

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/MESTRADO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O VIVENCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O
HIV: uma contribuição para a prática assistencial em saúde.**

RENATA CRISTINA JUSTO DE ARAÚJO

Juiz de Fora

2015

Renata Cristina Justo de Araújo

**O VIVENCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O
HIV: uma contribuição para a prática assistencial em saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Juiz de Fora

2015

**O VIVENCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O
HIV: uma contribuição para a prática assistencial em saúde.**

Relatório Final de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

Membros da Banca Examinadora:

Profª Drª Zuleyce Maria Lessa Pacheco - Orientadora
Profª Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Profª. Drª Elisabete Pimenta Araújo Paz - 1ª Examinadora
Profª Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Profª Drª Anna Maria de Oliveira Salimena - 2ª Examinadora
Profª Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Profª Drª Girlene Alves da Silva - 1ª Suplente
Profª Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Prof Drª Ívis Emilia de Oliveira Souza - 2ª Suplente
Profª Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

“A linguagem de seu coração é que irá determinar a maneira
correta de descobrir e manejar a sua existência”

(Paulo Coelho)

Dedicatória

Dedico essa dissertação a meus familiares, em especial, meu pequeno filho Germano, meus irmãos Solange e Anderson e minha mãe Dalva, por sempre me darem a certeza que seria capaz e também aos professores e alunos queridos, por terem sido meus companheiros nessa jornada.

RESUMO

O VIVENCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV: uma contribuição para a prática assistencial em saúde.

Renata Cristina Justo de Araújo
Orientadora: Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Resumo da Dissertação de Mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

O objeto desta investigação foi o ser mulher jovem gestante convivendo com o HIV. O objetivo foi desvelar os sentidos advindos desta condição durante a gestação de mulheres jovens que convivem com o HIV.

Elegeram-se a fenomenologia, fundada no referencial teórico filosófico de Martin Heidegger como método de investigação. Estudo desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada em um município da Zona da Mata Mineira com seis jovens gestantes portadoras do HIV. Utilizou-se a entrevista fenomenológica, através da técnica da entrevista aberta e um questionário. A compreensão vaga e mediana permitiu elaborar o fio condutor num movimento da compreensão do vivido da gestação sendo soropositiva e a interpretação do sentido do que é ser mulher jovem convivendo com o HIV. A vivência da gestação sendo soropositiva se inicia com a lembrança da notícia da gestação como sendo um momento marcante, para algumas, de não aceitação, porém, às vezes, desejada e até mesmo planejada; convivem com a possibilidade de transmitir o vírus para os filhos, o que causa medo e insegurança, porém sabem que o uso correto do medicamento e a crença em Deus fortalecem a esperança da criança nascer saudável e até mesmo da cura. Na compreensão interpretativa desvelou-se o sentido do *ser-aí* no mundo em sua existencialidade, mostrando seu movimento no cotidiano, com experiências e sentimentos diversificados do seu ser no mundo com os outros, assumindo o lugar de protagonista de suas vivências, mostrando-se na dupla facticidade: ser jovem gestante e portadora do vírus. Demonstra que, às vezes, não queria estar grávida, mas aceita bem essa atual situação vivenciando alternância de sentimentos. No movimento de existir-sendo, vivenciam seu passado e sabem que não tem outro caminho a não ser, seguir ir em frente, se relacionam com seus pares, sua família, escola e comunidade, assumem a identidade pessoal, mostram-se como todas as gestantes e não divulga que tem o vírus.

Vivem com-os-outros, o temor de ser rejeitada por ser soropositiva, mantendo o anonimato de sua sorologia. Projeta seu futuro, mostrando-se aberta às possibilidades da vida, como de qualquer outra jovem não soropositiva, porém com particularidades que a soropositividade lhe traz. Tem conhecimento sobre a doença e sabe dos benefícios do tratamento, não se sentem doentes, apesar de relatar os efeitos desagradáveis dos antiretrovirais.

DESCRITORES: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Saúde da Mulher. Fenomenologia.

ABSTRACT

THE EXPERIENCE OF PREGNANT IN YOUNG WOMEN LIVING WITH HIV: a contribution to the health care practice.

Renata Cristina Justo de Araújo
Advisor: Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Abstract from the Dissertation to the Graduate Program in Nursing at the Juiz de Fora Federal University as part of the requirements for obtaining the title of Master in Nursing.

The purpose of this investigation was to being young pregnant women living with HIV. The objective was to reveal the aspects coming from this condition during pregnancy of young women living with HIV. It was elected the phenomenology, based on philosophical theoretical reference by Martin Heidegger as a research method. The study was developed in the Specialized Assistance Service- Serviço de Assistência Especializada- in a city in Zona da Mata Mineira with six young pregnant women with HIV. It was used the phenomenological interview, using the technique of open interview and a questionnaire. The vague understanding enabled to prepare the progressive movement to understanding the lives of pregnant women being HIV positive and the interpretation of the meaning of being a young woman living with HIV. The experience of being HIV positive pregnancy begins with the memory of the pregnancy news to be a defining moment for some women, not acceptance but sometimes desired and even planned; They live with the possibility of transmitting the virus to their children, which causes fear and insecurity, but they know that the correct use of medication and their faith and belief in God strengthen the hope that child will born healthy and even healed. The interpretive understanding unveiled the sense of being present in the world in its existentiality, showing their movement in daily life, experiences and diverse feelings of being in the world with others, taking over from protagonist role of their lives, showing up the double factuality: being young and pregnant women carrying the HIV virus. It shows that sometimes did not want to be pregnant but well accept this current situation experiencing alternating feelings. In the movement their existance, they experience their past and they know no other way go, so they go ahead, relating to their partners, family, school and community, taking the impersonal identity, it shows how all pregnant and they do not reveal they have the virus. Living with-others, the fear of being rejected for being HIV positive, maintaining the anonymity of their HIV status. Design your future, that it was open to the possibilities of life like any other young woman did not have HIV positive, but with peculiarities that having HIV brings. Once having knowledge about the disease and knowig the benefits of treatment, do not feel sick, despite reporting the unpleasant effects of antiretrovirals.

