Eu não esperava essa reação [um luto não amamentar] dela, para mim era uma coisa que ela já estava processando que ela não ia dar mama no peito (H2)

É horrível saber que tem isso e daí não poder amamentar [...] não amamentar foi triste [...] ficou faltando para ser completa tua felicidade, tua realização (M3)

Eu achei que quando ganhasse ele [B4] meus peitos iam ficar desse tamanho [faz gesto de seios cheios], não sabia o que eu ia fazer com o leite (M4)

Era uma novidade para mim, porque dos outros [filhos] foi diferente, eu amamentei, não tive problema nenhum (M5)

Eu sei que eu não posso [amamentar] [...] Tu não deixa de ser mãe porque tu não está dando o peito [...] tu chega lá [pré-natal] e tu fica lendo aqueles cartaz imenso de grande que faz bem [amamentar], que faz isso, que faz aquilo, mas não tem uma coisinha para deixar as mães [que tem HIV] mais calmas, um cartaz lá dizendo, que conforte a gente. (M7) só que eles [profissionais de saúde] não esclarecem que quem é portador do HIV a mãe não pode amamentar. Essa parte falta [...] Na mídia não tem, esse foco falta também (H7)

O casal relata que diante dos outros é complicado não amamentar. Quando diz que não vai amamentar, as pessoas cobram e julgam. Acabam aceitando que não vão amamentar, outras mães não amamentam por outros motivos além do HIV.

É complicado quando as pessoas perguntam se vão amamentar e elas respondem que não, pois as pessoas não sabem o verdadeiro motivo, que é o HIV. Diante disso, as pessoas questionam a decisão as sentenciando por estar privando o filho de algo tão saudável como o leite materno.

Frente às cobranças as mulheres atribuem outras razões fictícias para justificar que não vão amamentar. Além disso, refletem que existem outros motivos para não amamentar e essa reflexão reforça a veracidade das razões fictícias que falam para os outros.

Eu queria ter dado mama quando ela procurava o meu seio [...] tem nenê que também não é amamentado e a gente acabou aceitando (M2) tem quantos nenês que não mamam não só por esse motivo [HIV], não são amamentados no peito. Tem tantas outras... algum medicamento forte que a mãe [usa] e aí não pode amamentar porque não pode passar para a criança (H2)

Tu ver as outras mães poderem amamentar, fica uma coisa ruim [...] vai tirando da cabeça essa parte ruim (M3)

Achei também que ele [F4] ia sentir falta do peito (M4)

Tu ouvir as pessoas te perguntar sobre amamentação é muito complicado [...] as pessoas: ah tu vai amamentar? Não. Ah, tu é a pior espécie de ser humano do mundo, porque tu não vai amamentar, tu é uma mãe desnaturada [...] elas [pessoas] ficam te julgando, te cobram [...] Aí eu invento um monte de coisa, dou um monte de desculpa (M7) As pessoas, tu diz que não vai amamentar só que não sabem o porque e tu não fala pela questão do preconceito e elas perguntam não pela realidade, porque não conhecem (H7)

Para o casal que vivenciou a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam **que o casal está junto e cuidam um do outro. Como se não tivesse a doença, seguem com a vida normal. A única coisa é o preconceito que faz silenciar (US4).**

Sofreram juntos na vivência dos cuidados para prevenir a transmissão do HIV para o filho e que antes eles sobreviviam, hoje vivem bem. Essa vivência foi bem complicada, difícil, mas não foi o fim do mundo, os aproximou, estão mais unidos e cuidam um do outro. A existência do filho justifica a razão pela qual o casal está junto. A mulher expressa a importância de ter o companheiro do lado.

a gente sofreu junto os dois [...] A gente está bem, nos entendemos mais, estamos felizes [...] antes a gente sobrevivia, hoje a gente vive bem (M1) Foi bem complicado [...] eu estava sempre junto [...] a gente se abraçou junto [...] trocava o meu serviço para estar aqui [acompanhando o tratamento] junto com ela [...] depois de tudo isso que a gente passou a gente se uniu mais [...] a gente aprendeu a cuidar um do outro [...] a gente se aproximou, se conheceu mais (H1)

a gente se apavorou (M2) Ela [F2] veio para justificar porque nós estamos juntos (H2)

estar do lado dela [M3] [...] eu acho que de 10 homens 1 fica do lado da mulher nessa situação [...] (H3) Bola para frente. E de preferência com um pai do lado, com certeza, ajudando a criar [...] claro que é difícil, mas não é o fim do mundo (M3)

A gente também faz o nosso tratamento [...] a gente aproveitou, estava com uma

imunidade boa [...] (M4) nós conversamos com a doutora (H4)  
 a gente é mais consciente [...] (M5) para mim foi bom [...] desde o primeiro dia que  
 eu conheci a M5 até agora, convivência boa, não brigamos [...] vivemos bem (H5)  
 não alterou muito o nosso cotidiano (H6)  
 a gente fazia antes e faz agora durante a gestação [os cuidados] (M7) a gente tem  
 que saber lidar [...] isso [HIV] realmente não é um problema na nossa vida pessoal  
 (H7)

É como se não tivesse a doença. O HIV na vida do casal é o mínimo, às vezes nem lembra que tem, só quando vê uma reportagem na televisão ou tomando os remédios. Ter HIV não é uma coisa para ser pensada 24 horas do dia, é apenas um item a mais para ser cuidado.

Faz o contraponto de que a diferença é tomar remédios e usar preservativo. Porém, isso faz parte do hábito do casal como escovar os dentes, que já está naturalizado e diluído na rotina, é algo normal.

E tudo é tão feliz que isso [doença] acaba sendo o mínimo [...] nem as vezes  
 tomando remédio eu lembro [que tem o vírus] [...] A gente investe, a gente gasta,  
 mas a gente compra uma [camisinha] bem confortável que é o que a gente consegue  
 usar (M2) Não é uma coisa que eu fico 24 horas buzinando na minha cabeça [aids]  
 [...] aquilo [tomar os remédios] faz parte como escovar os dentes e como qualquer  
 outra coisa do nosso habito (H2)  
 a gente só sabe que tem [vírus] porque toma os remédios [...] A única coisa de  
 diferente que a gente tem que usar preservativo (M4) como se não tivessem nada.  
 [...] em casa a única diferença é usar remédios (H4)  
 Só os cuidados assim, que no dia a dia do casal [que não tem HIV] não precisaria ter  
 [não usar preservativo] (M6) Só um item a mais a ser cuidado, que é o tratamento  
 [...] mais as prevenções necessárias, uso do preservativo, essas coisas assim (H6)  
 parece que eu não tenho [...] normal que nem a tua [...] a única hora que eu vejo que  
 eu tenho é quando eu vou ali tomar a medicação [...] (M7)

O casal expressa que segue com a vida normal. Não tem restrições no que se refere a tomar decisões sobre as atividades do seu dia a dia. Ter o HIV não mudou nada em sua vida, não teve dificuldade, melhorou pois é uma maneira de lutar cada vez mais.