KEY WORDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome. HIV. Women's Health. Phenomenology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	O caminho em direção ao tema	09
1.2	Situação do Estudo	16
1.3	Objetivo do Estudo	19
2	Estado da Arte: Contextualização da Temática da Aids	
2.1	A Aids no decorrer dos tempos: revivendo a história	20
2.2	Trajetória das Políticas Nacionais voltadas aos jovens	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	
3.1	O caminho metodológico de Martin Heidegger	30
4	CAMINHOS METÓDICOS DO ESTUDO	
4.1	Cenário	35
4.2	Participantes	37
4.3	Os movimentos da Etapa de Campo	37
5	ANÁLISE COMPREENSIVA	
5.1	Historiografia e Historicidade dos depoentes	44
5.2	Compreensão Vaga e Mediana: o vivenciar da gestação em mulheres jovens convivendo com o HIV	54
5.2.1	Unidades de Significação	54
5.3	Fio Condutor da Interpretação	61
6	COMPREENSÃO INTERPRETATIVA	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	
	ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF	81
	ANEXO B - Carta de Apresentação e declaração de Concordância do Coordenador Administrativo do Programa Municipal DST/AIDS	83
	ANEXO C - Carta de Apresentação e declaração de Concordância da Gerente do Programa Municipal DST/AIDS	84
	ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	ANEXO E - Termo de Assentimento	88
	ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do responsável legal	90
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de dados – Caracterização	92
	APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de dados – Questões Norteadoras	93

1 INTRODUÇÃO

1.1 O caminho em direção ao tema

As questões pertinentes à saúde da mulher convivendo no contexto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida¹ (AIDS) me chamaram a atenção a partir da experiência vivenciada durante a realização do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Nível de Especialização nos Moldes de Residência, na área de Saúde do Adulto da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Na época ao desenvolver atividades assistenciais no setor de internação de pessoas com Doenças Infecto Parasitárias (DIP) do Hospital Universitário me deparei com mulheres jovens e adultas jovens (negras, brancas, urbanas, rurais, lésbicas) internadas, cujo diagnóstico preponderante era a aids. Algumas já conheciam o seu diagnóstico, outras, o descobriam durante a internação.

Durante a permanência neste setor, passei a me questionar como seria a vida destas mulheres fora do ambiente hospitalar. Observei mulheres com idade próxima a minha e isso me despertava o interesse em estar próxima a elas no cuidado. Elas costumavam comentar como eram bem tratadas no hospital, mas que isso nem sempre foi assim. Muitas vinham de internações anteriores e já haviam vivenciado estigma, pré-conceito e a violação de seus direitos ao terem seu diagnóstico exposto ao juízo de pessoas que desconheciam sobre a sua doença e as formas de contaminação.

O encontro com essas mulheres no mundo do cuidado levou-me a refletir sobre minha própria vida, os erros e os acertos em relação aos cuidados a essas mulheres. Será que alguma vez fui preconceituosa? Será que a equipe da qual eu fazia parte tratava essas mulheres de forma respeitosa?

¹ Durante reunião da Comissão Nacional de Aids em 1991, tomou-se a seguinte deliberação: a palavra Aids será considerada como substantivo comum, recebendo grafia em caixa baixa, quando se tratar de epidemia. Terá caixa baixa e alta quando for nome de um setor, título, etc. Já quando a palavra estiver entre outras siglas, e estas estiverem grifadas em caixa alta, a palavra aids seguirá a mesma regra. Neste trabalho, considera-se este padrão adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Meu interesse em conhecer o cotidiano dessas mulheres aumentava, percebia que apesar de algumas parearem com a minha idade, muitas tinham rotinas totalmente diferentes das minhas. As mais jovens curtiam sair à noite, não se preocupavam com os estudos, não pensavam em trabalhar e não tinham parceiro fixo. As adultas eram provedoras do lar, chefes de famílias, algumas já eram mães e tinham companheiro. No entanto, independente da idade e dos comportamentos diferentes, o diagnóstico não era impedimento de se projetarem para o futuro, muitas pensavam em ter filhos, em constituir família em melhorar sua condição de vida e de saúde.

Ao perceber que a idade cronológica tem forte influência sobre o pensar e o agir destas mulheres, fui à busca de estudiosos que melhor definissem esse assunto. A pesquisadora Arnett (2001) traz ao nosso conhecimento uma fase de desenvolvimento específica: a Idade Adulta Emergente (*Emerging Adulthood*). Defendendo que a entrada na idade adulta é realizada ao longo desse período, entre a adolescência e a idade adulta. Essa fase foi proposta devido à prolongada transição para a idade adulta que se verifica nas sociedades industrializadas do Ocidente. Nessas culturas a entrada nos papéis e responsabilidades de adulto é adiada para além dos anos “teens”, e, conseqüentemente e principalmente encontrada em países industrializados, assim como o nosso, que requer um alto nível educacional.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), juventude é uma categoria sociológica que representa um momento de preparação de sujeitos - jovens - para assumirem o papel de adulto na sociedade e abrange o período dos 15 aos 24 anos de idade. Para fins de definição, a Organização Mundial da Saúde considera através da classificação gerontológica a seguinte divisão: A idade adulta jovem ou juvenil como sendo aquela que vai dos 15 aos 30 anos e nomeou de idade madura a que vai dos 31 aos 45 anos e idade de mudança dos 46 aos 60 anos de idade (CONTAG, 2007; SILVA; SILVA 2011).

No entanto, mesmo incluindo sujeitos de uma mesma faixa etária, a juventude possui características diferenciadas de acordo com o contexto no qual os jovens estão inseridos. Por essa razão, a literatura atual tem utilizado a palavra juventude no plural. O uso da expressão "juventudes" representa o reconhecimento da necessidade de, ao se tratar de jovens, levar em conta que

esse segmento constitui identidades e singularidades de acordo com a realidade de cada um (SILVA; SILVA, 2011).

De acordo com o IBGE, a população brasileira ultrapassou os 200 milhões em 2013. Éramos cerca de 201.032.714 habitantes, dentre esses, mais de 51 milhões eram jovens com idade entre 15 e 29 anos, o que significa que 27% da população total do país era constituída por jovens. As mulheres correspondiam 50% desse grupo, dentre as quais 52,8% se declaravam negras, 7,4% pretas, 45,4% pardas e que em sua maioria viviam nas cidades (IBGE, 2013).

Vivendo tão intensamente e quase que diariamente com essas mulheres, meu interrogar investigativo conduzia a uma inquietação em relação a como essas jovens se descobriram portadoras do vírus HIV e como conviviam com esse fato, e a partir daí foram surgindo novos questionamentos e reflexões.

Atuei como docente substituta na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, na disciplina Saúde da Mulher, como supervisora das atividades na Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvendo práticas nos Grupos Educativos de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Neste contexto, me via apenas como provedora da assistência e questionadora. Não obtive respostas e o desejo de encontrá-las ficou latente em mim.

Assim, tive a oportunidade de conviver com os alunos e mulheres jovens vivenciando a liberdade sexual, a descoberta do sexo, as dificuldades de um relacionamento homossexual e heterossexual, o desconhecimento do próprio corpo e a dificuldade no uso do preservativo tanto masculino quanto feminino.

A maioria das mulheres que participavam desses grupos optava pelo método hormonal ficando o de barreira como algo que sabiam ser necessário, mas que a maioria não usava. Algumas até informavam já terem sido contaminadas com uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST)².

² O termo Doenças Sexualmente Transmissíveis possui como enfoque os doentes que apresentam os sintomas característicos das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As IST são afecções contagiosas causadas por vários tipos de micro-organismos, que possuem em comum o modo de transmissão: as relações sexuais. Porém um elevado número de pessoas é infectado pela via sexual sem que isso traga obrigatoriamente o surgimento de sintomas. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a substituição do termo DST para o de IST que inclui os dois aspectos (OMS 2011).

Durante minha atuação nas práticas educativas em Grupos Educativos de Direitos Sexuais e Reprodutivos percebi que as mulheres mais jovens quase não buscavam as Unidades Básicas de Saúde para participarem desses encontros. Muitas vinham encaminhadas por outra professora que havia atendido-as na Consulta de Enfermagem à Mulher, com ênfase para a prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama e que estando próximas a essa mulher em um ambiente privativo, identificou a necessidade de ter as orientações necessárias para exercer seu Direito Sexual e Reprodutivo com menor risco a sua saúde e diminuindo as chances de uma gestação não planejada.

Ao perscrutar a literatura a cerca dos riscos de uma relação sexual sem proteção em mulheres jovens me deparei com a gestação não planejada, aquisição de IST e as repercussões que isto traz na vida dessa mulher. As IST atingem um número muito significativo da população e as infecções mais comuns são Clamídia, Gonorréia, Sífilis e a Tricomoníase.

O exercício das práticas sexuais continua sendo considerado um fator de risco para as IST e gravidez indesejada. Apesar das mudanças culturais das últimas décadas, principalmente quanto à sexualidade, um olhar cuidadoso sobre a temática, contracepção e sexualidade com os processos sociais, nos possibilita repensar a sexualidade como mediadora de relações sociais entre pessoas e ao mesmo tempo, constitutiva de identidade social e de gênero de cada um (BRANDÃO, 2009).

As IST situam-se entre os casos mais prevalentes de problemas de saúde que acometem a população mundial e sua existência é sabida desde o início da humanidade, tornando-se a principal demanda junto aos serviços de saúde.

Ao desenvolver a prática assistencial, atuando num cenário de incertezas, dúvidas, tristezas, desconhecimento, promiscuidade, negligência quanto à autoproteção e a proteção ao outro emergiu em mim, as inquietações adquiridas na especialização, e outras novas que se fizeram ao longo do meu cotidiano profissional. Nesse momento, abria na minha vida profissional a porta para um novo mundo. Mundo esse particular, voltado à mulher jovem e sua forma de vivenciar aquele momento em sua vida.

Foi nesse mundo tão particular que passei a conviver e comecei então a observar outro acontecimento marcante para a vida dessas mulheres: a gravidez.

A gestação passou a ser vista por mim como uma questão desafiadora, principalmente quando relacionada à atuação dos profissionais da área da saúde, as mudanças e repercussões sociais trazidas no seio familiar, como a espera e a chegada do bebê, interrupção dos estudos, cessação das atividades laborativas, das festividades, aquisição de papéis como provedora de uma nova família, responsabilidades como mãe, assumindo novas responsabilidades.

Lancei-me então, em busca na literatura de dados que me reportassem a essas mulheres e deparei-me com os que apontavam que desde 2000 a maioria das gestantes infectadas com HIV, notificadas no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), possuía idade entre 20 a 29 anos, com 8ª série incompleta, predomínio da raça/cor parda, seguida da branca e as autodeclaradas pretas (BRASIL, 2014).