Não fica pensando que tem HIV, e não vai deixar o vírus ser maior que sua vida, senão não vive, convive com ele. Relata que tem uma vida como a de qualquer outra pessoa que não tem nada, trabalha, se diverte e vive.

isso a gente vai continuar normal [...] (H1)

Daí era tudo normal [...] a vida continua (M2)

estamos levando normal [...] Tudo normal, vida normal (H3) Não pode ficar pensando que tem isso [doença] senão tu não vive [...] minha vida continua a mesma (M3)

Nós temos uma vida normal (M4) Mesma coisa que a gente vê as outras pessoas que não tem nada, trabalham (H4)

Para mim não mudou nada, melhorou. Porque ela [F5] é uma maneira de tu lutar cada vez mais (M5)

não teve dificuldade, foi normal (M6) no cotidiano em casa não alterou nada (H6)

Nem penso que tenho [HIV] [...] Uma vida normal (M7) A princípio não tem restrição alguma, uma vida normal [...] não vai deixar o vírus ser maior do que a tua vida. [...] não tem um peso muito grande em relação a tomar decisões, a fazer qualquer tipo de atividade [...] Tu tem, ele existe, tu vai conviver com ele deixa ele [HIV] ali quietinho e segue a tua vida normal (H7)

O casal revela que o preconceito os faz silenciar. Isso abala e faz se isolar, de preferência não quer que ninguém fique sabendo que tem a doença, o vírus, o problema.

O preconceito encontra-se presente nos depoimentos do início ao fim, de uma maneira ou de outra, com maior ou menor intensidade. É proveniente de diferentes meios, pois já sofreu e sofre preconceito da sua ou da família do companheiro/a, dos profissionais de saúde que o atende e de outras pessoas.

Após vivenciar situações assim prefere não contar para ninguém seu diagnóstico e busca estratégias para conviver com isso. Recebe um impacto nessa vivência, mas absorve, retoma o sentido e segue como se nada tivesse acontecido e sem que ninguém perceba esse movimento. Diante disso, o casal silencia sua condição sorológica e se isola, prefere ficar mais em casa e deixa de se relacionar com outras pessoas.

O que mata as pessoas não é a doença, é o preconceito [...] Mas eu me fechei, me fechei! Então eu fico mais com ela, em casa (H1) O Preconceito vem de dentro da minha casa, da minha mãe [...] eu fiquei sem mãe [mãe se afastou quando soube do diagnóstico] o que nós vamos esperar dos estranhos? [...] é uma coisa que de preferência a gente não quer contar para ninguém [...] Então daí a gente isolou (M1) Eu sofri preconceito muito forte do estudante de medicina [...] Hoje só sabe quem restritamente precisa saber que é o pessoal da área da saúde e diretamente nós (M2) Eu não sou a doença, eu sou a pessoa [...] Não sofri nada [de preconceito] até me relacionar com a M2 porque aí a família dela não me aceita [...] eu fui rejeitado (H2) O pessoal tem bastante preconceito, até a família da gente tem preconceito (H3) eu acho que saiu [comentário de que ela tem esse problema] dali da sala de parto

mesmo, as próprias enfermeiras ajudaram no parto [...] Mas dali as pessoas já saiam, comentários (M3)

Não quero que as pessoas fiquem sabendo porque são muito preconceituosas [...] ninguém sabe da família dele [...] minha família sabe, mas não toca no assunto [...] já começa lá [hospital] que é um local onde tu te trata [...] se tu não tem essa parte psicológica preparada, aquilo ali [preconceito] vai te afetar (M7) Um abalo momentâneo [quando falam alguma coisa com preconceito], tu recebe aquele impacto, absorve e retoma o sentido de novo [...] quem não tem o psicológico essa parte do preconceito é muito complicado (H7)

Para o casal que vivenciou a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significa **que cuida do filho para ter saúde e se envolve com ele. Agora são uma família (US5).**

O casal anuncia que protege o filho para ter saúde. Cuida e pensa principalmente nele para não transmitir o HIV e viver bem. Quer preservar e defender a criança, está sempre perto e se envolve com ela.

No contexto do HIV/aids, o casal pensa só no filho, em cuidar e viver para cuidar dele. Dobra o cuidado, pois está gerando uma vida e tudo vale a pena para cuidá-lo. Quer defender ele para que não seja exposto, considerando que o HIV é permeado por preconceito e discriminação. Envolve-se com a criança, brinca, acompanham o crescimento e isso tudo dá animo para viver.

Prepara-se para o cuidado que começa desde antes da gravidez, quando faz o processo para engravidar. Perpassa o presente quando afirma que cuida e está sempre junto acompanhando o desenvolvimento dele. Projeta-se para o futuro ao pensar na educação que é necessária para crescer uma pessoa com caráter, incentiva desde a gestação com leitura e música.

Ter o filho foi a coisa mais linda que aconteceu. O casal expressa que com ele não são mais só o casal, agora são uma família. Era o que faltava para completar a vivência conjugal e avançarem para a constituição da família.

A gente cuida dele [F1], o resto vamos levando [...] Eu to sempre perto dele [F1], eu vejo o crescimento dele todo (H1) Ela [medica do posto de saúde] insistiu tanto que ele era uma criança anormal [...] que falei que eu ia dar parte [denunciar à polícia] dela [...] só que a gente não queria expor ele [F1] (M1)

ficar horas conversando como a gente ia educar a F2, como a gente ia incentivar a leitura [...] tudo que a gente já incentiva ela desde a barriga com leitura, com música

[...] ela [F2] era o que faltava [...] nossa família (M2) Muda quando a gente é pai e mãe [de sempre ter contado que tem HIV], a gente quer preservar a F2[...] [...] questão de constituir família [...] Agora não é só eu e a M2, o casal, agora nos somos uma família. E vai ter maninho (H2)

Nem pensávamos em nós quando foi descoberto, pensávamos só nele [F3]. Até agora, estamos pensando só nele [...] só pensa em viver para criar ele [...] uma criança envolve a gente [...] Estar na assistência e ajudar [...] assistência como pai [...] criar, estar do lado dele [F3], ajudar a criar [...] eu pensei, estamos nós três no mesmo barco [...] família (H3) Graças a Deus ele [F3] não tem nada. Foi feito tudo para evitar [...] fazer tudo para ele viver bem, ter saúde, dar educação para ele crescer uma pessoa com caráter [...] uma criança envolve a mais (M3)

para que nascesse [F4] com saúde [fizeram tudo certinho] [...] fazer o processo para engravidar (H4) se cuidar para cuidar dele [F4] [...] e fizemos o F4 (M4)

Cuidado principalmente com ela [F5] (H5) os cuidados que a gente teve com ela [B5] Tenho outros filhos mas nunca tinha acontecido ter o cuidado que eu tive que ter com ela [...] me preparei para o cuidado dela [F5] [...] Eu olho para ela e tu vai te envolvendo, brincando e ela não é quieta, não para, dá animo para viver (M5)

Foi uma coisa prazerosa [o cuidado para prevenir a transmissão] para defender a F6 [...] tomar um medicamento para proteger uma criança, um inocente que está ali, se torna uma coisa mais prazerosa [...] (H6) Nós fazermos o tratamento é horrível, mas acalma saber que tu está fazendo o tratamento para proteger teu filho (M6)

a gente fazia antes e faz agora durante a gestação [os cuidados] eu dobro o cuidado [...] faço agora mais ainda, que a gente carrega uma vida aqui dentro. [...] tudo que a pessoa puder fazer de cuidados para não transmitir para um serzinho tão indefeso, tudo vale a pena [...] A coisa mais linda que aconteceu nas nossas vidas foi essa gestação (M7)

### 4.3 Conceito de ser-casal

O conceito de ser demonstra como o ser-casal se compreende. Sua elaboração se constitui a partir da união do caput de cada US. Na análise compreensiva os sentidos permanecem velados, obscuros e para clarificá-los entende-se como possibilidade a conquista de um fio condutor com a elaboração do conceito de ser.