Percebi que seria o momento de trabalhar com as inquietações que a vida profissional me permitiu ter ao longo da atuação como enfermeira e lancei-me no mundo da pesquisa, com o olhar voltado para essa população.

Na busca incessante de conhecer melhor o fenômeno mulher-jovem-convivendo com o HIV vivenciando uma gestação que iniciei meus estudos no Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A partir de então fui ao encontro da base dos meus estudos. Um dos alicerces da minha construção deveria ser os dados epidemiológicos do atual cenário junto ao HIV/AIDS e me deparei com os seguintes dados: desde o início da epidemia até junho de 2014 contabilizou-se no país 757.042 casos, onde 491.747 (65,0%) em homens e 265.251(35,0%). De 2000 até 2014, houve 58.970 casos em gestantes entre a faixa etária de 15 a 29 anos. No ano de 2014, houve 2448 casos registrados na mesma faixa etária, o que corresponde a 67,1% dos casos (BRASIL, 2014).

Ao longo das últimas três décadas a aids vem produzindo consequências no contexto familiar, comunitário, continental e mundial. É considerada atualmente a 5ª causa da mortalidade, especialmente entre

mulheres adultas, de pessoas com idade em torno de 15 e 49 anos. Resultados alarmantes indicam que acima de 7.000 pessoas são infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana diariamente e um ser humano vai a óbito a cada 20 segundos devido a comorbidades associadas a aids (MARTINS *et al.*, 2014).

Ampliando nossos estudos dentro desse cenário encontramos pesquisas realizadas com objetivo de estudar a sexualidade e a saúde reprodutiva das mulheres HIV positivas que evidenciaram que as mais jovens desejam ter filhos, mesmo cientes do risco da contaminação vertical e/ou do seu companheiro (SILVA;TEIXEIRA 2012; BRASIL, 2013: GALVÃO *et al.*, 2014).

Experienciar a maternidade em conjunto com a soropositividade é fator gerador de dúvidas, temores bastante intensos para as gestantes. Possivelmente, parte do medo seja proveniente das fantasias geradas a partir da falta de orientações relacionadas à maternidade e a possível contaminação ou não do filho ou pela maneira como tais orientações são transmitidas a essas mulheres, reforçando a importância do profissional que a acompanha no pré-natal estar atento as suas necessidades, buscando acolhê-las no sentido de sanar suas inquietações em relação à infecção e a possível contaminação de seu filho, no qual damos o nome de transmissão vertical (GALVÃO *et al.*, 2010; MOURA *et al.*, 2010; BERTAGNOLI, 2012).

Vale salientar que no processo gestacional e o ser-mãe parece constituir um processo bastante complexo diante do HIV/AIDS, tendo em vista que além das repercussões inerentes ao fato de ser gestante, somam-se os desafios impostos pela infecção, às sobrecargas emocionais nas relações familiares e sociais associadas ao imaginário construído em relação à epidemia e seu impacto singular sobre a vida das mulheres que vivenciam a transição para a maternidade.

Ao adentrar e caminharmos pela literatura científica sobre a epidemia da aids encontramos trabalhos pautados na vivência do tratamento antirretroviral e na perspectiva da qualidade de vida, na abordagem clínica e tratamento da doença, na epidemiologia, na vulnerabilidade ao HIV/AIDS e sua prevenção, na compreensão do auto-cuidado e cuidado a partir dos cuidadores, comunicação do diagnóstico, acompanhamento da gestante soropositiva para o HIV, a descoberta da soropositividade para o HIV (MENDONÇA, 2009; PREUSSLER;

EIDT, 2007; GALVÃO *et al.*, 2010; REIS;GIR 2010; SILVA *et al.* 2013; OLIVEIRA *et al.* 2015).

Ao refletir como é a vida dessas mulheres acompanhadas por serviços de saúde, percebemos que desconhecemos muito de suas experiências. Sentimos então a necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre tais aspectos, promovendo alicerces e subsídios para a atuação da enfermagem como a compreensão do processo aids-gestação, suas necessidades, seus anseios, e suas expectativas quanto ao nascimento do filho no sentido de ser-com-o-outro no mundo.

Surgem neste cenário, alguns questionamentos em relação a: como vivenciam sua vida, seus relacionamentos interpessoais, sua sexualidade, seu cotidiano, seus novos papéis sociais junto com a soropositividade para o HIV, a gestação atual, o significado de estar gestando e ser portadora do vírus HIV.

O fenômeno ser mulher, jovem, gestante e a dimensão existencial de conviver com o vírus são questões que ainda não foram amplamente discutidas na literatura e necessitam ser investigadas, e que só se desvelarão se aproximarmos o nosso modo de ser-enfermeiros-pesquisadores ao modo de ser-mulher-jovem-grávida-convivendo-com-o-HIV.

Para que possamos adentrar a esse mundo tão particular e desvelar este fenômeno é preciso que ele seja visto a partir dele mesmo sendo assim somente o ser mulher poderá responder qual o sentido do seu vivido (HEIDEGGER, 2014).

Nesse sentido, entendemos que somente estando próximos a elas é que o fenômeno poderá ser desvelado. Em busca de conhecer o vivenciar dessa mulher no período gestacional é que se delimitou como objeto de estudo: o vivenciar de uma gestação do ser-mulher-jovem-convivendo-com-o-HIV atendidas por uma unidade de atenção secundária à saúde de um município da Zona da Mata Mineira.

1.2 Situação do Estudo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida teve os primeiros casos detectados no início da década de 80 e desde então a epidemia da doença vem se espalhando rapidamente por todo o mundo em decorrência da vulnerabilidade a que todos estamos expostos, uma vez que a chance de exposição das pessoas à contaminação é resultante de sua relação com o coletivo, onde vivenciam as desigualdades de condições econômicas, políticas, culturais, jurídicas e todas essas afetam a suscetibilidade à infecção ao HIV e ao adoecimento pela aids (OLIVEIRA *et al.*, 2015; MUÑOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; SOUZA *et al.*, 2010; SZWARCOWALD; CASTILHO 2011; TAQUETTE, 2009; SANTOS *et al.*, 2013).

Segundo o novo relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), intitulado GAP, sobre a situação da aids no mundo revela que 19 milhões das 35 milhões de pessoas que atualmente convivem com HIV no mundo não sabem que possuem o vírus. O relatório também confirma o processo de juvenização e feminização da doença, surgindo no mundo cerca de 380 mil casos novos por ano (UNAIDS, 2014). No Brasil existem aproximadamente 734 mil pessoas que vivem com HIV/AIDS das quais 80% (589 mil) já foram diagnosticadas, 537 mil estão vinculadas a algum serviço de saúde (BRASIL, 2014). Desde o início, a aids mobilizou diversas pesquisas científicas em diferentes áreas de conhecimento. Cabe-nos pensar não a doença e seus aspectos biológicos, mas elementos concernentes à sociabilidade de seus portadores no que refere às questões afetivas, sociais e culturais.

Observamos mudanças em seu perfil epidemiológico, tendo mostrado situações que culturalmente trazem estigma ao seu portador e isto ao longo do tempo foi um fator que propiciou o abandono do termo doenças venéreas em prol de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Essa terminologia sofreu nova mudança sendo adotado atualmente o termo Infecções Sexualmente Transmissível (IST), pelo fato de muitas destas moléstias não apresentarem sinais clínicos, mas se encontrarem em portador assintomático (CARVALHO; GALVÃO, 2008).

O sexo feminino tem sido considerado como mais vulneráveis às IST e, especialmente, à infecção pelo HIV. Essa vulnerabilidade é resultante de condições tanto biológicas, referentes a características específicas dos órgãos sexuais femininos, como de condições sociais. Estudos demonstram que, para as mulheres, é mais difícil a negociação de uso de preservativos durante as relações sexuais. Elas deixam de se proteger, porque não se percebem sob risco de infecção, porque delegam aos companheiros a tarefa de tomar as decisões no que se refere ao preservativo, ou ainda porque precisam se submeter à vontade de parceiros que se negam a se proteger, entre outros motivos, fazendo surgir assim, novos casos (SILVEIRA *et al.*, 2002).

Observamos ser crescente o número de soropositividade para o HIV entre as pessoas que vivenciam relações heterossexuais de longa data, principalmente entre as mulheres que possuem relações mais estáveis. Em decorrência a isso, muitas vezes, não se consideram tão vulneráveis assim, na medida em que confiam em seus parceiros e deixam de fazer o uso de métodos de prevenção contra as IST, passando a utilizar apenas métodos para prevenir a gravidez (MARTINS *et al.*, 2012).

Em decorrência de atitudes como essas e outras, em nosso país, foi registrado, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de aids em homens e 265.251 (35,0%) em mulheres, com razão de sexo apresentado variações graduais ao longo do tempo, destacando principalmente o processo da juvenilização da epidemia tanto entre os homens quanto entre as mulheres e trazendo uma nova característica a epidemia, que agora se mostra cada vez mais incidente entre as mulheres, o que passamos a dar o nome de feminização da epidemia (BRASIL, 2013). Observa-se além desses processos, a pauperização social, a interiorização e a heterossexualização (TAQUETTE, 2009). Corroborando essa mudança no perfil da epidemia da aids, Oliveira (2013), aponta ao longo dos anos, no Brasil bem como em todo o mundo uma modificação epidemiológica e social, dando características diferentes aquelas vistas no início da epidemia. Agora, uma epidemia mais interiorana, migrando para classes populares, saindo da esfera artística e cultural, passando a fazer parte do cotidiano da população geral, difundindo-se para todo e qualquer tipo de pessoa e não mais ao que até então, dizia-se grupo de risco.

O processo de feminização da aids ocorre devido a fatores que tornam as mulheres vulneráveis. São eles: condições socioeconômicas, laços afetivos prejudicados, crenças religiosas, estigma, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual, prostituição, situação de violência, mulheres em união estável, detentas ou que vivem em comunidades quilombolas, relação desigual de gênero que leva à passividade nas relações afetivas quanto à tomada de decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva (COSTA *et al.*, 2015).

No município em que se deu essa pesquisa, há instituições que atendem portadores do HIV em todas as idades, nas mais diversas condições sociais e financeiras e seus familiares. Um desses serviços é o Serviço de Assistência Especializada (SAE) que foi implantado em 28 de setembro de 1996, através de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal e o Ministério da Saúde. Desde sua implantação até o mês de dezembro de 2014 o número total de pacientes mulheres gestantes soropositivos admitidos no SAE foi de 572, sendo residentes dentro ou fora do município sede da instituição (SSSDA/JF, 2015).

A cidade conta com um Centro de Testagem Anônima para Aids (CTA) localizado no mesmo prédio do SAE. O CTA, diante da confirmação do diagnóstico soropositivo, faz o aconselhamento e encaminhando o portador para o SAE onde é atendido por uma equipe multiprofissional, fazendo-lhe o acolhimento e a abertura do prontuário e o agendamento médico. Outra porta de entrada para o serviço é o encaminhamento interno ou externo dos companheiros(as) ou parceiros(as) do (a) usuário(a) em atendimento. Ao confirmar sua soropositividade, passam a ser usuários do serviço e entram no fluxo de atendimento. Há ainda a entrada dos pacientes que foram internados nos hospitais devido a infecções oportunistas e receberam o diagnóstico sorológico positivo na internação.