**Para o casal que vivencia a profilaxia da transmissão vertical do HIV os cuidados com a saúde significam fazer tudo certo desde o pré-natal, tomar remédio e ir nas consultas, não amamentar e dar remédio para o filho, não imaginar que poderiam se infectar, não ter a garantia do tratamento dar certo e ter medo de**

**transmitir para o filho; considerar que não poder amamentar é triste, novidade e luto para a mulher que não deixa de ser mãe, mas não é completo e que diante dos outros é complicado para o casal não amamentar. Frente a essa vivência, o casal está junto e cuidam um do outro, seguem com a vida normal, como se não tivesse a doença, porém o preconceito os faz silenciar sobre seu diagnóstico. O casal cuida do filho para ter saúde e se envolve com ele. Com o filho passam a ser uma família.**

Tendo como ancora o método em Heidegger se avança à interpretação dos significados compreendidos, segundo momento metódico. À luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nele inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida (HEIDEGGER, 2011, p. 41). Esse movimento corresponde à análise interpretativa, hermenêutica heideggeriana.

#### **4.4 Análise Interpretativa, hermenêutica heideggeriana**

Nesta seção será apresentada a interpretação dos significados expressos pelo casal a luz do referencial de Martin Heidegger, buscando desvelar os sentidos que estão velados sob esses significados, dimensão ontológica.

Ao significar como vivenciaram os cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV, a mulher e o companheiro se mostraram sendo casal. Como ser-casal, se compreenderam e se reconheceram como tal. Mostraram-se como ser-casal quando usaram os pronomes *ã gente* e *õ nós*, verbalizaram *õ perdemos*, *õ estávamos* e *õ nosso tratamento* e quando expressaram a cumplicidade do cuidado entre eles como *õ ele [o companheiro] me arrumava suco para tomar os remédios*.

A concretude da estrutura do ser é revelada ao decorrer da investigação e este se desvela como ser dotado de presença. A presença é um sendo, que em seu ser se relaciona com esse ser numa compreensão [...] é um sendo que sempre eu mesmo sou (HEIDEGGER, 2011, p. 98). Compreende-se como ponto de partida para análise destas determinações do ser da presença a interpretação da constituição de ser, a qual se designa *ser-no-mundo*.

O *ser-no-mundo* participa da constituição fundamental da presença e como constituinte desta, pode ser visualizado em toda presença. Participar da constituição

fundamental da presença configura o caráter de recusa de encobrimentos e distorções, pois o *ser-no-mundo* com o seu ser já se abriu a própria compreensão de ser (HEIDEGGER, 2011). A interpretação do ser como ser-no-mundo permite desvelar a compreensão de ser que está encoberta.

Ser sempre si mesmo é próprio da presença em sua existência, abrindo-se para a possibilidade de propriedade, modo de ser da autenticidade, e impropriedade, modo de ser da inautenticidade (HEIDEGGER, 2011). Neste estudo o ser foi desvelado como ser-casal em sua compreensão própria existencial.

O ser-casal fala que faz tudo certo, seguindo passo a passo a orientação dos profissionais de saúde para prevenir a transmissão do HIV para o seu filho. Faz como os profissionais pedem e mandam. Entre os cuidados, cumprem o tratamento para a profilaxia após o parto, dão o remédio para o filho e não amamentam. Além disso, se referem ao uso do preservativo.

A partir dessa significação do ser-casal, foi possível desvelar o sentido da *ocupação* (HEIDEGGER, 2011). O ser ocupa-se em cumprir tarefas que lhe são designadas. Na realização dessas tarefas, não há compreensão, o ser lança mão do instrumento que é necessário para cumprir determinada ação e assim o faz sem refletir sobre o que está sendo feito. O ser-no-mundo está, numa primeira aproximação, empenhado no mundo das ocupações. A ocupação é dirigida pela circunvisão que descobre o que está à mão e preserva nesse estado de descoberta (Ibid., p. 236).

O ser-casal se mostra ocupado em realizar o tratamento exatamente como foi orientado. Ingerir as medicações durante o pré-natal de maneira rigorosa, não faltar às consultas, não amamentar, oferecer adequadamente a medicação para o filho e usar preservativo. O ser-casal se ocupou com o que e como aquilo que lhe foi pedido, sem compreender o significado de suas ações.

O cotidiano do ser-casal no vivido dos cuidados para profilaxia da transmissão vertical do HIV mostra as marcas da presença não sendo ela mesma quando faz tudo que pedem para ser feito e perdendo-se na *ocupação* de cumprir rigorosamente o tratamento. Essas marcas revelam que em seu cotidiano o ser-casal se perde no modo de ser da *inautenticidade*.

A inautenticidade significa o desvio de cada indivíduo de seu projeto essencial em favor das ocupações cotidianas, confundindo-o com a massa coletiva, em que, sendo todos, não é si mesmo, ou seja, ser todos é ser ninguém. O eu individual seria sacrificado ao persistente e opressivo todos nós. O ser em sua vida cotidiana é um ser público, e não um ser próprio, reduzindo sua vida à vida junto aos outros e para os outros, alienando-se da principal

tarefa, que seria o tornar-se si mesmo (HEIDEGGER, 1981).

Mostrou-se no modo inautêntico na ocupação com os cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV. Desvela em seu depoimento a totalidade dos envolvimento e aquilo que esperam deles, considerando os fatores geográficos, históricos, sociais e econômicos em que cada pessoa está inserida, sem que tenha participado ativamente disso.

Diante da ocupação com o tratamento profilático, desvelam a *solicitude substitutiva-dominadora* (HEIDEGGER, 2011) dos profissionais de saúde. Essa ocorre quando há o salto sobre o outro de maneira que este seja dominado, quando toma conta do outro. O profissional se põe a frente do ser-casal decidindo como devem ser realizados os cuidados para a profilaxia, sem proporcionar a eles a possibilidade de escolha e compreensão do cuidado que foi realizado.

Sem compreender repete aquilo que lhe foi dito acerca de fazer tudo certo para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, passa adiante as informações. Assim, mostra-se no modo de ser do *falatório*, pela linguagem parece que compreenderam tudo sem ter se apropriado previamente da coisa. As coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalmente) se fala (HEIDEGGER, 2011). Desse modo revela o caráter autoritário da *solicitude dominadora* que permeia as ações dos profissionais de saúde.

O ser-casal repete a informação de que sabe que não pode amamentar e que já devia estar preparado para isso. O saber que não poderia amamentar desvela-se no modo de ser do *falatório* quando expressa que não esperava a reação de ter sido um luto não ter amamentado, que essa informação era uma coisa que já estava sendo processada (compreendida) quando na verdade só estava sendo repassada sem ser compreendida.

Diante desses fatos, o ser-casal busca informações com os profissionais e meios de comunicação para entender o que está acontecendo e o que pode acontecer e demonstram interesse ao participarem de palestras. Assim, o ser-casal se mantém no modo de ser da *curiosidade* (HEIDEGGER, 2011). Na curiosidade o ser-casal se ocupa em providenciar um conhecimento para simplesmente ter se tornado consciente, não para compreender.

Assim, o ser-casal enquanto ser-no-mundo desvelou que seguiu o tratamento com rigor desde o pré-natal. Repetiu informações que foram ditas e procurou ouvir e observar para saber o que estava acontecendo e o que poderia acontecer.

O ser-casal disse ter uma vida normal em que não há restrições em desenvolver atividades e tomar decisões. Isso remete a não ficar pensando que tem HIV, pois se fica pensando se prende à doença e não consegue viver.

Diante disso, o ser-casal desvela o modo de ser da *ambiguidade* no qual tudo parece

ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi [...] a ambiguidade já se consolidou no compreender como um poder-ser, no modo de projeto e da doação preliminar de possibilidades da presença (Ibid., p. 238).

Como ser dotado de possibilidades, o ser-casal se consolida no modo de ser da *ambiguidade* na compreensão de ter uma vida normal. Porém, essa compreensão encobre o que está velado, pois nesse poder-ser o ser-casal quer parecer como todas as outras pessoas.

O ser-casal destaca com o que se ocupa na diferenciação de quem tem e quem não tem a doença. Afirmou que parece não ter a doença, pois isso é o mínimo em sua vida e não é algo que deve ser pensado, lembrado a todo o momento. Ter o vírus é apenas alguma coisa a mais para ser cuidado em seu cotidiano.

ãA ocupação guiada pela circunvisão que decide sobre a proximidade e distância do que está imediatamente à mão no mundo circundante. A ocupação se atém previamente ao que está mais próximo e regula os dis-tanciamentosö (Ibid., p. 161). Assim, o ser-casal se distancia do mundo circundante ao constituir a aparência, na ocupação de ingerir os remédios e usar preservativo, de não ter a doença e parecer como todo mundo.

Quando afirmou que *parece* que não tem a doença, o ser-casal desvela o movimento do mundo próximo, circundante para o mundo público do nós. No mundo circundante se ocupa e conhece o cotidiano de ter HIV, caminhando para o que parece ser, o que o mundo público espera do ser como ser-no-mundo.

Perder-se no caráter público pode indicar que no poder-ser si mesmo em sua forma mais autêntica a presença já caiu de si mesma e decaiu no mundo, desvelando facetas do ser-casal no modo de ser da *decadência*. A decadência é conduzida pelo falatório, curiosidade e ambiguidade no empenho pela convivência com os outros (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal mostra facetas do modo de ser da decadência ao se manter no falatório de fazer o tratamento adequadamente e saber que não pode amamentar. Mostra-se na curiosidade ao buscar entender tudo que se passa. De modo ambíguo, mesmo que tenha que tomar remédios, usar preservativo e não amamentar, refere não ser diferente dos outros e com isso tranquiliza-se por não revelar que têm HIV/aids. Diante disso, decaem na aceitação da vida normal.

O ser-casal revela que a possibilidade de se infectar pelo HIV não fazia parte de sua compreensão como ser-no-mundo. Não compreendendo, a descoberta do diagnóstico se torna um acontecimento desesperador. Tem dúvidas se o tratamento profilático irá ser eficaz e pensam na possibilidade do filho ser infectado pelo HIV

Com isso, desvelaram-se as diferentes possibilidades de ser do *ter medo*. O fenômeno

do medo pode ser considerado segundo três perspectivas: pavor, horror e terror. Como ser-no-mundo, sua ocupação está dotada de uma compreensão daquilo que lhe é familiar. A forma como aquilo que lhe é familiar vem ao encontro do ser do humano e o caráter de ameaça é que irão determinar as perspectivas do temor (HEIDEGGER, 2011).

Aquilo que o ser-casal conhece sobre a epidemia da aids poderá ser familiar ou não a eles. Desse modo, saber do diagnóstico de modo súbito/inesperado é a forma como a aids vem ao encontro do ser-casal. Então, nesse contexto a ameaça é tudo aquilo que a doença representa à integridade física e social do ser-casal.

Guiados pela circunvisão da epidemia de aids expressam o sentimento de choque ao descobrir que tem HIV e que a descoberta foi dolorosa, uma experiência péssima e horrível. Deu-se de forma súbita em suas vidas. O ser-casal está apavorado com o diagnóstico de infecção pelo HIV/aids. Assim, se mostra fechado para as possibilidades e ameaçado por poder se infectar. A ameaça é representada por aquilo que já ouviram falar sobre a aids, por uma visão de conjunto que abarca o uso e o modo de lidar com aquilo que vem ao encontro na ocupação. Expressa a sua circunvisão acerca da infecção pelo HIV.

Desvela a perspectiva do *pavor*, a qual se revela a partir do diagnóstico da mulher. Aconteceu ãa aproximação mais próxima do que ameaçaõ. Como não esperavam o modo de encontro foi súbito. ãO referente do pavor é, de início, algo conhecido, familiar [...] e súbitoõ (Ibid., p. 202).

Quando o ser-casal anunciou que teme ao não ter certeza de que o tratamento que está realizando vai dar certo, desvelou a transição do pavor para o *horror*. O ser-casal se mostrou horrorizado expressando receio e dúvidas sobre o início do tratamento, apreensivo quando o tratamento demorou a ser implementado. Com vistas a minimizar as ameaças e inquietações, o ser-casal afirma que realizou o tratamento corretamente.

No horror a ameaça assume o caráter daquilo que é desconhecido, não familiar. Dessa forma, o pavor transforma-se em horror (HEIDEGGER, 2011). Não é familiar para o ser-casal o tratamento para a profilaxia da transmissão, não é familiar uma gestante fazer tratamento.

Quando a ameaça possui o caráter súbito (descoberta do HIV) de pavor e desconhecido (a profilaxia) do horror, o temor se mostra na perspectiva de *terror*. Essa foi desvelada quando o ser-casal expressa a ameaça súbita e desconhecida: de o filho poder ter a doença. O ser-casal está aterrorizado com a possibilidade de transmitir o HIV para o filho. Diante disso consideram a possibilidade do sim e do não à medida que não tem certeza de que todo o esforço na realização dos cuidados para a profilaxia vai dar certo.