É importante que nós profissionais da enfermagem tenhamos a compreensão que podemos atuar como facilitadores no processo de autocuidado e provedor do cuidado a esse usuário, que muitas vezes, encontra-se fragilizado diante da nova realidade que se faz presente em sua vida, ou melhor, desta nova dupla realidade: estar gestante e ser soropositiva para o HIV, podendo desta forma, promover um cuidado não somente ao usuário do

serviço, mas também a seu bebê, família e a toda comunidade garantindo-lhes melhor assistência junto as suas necessidades.

Para que isso se torne possível, faz-se necessário, compreender qual o significado para ela em vivenciar esse momento. Nossa valorização como profissionais da saúde não está atrelada ao número de atendimento que fazemos, mas sim, pelos cuidados prestados ao usuário do serviço e pela relação interpessoal estabelecida entre ele e a família que são aspectos fundamentais para o cuidado efetivo e de qualidade.

Ao realizar o levantamento do referencial temático para elaboração desse estudo nas bases de dados MedLine, Scielo e Lilacs com os descritores: gestantes, síndrome da imunodeficiência adquirida e sexualidade, encontramos alguns trabalhos e percebemos que é nosso dever voltar nossos olhares para o significado a essa mulher, jovem, gestante, soropositiva para o HIV, vivenciar esses acontecimentos em seu cotidiano.

1.3 Objetivo do Estudo

Desvelar os sentidos advindos da gestação em mulheres jovens que convivem com o HIV.

2 ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DA AIDS

O presente capítulo consiste em que há de científico na temática que aborda o ser mulher, jovem, gestante e suas vulnerabilidades, a infecção pelo HIV e as bases de ordem política. Isso nos remete a posição prévia, que Heidegger (2014) denomina de Solo de Tradição.

O estudo foi realizado à luz do Movimento Analítico Hermenêutico Heideggeriano. Esse movimento da investigação inicia-se a partir da posição prévia da tradição científica sobre a temática, a qual aparecerá desenvolvida nesse tópico com base na constituição do estado da arte do objeto do presente estudo (PAULA *et al.*, 2012).

O solo de tradição se constitui das questões e investigações abordadas até o momento, mas que ainda não conseguiram alcançar o problema que é filosófico e, se assim permanecem, não embasarão aquilo que pretendem. Portanto ele caracteriza a constituição do fenômeno pela ocorrência da possibilidade do encontro com uma experiência originária, no caminhar da fundamentação científica para o cuidado ôntico.

2.1 A Aids no decorrer dos tempos: revivendo a história

As IST constituem um importante problema de saúde pública, onde estima-se que a cada ano, 340 milhões de pessoas adquiram algum tipo curável (WHO, 2011).

O período compreendido em torno da II Guerra Mundial foi predominante para a ascensão das doenças até então ditas venéreas como um perigo social, especialmente a Sífilis. Nesse período, a partir da década de 50, surge o advento que mudaria o rumo das relações sexuais humana: o anticoncepcional, e com ele uma maior liberdade sexual (NUCCI, 2012).

A aparente “liberdade sexual” não durou muito tempo, pois com os primeiros casos de aids nos Estados Unidos da América, na década de oitenta, esse comportamento foi considerado de risco para a transmissão do agente causador dessa doença, que até o momento era desconhecido (GALVÃO *et al.*, 2010; VILLARINHO; PADILHA, 2014).

Os primeiros casos de aids foram registrados em junho de 1981 pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América a partir da ocorrência de casos graves de pneumonia em pacientes, sem antecedentes clínicos e, em sua maioria, homossexuais. Esses pacientes faleciam de infecções e neoplasias raras, como a infecção por “*Pneumocystis carinii* e o Sarcoma de Kaposi”, fato que possibilitou o aumento do vínculo da epidemia a homossexualidade e contribuiu para reforçar o pensamento de que a aids era entendida como uma doença que atingia grupos específicos que não apresentavam uma vida sexual dita “normal” e que passaram a ser denominados de grupos de risco (VON MUHLEN *et al.*, 2014; SCHECHTER *et al.*, 2004).

No início dos anos 80, ainda se desconhecia corretamente a etiologia da aids, e havia uma sugestão que os casos estariam associados a algum tipo específico de disfunção da imunidade celular relacionada a uma exposição comum e que seria uma patologia adquirida por contato sexual (SANTOS *et al.*, 2012).

Na década de 80, no Brasil, a epidemia acometia principalmente os homo/bissexuais do sexo masculino, brancos e de classe média alta, dita como uma doença repleta de estigmas e preconceitos, sendo a princípio nomeada de doença dos 5H, pois atingia somente Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês), considerados também como “grupo de risco” para HIV/AIDS (BANDEIRA, 2014).

A equipe de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur na França, em 1983, consegue isolar e caracterizar um retrovírus suspeito de ser o causador da aids, denominado no ano de 1986 como Vírus da Imunodeficiência Humana, adotando-se a sigla HIV, estabelecida por um grupo internacional responsável pela taxonomia de tipos virais em consonância com a OMS (BAZIN *et al.*, 2014). Em outubro de 2008, Luc Montagnier foi premiado com o prêmio Nobel de Medicina em reconhecimento pela descoberta do vírus HIV (BRASIL, 2015).

Esse vírus passou também a ser observado em pessoas que recebiam transfusões de sangue. Diante desta observação, houve por parte do governo, a partir do ano de 1985 a implantação de medidas específicas de controle do sangue e hemoderivados, através do aprimoramento da triagem em bancos de

sangue, por meio de legislação própria, colaborando entre outros fatores para o aumento do tempo de vida após o diagnóstico da soropositividade (VILELA *et al.*, 2012).

Observamos também a transmissão sanguínea através do compartilhamento de seringas em usuários de drogas injetáveis e a transmissão vertical, de mãe para filho, que poderia acontecer durante a gestação, no momento do parto e ou durante o aleitamento materno (STRATHDEE *et al.*, 1998; COSTA *et al.* 2015).

No final da década de 80, a epidemia ultrapassava os limites geográficos, étnicos, de orientação sexual, e de gênero. No Brasil, devido a suas dimensões continentais, o perfil inicial da epidemia apresentou diferenças regionais, mas, ao mesmo tempo, semelhanças na maioria das regiões brasileiras, com notificação primeiramente na população de homens que fazem sexo com homens, e isso não foi o suficiente para preocupar as autoridades responsáveis pela área da saúde (PACHECO, 2010).

No âmbito das políticas públicas, no início da epidemia da aids as autoridades sanitárias julgavam não ser um problema de saúde que merecesse atenção, pois estava restrito a grupos minoritários. Assim, houve uma grande mobilização por parte dos homossexuais para modificar esta visão das autoridades governamentais e da sociedade (PEREIRA; NICHATA, 2011; SOUSA *et al.*, 2012).

Isso repercutiu no decorrer das décadas de 80 e 90 na criação de Organizações Não-Governamentais (ONG) com o objetivo de disseminar informações a respeito das formas de prevenção, apoio aos portadores de HIV e crítica às opções propostas pelo governo, no que se refere à assistência aos pacientes, as estratégias de prevenção e educação para a saúde (SOUSA *et al.*, 2012)

A primeira organização do Brasil e da América Latina foi o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), em 1985, em que eram membros profissionais de saúde e militantes do movimento homossexual. Outras organizações foram surgindo em seguida, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela Vida) e o Apoio Religioso Contra Aids/Instituto de Estudos da Religião (ARCA/ISER), cada uma apresentando

suas propostas e recortes sociais, com destaque em sua inserção no âmbito da política (PEREIRA; NICHIATA, 2011).

Neste mesmo ano, ou seja, em 1985, foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS com a Portaria nº 236, o que possibilitou o estabelecimento de vínculo entre profissionais e instituições e fundamentou o enfrentamento da aids de forma abrangente e inclusiva, com simetria entre atividades de prevenção, assistência, promoção dos direitos humanos e com a participação ativa das pessoas que convivem com a doença. Em 1986 estabeleceu-se a obrigatoriedade na notificação de casos de aids no Brasil (GRANGEIRO *et al.*, 2009; TAQUETTE, 2013).

A partir dos anos 90, foi constatada uma mudança no perfil epidemiológico, com crescentes casos entre mulheres que viviam em relacionamento heterossexual estável, com um único parceiro, apresentando-se contaminadas pelo vírus HIV, o que foi denominado de feminização da aids, preocupando ainda mais o governo. (BRITO *et al.*, 2000; ABATTI; SEGURADO 2015; ANDRADE, 2014).

Essa modificação do perfil epidemiológico, junto com o crescente aumento dos casos de aids, fizeram com que o Ministério da Saúde estruturasse a Política de Assistência aos Portadores do HIV/AIDS através do desenvolvimento de um Programa Alternativo de Assistência junto à rede pública do Sistema Único de Saúde na década de 90. Este programa de atendimento ambulatorial foi denominado de Serviço de Assistência Especializada (SAE), onde ao portador do HIV e sua família foi assegurado o atendimento por equipes multidisciplinares através de uma assistência integral, humanizada e de qualidade (BRASIL, 2005a).

Neste mesmo contexto histórico, a Coordenação Nacional de DST/AIDS implantou outros serviços como os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), cujos objetivos são oferecer a possibilidade confidencial da sorologia, o aconselhamento e o atendimento domiciliar dos pacientes (BRASIL, 2005a; DANIEL, 2008).

Os anos 90 configuraram-se como a segunda década da epidemia, em que a distribuição das drogas antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde desde 1996, ano de publicação da Lei 9.313 denominada Lei Sarney, favoreceu que indivíduos infectados pelo HIV permanecessem indefinidamente

na condição de latência, sem necessariamente preencherem os critérios de definição de caso de aids e, portanto, sem serem notificados, além de contribuir para o aumento da sobrevivência dos portadores (BRASIL, 1996).

Com a Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional, estão listadas a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), a Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV e a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana como sendo de notificação compulsória (BRASIL, 2014).

Em 2015, comemoram-se os 30 anos da formalização da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, por meio da criação Programa Nacional de DST/AIDS. O êxito do Programa Nacional de DST/AIDS está relacionado à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015a). Tal programa é reconhecido mundialmente em decorrência principalmente da distribuição gratuita e universal da terapia antirretroviral, bem como por manter uma estreita relação entre os ministérios, os movimentos sociais e a sociedade científica (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

Toda essa atenção e apoio dados pelos órgãos sanitários responsáveis, o que culmina com a abordagem terapêutica vigente, a doença passou a assumir um caráter de cronicidade, devido principalmente ao amplo fornecimento e utilização da terapia antirretroviral, permanecendo longos períodos assintomáticos. É sabido que o tempo para o desenvolvimento da doença após a soroconversão pode ser de alguns anos, caso os indivíduos não façam uso correto da terapia antirretroviral, pode ser sucumbido pelo surgimento das infecções oportunistas, tendo sua qualidade de vida prejudicada (COSTA, 2015).