A temerosidade pode estender-se a outros quando se tem medo no lugar do outro. Ao ter medo no lugar do outro, o ser se mostra na disposição de ter medo junto com ou convivendo com o outro (HEIDEGGER, 2011). Neste estudo, ter medo *junto com*, desvelou-se na ameaça da saúde do filho durante a gestação e o crescimento. Em duas perspectivas: do *horror* e do *terror*.

O temor indica que a presença é temerosa, se mostra diante dos fatos que lhes vem ao encontro na vivência dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV. Essa temerosidade deve ser compreendida como uma possibilidade do ser do humano no existir. Sem exprimir qualquer avaliação negativa.

Ainda, refere-se a como a presença, na maioria das vezes e quase sempre, se mostra no cotidiano. O ser-casal, diante do súbito diagnóstico de ter HIV se mostra no modo *impessoal*: estão apavorados com a descoberta do HIV, horrorizados com o tratamento que é desconhecido e aterrorizados com a possibilidade de transmitir o vírus para o filho.

Ao significar os cuidados na profilaxia, especialmente o ser-mulher, revela que tem vivências e experiências em amamentação. Os outros filhos sempre receberam o leite materno e não poder amamentar agora que tem HIV é uma novidade, é diferente. Com receio do preconceito e discriminação silenciam seu diagnóstico e conseqüentemente o motivo pelo qual não irão amamentar. Isso vai além do silenciar, o ser-casal opta por se isolar a conviver constantemente sofrendo preconceito e discriminação, mesmo que por vezes de forma velada.

Neste estudo, a amamentação está mais imediatamente à mão, e pode ser encontrada como algo que não é passível de ser empregado ou utensílio danificado, pois às mulheres que têm HIV/aids há a recomendação de não amamentar.

O utensílio é designado como *instrumento*, o ente, coisa que vem ao encontro na ocupação. Aquilo que está disponível para o manuseio. Dessa forma desvela-se o instrumento a manualidade, a amamentação. Denominada õpor manualidade o modo de ser do instrumento em que ele se revela por si mesmo [...] o instrumento está disponível para o manuseio, em sentido amplo, unicamente por que todo o instrumento possui esse ser-em-siõ (Ibid., p.121).

As mulheres contaram que reconhecem a importância do leite materno, porque já ouviram falar ou vivenciaram a amamentação de outros filhos. Também relatam que sabem que não podem amamentar devido a infecção pelo HIV, constitui sua *circunvisão* acerca da amamentação e da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Essa interpretação prévia dos fatos lhe abre e regula as possibilidades do seu existir sendo.

Quando esse instrumento está a mão e se descobre a impossibilidade de seu emprego surge a *surpresa*. Emergem os sentimentos de tristeza, dificuldade diante da (im)possibilidade

de amamentar. ãNa surpresa se depara não apenas com o que não pode ser empregado [...] depara-se com o que falta, com o que não apenas não pode ser manuseado, mas com o que não está, de modo algum, à mãoö (Ibid., p.122). Não amamentar para elas não significa deixar de ser mãe, mas ficar faltando este algo para completarem a felicidade na vivência de gestar e ser mãe.

Diante dos fatos, expressa a aceitação de não poder amamentar e se desvela a *facticidade*. Nesse modo de ser, a presença está lançada a um fato que está dado, não pode mudar, não pode escapar. ãAbrija o ser-no-mundo de um ente intramundano, de maneira que este ente possa ser compreendido como algo que, em seu destino, está ligado ao dos entes que lhe vêm ao encontro dentro de seu próprio mundoö (Ibid., p. 102).

O que não é dotado de presença, como algo simplesmente dado, é o ente. Neste estudo é a (im)possibilidade de amamentar, a qual está ligada, determina o caráter *factual* de não poder amamentar do ser-casal que vai ao encontro deste fato no seu mundo próprio de ter HIV/aids.

Diante da *facticidade* de não amamentar consideram a possibilidade do sim quando dizem querer ter amamentado quando o filho procurava o seio e pensam que ele poderia sentir falta disso. Porém, mantêm-se presas ao fato de que não podem amamentar e aceitam isso.

A *facticidade* regula as possibilidades do sim e do não, estabelecendo a (im)possibilidade de amamentar. Frente à possibilidade do não, revela que é complicado diante dos outros, uma vez que as pessoas cobram e julgam quando falam que não vão amamentar. Não relatam aos outros que não vão amamentar, para desviar a possibilidade de revelar o porquê, ter HIV. Pois isso envolve questões de preconceito, preferem pensar que têm outros nenês que não são amamentados por outros motivos que não o HIV.

Para evitar o preconceito e a discriminação, o ser-casal não compartilha seu diagnóstico e tratamento, na possibilidade de conviver com os outros ele silencia. Assim, decai na *impessoalidade* do mundo público. ãO impessoal encontra-se no modo de ter escapulado quando a presença exige uma decisão. Porque prescreve todo julgamento e decisão, o impessoal retira a responsabilidade de cada presençaö (Ibid., p. 185). Quando o ser-casal decai no impessoal, quer exprimir que não é diferente de ninguém.

Diante dos significados expressos e sentidos desvelados, o ser-casal se mostrou em seu *cotidiano*. ãA presença mostra-se tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes, em sua cotidianidade medianaö (Ibid., p. 54).

No *cotidiano* a presença mostra na maior parte das vezes um modo indeterminado, e essa indiferença constitui a *medianidade* do cotidiano. ãNo modo impróprio está igualmente

em jogo o ser da presença, com o qual ela se comporta e se relaciona no modo da cotidianidade mediana, mesmo que seja apenas fugindo e se esquecendo dele (Ibid., p. 88).

Pode-se dizer que o modo como a presença vive o seu dia corresponde a cotidianidade. O modo de ser da cotidianidade pertence, sem dúvida, a manifestação pública, o *mundo público*, no qual sendo todos, se é ninguém. A presença pode se comportar dessa ou daquela maneira [...] a partir de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma [...] no modo de assumir-se ou perder-se (Ibid., p. 86).

Tal constituição da presença se refere às diferentes maneiras que o homem vive e pode viver, os inúmeros modos como este pode se relacionar com os entes no mundo. Pode se relacionar no mundo público do nós ou no mundo circundante mais próximo, relacionar-se *aí-com-os-outros* e *aí-com-sigo* (HEIDEGGER, 1981).

O mundo circundante diz respeito ao mundo das relações com os entes que nos são próximo, familiares, o mundo público consiste no que não nos é familiar, o mundo onde todos são ninguém, desconhecidos. A relação *aí-com-os-outros* é inerente à presença, ao ser que se relaciona no mundo, a relação *aí-com-sigo* remete ao modo deficiente da presença, que mesmo só se relaciona consigo mesma (HEIDEGGER, 2011).

Ao falar sobre como vivenciaram os cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV, o casal revelou se compreender na unidade de juntos serem um. Sofreram juntos nessa vivência e o que vivenciaram os aproximou, os uniu. Vivenciarem juntos os cuidados possibilitou compreender que não seria o fim do mundo, se abraçaram juntos e aprenderam a cuidar um do outro.

Ao se compreenderem como sendo um, como ser-casal, desvelou-se o ser-aí, presença dotada de possibilidades. A presença se determina como ente sempre a partir de uma possibilidade que ela é e, de algum modo, isso também significa que ela se compreende em seu ser (Ibid., p. 87). Como ser-aí, presença que se compreende em seu ser, o ser-casal assim se compreende, sendo ser na possibilidade de vivenciar junto os cuidados na profilaxia.

Nessa vivência, o ser-casal desvelou o caráter relacional que permeia a constituição essencial do *ser-aí-no-mundo*. O relacional se refere ao modo de *ser-com*, o qual pode ser compreendido como a estrutura fundamental do *ser-aí* e significa *o junto*, algo ou alguém na presença do outro (Id., 1981, p. 18). O ser-casal estava junto, se uniu mais e se mostraram *sendo-com*.

O ser-casal anunciou que sobreviviam na vivência difícil e complicada da profilaxia e que depois passaram a viver bem. Ele se abre à possibilidade de *ser-com* diante do que vivenciou na profilaxia, uma vez que se aproximaram e aprenderam a cuidar um do outro e

assim, no modo de *ser-com*, o ser-casal vai ao encontro da possibilidade de viver bem e entende não ser o fim do mundo.

Como base do *ser-no-mundo* determinado pelo *com*, o mundo é sempre mundo compartilhado com os outros. Ser-com é uma característica existencial do ser-aí, na qual mesmo o ser-só do ser-aí é ser-com no mundo. ãNo ser-com e em relação aos outros, o que há é uma relação de ser do ser-aí para o ser-aíö (HEIDEGGER, 1981, p. 45). Quando expressou a importância do companheiro estar ao lado e que o filho justifica a razão de estarem juntos, o ser-casal revela o movimento relacional do ser-aí-mulher para o ser-aí-companheiro e do ser-aí-casal para o ser-aí-filho.

Ao significar os cuidados na profilaxia, o ser-casal anuncia que cuida do filho para ter saúde, se envolve e acompanha o crescimento dele. Faz referência à educação que o filho deve ter para crescer com caráter. Pensa principalmente nele, se cuida e vive para cuidar do filho. Ele era o que faltava para completar, agora são uma família.

No modo de ser-com, o ser-casal desvelou o caráter relacional com o filho ão ser-com e para os outros, subsiste, portanto, uma relação ontológica entre as presençasö (HEIDEGGER, 2011, p. 181). Assim, o ser-casal empenha-se existencialmente em conviver, se relacionar com o filho. Esse empenho clarifica a característica desse modo de ser em que como *ser-no-mundo* o ser é *ser-com-outros*.

Na dimensão ôntica, o ser-casal manifestou se envolver, cuidar, acompanhar o crescimento do filho, o que revela na dimensão ontológica o modo de ser-com. *Sendo-com-o-filho*, o ser-casal afirmou se *ocupar* no *cotidiano* com o seu cuidado para viver bem e com isso a possibilidade de cuidar do filho para que ele tenha saúde.

Ao pensar na educação do filho, o ser-casal desvela o modo da *solicitude antecipadora-libertadora*. Este modo de ser se mostra quando o ser salta diante do outro, se antecipa ao outro, ãsalva o outro para torná-lo transparente a si mesmo em seu cuidar e para torná-lo livre para siö (HEIDEGGER, 1981, p. 41). Antecipar-se ao outro se refere à possibilidade de que ele participe de maneira ativa, que tenha liberdade de escolha no movimento de cuidado que o envolve.

O ser em relação aos outros não é apenas uma relação de ser autônoma e irreduzível, tem a possibilidade de ser-com numa relação libertadora. A *solicitude* demonstra um estado do ser-aí que, de acordo com as suas diferentes possibilidades, está ligado com o seu ser em relação ao mundo de seu cuidado, e com seu autêntico ser em relação a si mesmo (HEIDEGGER, 1981).

Diante disso, o ser-casal compreende ser importante pensar na educação do filho para

que se reconheça e compreenda como ser com *possibilidade-para-ser*. Como ser que se compreende *sendo-no-mundo* com possibilidades de escolhas de maneira livre. Na compreensão de ser importante cuidar de maneira libertadora, o ser-casal incentiva a educação do filho com leitura e música desde a gestação e pensa que ele continuará sendo educando no decorrer de seu crescimento.

Nessa relação solícita libertadora *com* o filho, o ser-casal compreende que a *presença* do filho em suas vidas é algo muito significativo desde a gestação. Referiu que os três estão unidos nessa vivência, ser-mulher, ser-companheiro e ser-filho. Afirmou que diante da *presença* do filho e dessa união são uma família.

Ao se compreender como família, desvelou o movimento de ser-casal para ser-família. Revelou que todo cuidado vale a pena quando se tem a responsabilidade por gerar outra vida, toda a vivência dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical foi gratificante. A satisfação nessa vivência constitui a *des-coberta* do ser que permanecia velado ontologicamente, o ser-família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como a mulher e o companheiro vivenciaram os cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV revelou que os dois se reconheceram e constituíram a unidade casal. Nessa unidade, desvelou-se sendo-casal que vivenciou junto os cuidados na profilaxia e apontou que esta constituição foi fundamental para o êxito do tratamento, resultando na saúde do filho.

Ainda que de imediato o ser-casal tenha lançado pistas do fenômeno relacional nessa vivência, primeiramente expressou com o que se ocupa em seu cotidiano. Assim, ocupou-se em realizar rigorosamente o tratamento prescrito sem questionar ou refletir sobre o que lhe foi orientado. Perdeu-se na inautenticidade da ocupação cotidiana, não sendo si mesmo.

Não ser si mesmo e perder-se na ocupação revelou a confiança que o ser-casal tem no profissional de saúde que o assiste na profilaxia. Aliada ao desejo de que o filho tenha saúde, configurou a postura de compromisso em cumprir o tratamento e não questioná-lo. Assim, absteu-se da compreensão do tratamento o que gerou ansiedade, incertezas e temerosidade pela possibilidade do tratamento não ser eficaz.

Movido pelo falatório e experiência de saber que não pode amamentar, surpreendeu-se ao vivenciar essa (im)possibilidade. Demonstrou-se curioso na busca por informações que se referem ao que vivenciaram e ambíguo ao afirmar ter uma vida normal mesmo com o diferencial de usar remédios e preservativos. Dessa forma decaiu no cotidiano impessoal dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV no qual pensa ter compreendido todas as ações, informações e como é sua vida quando na verdade permanece na aparência de como o mundo público espera que ele seja.

No seu mundo próximo, o ser-casal se mostrou sendo si mesmo ao desvelar o caráter relacional de ser-com na vida conjugal. A vivência de momentos difíceis e complexos os aproximou, os uniu, des-cobrimo a relevância de estabelecer relações como forma de buscar apoio para vencer esses momentos. Nessa perspectiva, revelou que isso se torna possível quando se desprende do impessoal e se encontra nas relações autênticas.

O ser-casal buscou se empenhar em sua caminhada, compreendendo ser relevante se cuidar para cuidar solícitamente do filho. O ganho do esforço vivido na profilaxia foi o filho ter saúde e a constituição da família. Assim, compreende-se que no movimento de ser-casal

para ser-família, contempla-se o sentido próprio existencial do casal na vivência reprodutiva de ter HIV/aids.

Frente aos achados, conclui-se a importância de o profissional de saúde mostrar-se aberto à possibilidade de compartilhar seu conhecimento, sendo necessário desconfigurar o caráter meramente prescritivo do cuidado em saúde. Com isso, vislumbra-se a necessidade uma atenção que promova a relação entre ser-profissional e ser-casal que transcenda o impessoal que dita com o que o ser-casal deve se ocupar.

Compreende-se que tal relação possa ser permeada pela solicitude libertadora do ser-profissional para o ser-casal, na qual a equipe de saúde viabilize que a participação da família de maneira ativa nas decisões e ações de cuidado na saúde reprodutiva, perinatal e de puericultura. Dessa forma, a família tem a possibilidade de compreender as orientações que lhe são oferecidas e liberdade para decidir de forma autônoma e autêntica sobre o cuidado que realiza para si e para o filho.

Diante disso, reforça-se a necessidade e o compromisso dos profissionais de saúde no aprimoramento constante de sua prática a fim de suprir as lacunas desveladas pelo ser-casal. Estas e tantas outras facetas que não foram desveladas nessa investigação enfaticamente perpassam nossa existência como ser-profissional que assumiu a responsabilidade do cuidado ao ser humano, mais especificamente diante da soropositividade para o HIV.

Destaca-se a necessidade de inclusão do companheiro na assistência reprodutiva e de cuidado na puericultura, desde a formação profissional, considerando o amparo político e legal. Uma vez que esta é uma prática que está conquistando espaço de maneira insipiente. Será preciso vencer barreiras postas pela cultura, pelos profissionais, pela estrutura dos serviços de saúde e pela construção social do papel de ser homem e ser mulher.

Outra possibilidade para atender a essa demanda aos serviços de saúde pode ser a prática de ações de extensão. Como exemplo, grupo de educação em saúde, no qual o profissional enfermeiro pode ser um dos atores nesse cenário, em que os participantes compartilham experiências e vivências com seus pares.

Ainda, compreende-se o desenvolvimento de grupos de educação em saúde como um espaço no qual se pode dar destaque a assistência à família. O grupo pode se configurar como uma oportunidade para a prática do cuidado familiar, no qual a família possa encontrar esse espaço para compartilhar com outros participantes do grupo suas dúvidas, experiências e vivência.

Diante disso, tem-se a possibilidade do profissional enfermeiro desenvolver sua prática assistencial considerando a família como unidade de cuidado, compartilhando seu

conhecimento em prol da melhor adesão ao tratamento e redução das taxas de transmissão vertical. Pois, tendo em vista o intenso investimento em políticas públicas e ações para redução dos índices de morbimortalidade por transmissão vertical do HIV e aids pediátrica, compreende-se que esta investigação contribuiu no campo da pesquisa com dados que remetem a reflexão do que pode ser aprimorado em benefício do quem desvelado como ser-família.

Ainda, com o desafio na consolidação da inclusão do companheiro para assistência reprodutiva ao casal e a complexidade que envolve as questões de HIV/aids, compreende-se ser relevante o empenho em novas pesquisas que contemplem a temática, inclusive em outras dimensões teóricas e metodológicas.

Ampliar o cuidado para atenção ao casal abre a possibilidade de que este compreenda autenticamente os fatores que estão implicados na infecção pelo HIV como seus modos de transmissão, prevenção e tratamento. Considera-se essa uma maneira para que o ser-casal não seja dominado pelo temor, pela decadência e pela surpresa no seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. S. **O ser-casal-adolescente-no-vivido-de-gestar-parir-e-nutrir: uma abordagem existencial como possibilidade para a Enfermagem.** 209 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2009.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.**v. 16, n. 1, p. 29-35, Jan/Mar 2011.

BRASIL. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Ministério da Educação, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 e Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT.** 7 ed. rev. e atual. ó Santa Maria : Editora UFSM, 2010b. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST-** julho de 2010 a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem,** São Paulo, v.2, n.1, p.83-94, jan.1994.

CALAZANS, G. J., *et al.* O conceito da vulnerabilidade. In: PADOIN, S. M. M. *et al.*, **Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia.** Santa Maria: Ed. UFSM, 2006. 424p.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a Enfermagem. **R. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 192-197, out. 1994.

CARVALHO A. S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. 2a ed. Rio de Janeiro: Agir; 1991.

DUARTE, G. Extensão da Assistência Pré-natal ao Parceiro como Estratégia de Aumento da Adesão ao Pré-natal e Redução da Transmissão Vertical de Infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 29, n. 4, p. 171-174, 2007.

ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. (org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004.

EVERETT, K.D. *et al.* Health risk behavior of rural low-income expectant fathers. **Public Health Nurs.**,v. 23, n. 4, p. 297-306, 2006.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 5ª ed. São Paulo (SP): Vozes, 2011. 600 p.

HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém**. São Paulo: Moraes; 1981.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LANGENDORF, T.F. **O cotidiano de cuidado das mulheres que têm HIV/aids na adesão ao tratamento profilático da transmissão vertical do HIV**. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

LANGENDORF, T.F. *et al.* Rede de Apoio de Mulheres que Têm HIV: Implicações na Profilaxia da Transmissão Vertical. **J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 1, p. 16-22, 2011.

MARQUES, H.H.S., *et al.* A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/aids e seus pais e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 619-629, mar, 2006.

PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto & Contexto**

**Enferm.** v. 17, n. 3 p. 510-518, 2008.

PADOIN, S.M.M. **O cotidiano da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar:** um estudo na perspectiva heideggeriana. 2006. 197f. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2006.

PADOIN, S.M.M; PAULA, C.C. Programa AIDS, Educação e Cidadania: perspectivas para a segunda década de extensão. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Ahead of print, v.38, n.1, 2012.

PAULA, C.C. **Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si. Contribuições da Enfermagem no cuidar em saúde.** 2008.171f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2008.

PAULA, C.C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I.E.O. O cotidiano do ser-adolescendo com aids: movimento ou momento existencial? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 632-639, jul-set, 2009.

PAULA, C.C.; CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.; PADOIN, S.M.M. Movimento analítico hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5. No prelo.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

SOUZA, I.E.O. **O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação.** 1993. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

WAIDMAN, M.A.P.; ELSEEN, I. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p.147-157, 2004.

## **ANEXOS**

## ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	
<b>PESQUISA:</b>	Vivência do casal na profilaxia da transmissão vertical do HIV: possibilidades para enfermagem
<b>PESQUISADORA:</b>	Dra Stela Maris de Mello Padoin (55) 99713143
<b>MESTRANDA:</b>	Enf. Tassiane Ferreira Langendorf (55) 99954956

Vocês estão sendo convidados para participar, como voluntários, em uma pesquisa. Vocês podem decidir se querem participar ou não. Leia cuidadosamente o que se segue e perguntem ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que vocês tiverem. Após serem esclarecidos sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinem ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é de vocês e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa vocês não serão penalizados de forma alguma.

o objetivo deste estudo é compreender qual o significado, para vocês, da experiência dos cuidados para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o bebê.

se vocês permitirem, a conversa será gravada, gravador digital, para que a pesquisadora possa oferecer para vocês maior atenção, não tendo que anotar tudo que for dito. As falas serão digitadas (transcritas) e as gravações digitais serão guardadas por 5 anos e depois destruídas, por determinação das normas de pesquisa. Somente a pesquisadora do estudo e sua orientadora terão acesso às gravações.

Riscos: a conversa pode envolver nossos sentimentos, ao lembrar e falar do que já vivenciamos no cotidiano de cuidado da prevenção da transmissão do HIV. Quando for preciso atender alguma necessidade, decorrente dessa conversa, a equipe de cada um dos serviços, a partir de um comunicado, será procurada para ajudar;

Benefícios: ao fim desta pesquisa, os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender as demandas de cuidado ao casal que vivência o cotidiano de cuidado da prevenção da transmissão, da mãe para o bebê, do HIV, o que permitirá um melhor atendimento às suas necessidades;

na divulgação desses resultados, os nomes de vocês não aparecerão: receberão um codinome de sua preferência. Ninguém poderá descobrir quem são vocês, suas identidades ficarão protegidas;

se vocês tiverem dúvidas sobre este estudo, poderão telefonar a cobrar para Tassiane Ferreira Langendorf (55)99954956.

Aceitamos participar deste estudo e autorizamos a publicação das informações por nós fornecidas para a pesquisadora. Santa Maria, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura dos depoentes: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_  
Tassiane Ferreira Langendorf

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_  
Stela Maris de Mello Padoin

**ANEXO B: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Vivência do casal na profilaxia da transmissão vertical do HIV: possibilidades para enfermagem

**Pesquisadora:** Dra Stela Maris de Mello Padoin

**Mestranda:** Enfa Tassiane Ferreira Langendorf

**Instituição/Departamento:** UFSM/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado

Telefone para contato: (55)99954956 / 32235032

Local da coleta de dados: no Hospital Universitário de Santa Maria, na Casa Treze de Maio ou no local de preferência do casal.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão produzidos por meio de entrevistas com os casais que realizam acompanhamento no pré-natal, puericultura e parto no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e pré-natal no Centro de Aconselhamento e Testagem Casa Treze de Maio (SMS). Concordam, igualmente, que estas informações serão para execução deste projeto e irão compor um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336, do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da líder do GP-PEFAS Dra Stela Maris de Mello Padoin. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, 14 de setembro de 2011.



Dra Stela Maris de Mello Padoin  
Pesquisadora responsável

**ANEXO C: Carta aprovação Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão**



MINISTERIO DA EDUCACAO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA



**PROTOCOLO DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETO: PESQUISA**

Nº Inscrição DEPE: 10812011 Data: 10/10/2011

Pesquisador: Stela Maria da Silva Padoin Função: Prof. Assistente em

CPF: 484681930-20 1. SIAPE: 2093128 Telefone: 8938-0971-3143

Unidade/Curso: Inserama Pós-graduação em Enfermagem E-mail: stela.padoin@ufsm.br

Título: Uso de Coel na profilaxia da transmissão vertical do HIV: possibilidades para implementação

**FINALIDADE ACADÊMICA**

TCC ( ) Especialização ( ) Dissertação  Tese ( ) Institucional ( ) Outro ( )

**TIPO DE PESQUISA**

Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Operacional ( ) Clínica ( ) Básica  Políticas Públicas de Saúde ( )

Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.

Stela Maria da Silva Padoin  
Pesquisador Responsável pelo Projeto  
SIAPE: 2093128 (Carimbo ou SIAPE)

**Avaliação e Aprovação Setorial**

Atenção Chefia: favor ler e avaliar as condições de realização de Projeto nesse Setor

SETORES ENVOLVIDOS	PARECER (Favorável)	ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS
<u>INTECROCEM PEDIÁTRICA</u>	( ) Sim ( ) Não	<u>Adriane</u> Dra. Maria Cláudia Voladão PEDIATRA CRM 15405
<u>AMBULATÓRIO AIA II</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<u>Joceline</u> Joceline Cardoso Graciani ENFERMEIRA COREN: RGO, N.º 097406
<u>2ª ANJAR - HUSM - OBSTET</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<u>Darone</u> CRAMEK 20762 CPF: 894765590-04
<u>2º Andar</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<u>Flávia</u> ENFERMEIRA COREN: 0974
	( ) Sim ( ) Não	
	( ) Sim ( ) Não	

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto.

O registro na DEPE não contempla alocação de recursos e exames, via HUSM. Caso haja custos Para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Parecer - DEPE  
to CEP/UFSM

Data: 10/10/11

Prof. Beatriz  
DIRETORA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO  
CPM 18.208 - HUSM/UFSM

## ANEXO D: Carta aprovação Núcleo de Educação Permanente da Saúde da Secretaria de Saúde do Município

---



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
e-mail nepessm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO N.º. 413/2011/SMS/NEPeS

Santa Maria, 20 de Outubro de 2011.

Vimos por meio deste informar que esta Secretaria apresenta parecer favorável para o desenvolvimento do projeto de mestrado do Curso de Enfermagem intitulado “Vivência de profilaxia de transmissão vertical do HIV: Possibilidades para a Enfermagem”, de autoria da aluna Tassiane Ferreira Langendorf.

Salientamos a necessidade de emissão de relatório final das atividades desenvolvidas a esse setor e às Unidades pesquisadas.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.

*P. Rodrigo Silva Jordani*  
Hedioneia Pivetta

Núcleo de Educação Permanente

Ilma Profª Drª Stela Maris de Mello Padoim  
Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

  
Prefeitura Municipal de Santa Maria  
Secretaria de Município da Saúde  
Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
Portaria nº 0049/2007/SSAS

## ANEXO E: Carta aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

 <p><b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b> Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	 <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA</b> Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p>
---	--

### CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** Vivência do casal na profilaxia da transmissão vertical do HIV: Possibilidades para enfermagem

**Número do processo:** 23081.014981/2011-86

**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0298.0.243.000-11

**Pesquisador Responsável:** Stela Maris de Mello Padoin

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Julho/2012 Relatório parcial

Janeiro/2013 Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO:** 08/11/2011

Santa Maria, 10 de novembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM  
Registro CONEP N. 243.