Apesar de todos esses avanços ao longo de sua história, não podemos esquecer que a aids é considerada um problema de saúde pública na medida em que se faz necessário uma inter e multidisciplinaridade entre profissionais e serviços visando a construção de conhecimento, compreensão e enfrentamento da doença e necessitando de desenvolvimento constante de políticas e incentivos governamentais no combate a aids até o momento em que possamos de fato, nos beneficiarmos de sua cura (SOUSA *et al.*, 2012).

Todo esse investimento do governo para a assistência aos portadores do vírus HIV é em decorrência a problemática da infecção, que necessita de intervenção em todas as suas fases. Atualmente a doença é descrita como de evolução lenta, sendo diferenciada através de três fases: 1) Fase: aguda: ocorre de duas a quatro semanas após contato com o vírus, onde o indivíduo pode apresentar sintomas como os da gripe, tendo o nome de síndrome retroviral aguda (ARS) ou infecção primária. Nessa fase o vírus se multiplica rapidamente, por meio das células CD4 e em seguida as destrói. 2) Fase de latência: o HIV reduz seu nível de reprodução, mas se mantém ativo, o portador irá conviver com o vírus, porém sem apresentar os sintomas da doença. 3) Fase do desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: acontece quando o sistema imunológico está seriamente comprometido, não sendo capaz de combater infecções oportunistas (CDC, 2015).

Em poucos anos, ficou determinado o caráter pandêmico da doença atingindo todas as fases da nossa vida, mas particularmente adultos jovens, sendo responsável por milhares de Anos Potenciais de Vida Perdidos. A epidemia da aids no Brasil adentra este século mostrando-se como um verdadeiro mosaico, em decorrência das subepidemias que vão sendo delineadas, acometendo simultaneamente diversos segmentos da sociedade, em todo o território nacional, com uma concentração maior nas grandes cidades (SILVA *et al.*, 2015; RIGHETTO *et al.*, 2015; SZWARCOWALD, CASTILHO, 2011).

A intervenção junto ao portador do vírus HIV, ou da aids, envolve as dimensões biológica, sociocultural e política (HERZLICH, PIERRET 2005). A biológica apresenta as demandas clínicas da infecção e do adoecimento. A sociocultural reflete o cotidiano das pessoas que têm HIV/AIDS e de suas famílias, a inserção social diante da discriminação, incluindo os direitos humanos. A política contempla as ações governamentais com foco na prevenção da infecção, na assistência à saúde e na proteção às pessoas infectadas, fundamentadas pela política pública brasileira de enfrentamento da aids (BRASIL, 2010).

2.2 Trajetória das Políticas Públicas Nacionais voltada aos jovens

No Brasil, é possível considerar o Código de Menores, sancionado em 12 de outubro de 1927, pelo Decreto Lei Nº 17 943, como o marco legal que deu início à ação do Estado em políticas para a juventude. Sob a inspiração desse Código, foram criados, em 1941, o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e, em 1964, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), responsável pela Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM). A concepção político-social implícita nessa Lei era de um instrumento de controle social da infância e da adolescência, vítima de omissão e transgressão da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos (SILVA; SILVA 2011).

Seguindo a ordem cronológica no ano de 1989 foi desenvolvido o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) criado pelo Ministério da Saúde a partir de uma necessidade política de se desatrelá-lo dos Programas de Saúde da Mulher e da Criança. O PROSAD trouxe uma modificação no cenário através de ações para a saúde do adolescente, com Diretrizes voltadas para a atenção básica seguindo áreas prioritárias de ação: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, violência e maus tratos e a família (BRASIL, 1996).

Neste Programa as ações para a promoção da saúde dos adolescentes deveriam ser desenvolvidas dentro da Estratégia de Saúde da Família, de forma interdisciplinar, pelas equipes. Estas deveriam trabalhar de forma articulada, atendendo e identificando agravos na saúde dos jovens oferecendo tratamento e reabilitação adequados (BRASIL, 1996; MACEDO, 2010).

Segundo Macedo (2010), o campo da saúde pública, a partir da implantação do PROSAD, sofreu uma reorganização no que diz respeito à saúde do adolescente, em destaque para as questões da saúde sexual e reprodutiva tendo em vista a vulnerabilidade dos jovens, ditas como grandes desafios, como é o caso das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e o aumento da gravidez não planejada.

No início dos anos 90 a partir da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, ocorrido na Assembléia Geral das Organização das Nações Unidas (ONU), surge no Brasil em reconhecimento aos direitos e a necessidade de uma gestão pública da infância e juventude o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sob a Lei Federal Nº 8069/90, promovendo assim, uma mudança no que diz respeito à concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado (RAPOSO, 2010; MACEDO, 2010).

Embora os termos jovem e juventude não tenham sido inseridos tanto no artigo referente aos direitos e garantias fundamentais da Constituição de 1988, nem no ECA, no qual aparece apenas a categoria adolescentes, incluindo somente os jovens da faixa etária dos 15 aos 18 anos incompletos, esses instrumentos serviram de suporte para o estabelecimento de condições legais na "reformulação das políticas públicas em favor da infância e da juventude" (LOPES *et al.*, 2006, p.119). É importante salientar que, mesmo atendendo só a uma parcela da população jovem, os adolescentes, com a criação do ECA, em 1990, a juventude começou a ter maior visibilidade e atenção das políticas públicas (SILVA; SILVA, 2011).

Com a criação do ECA, passa então, a ser conferida a criança e ao adolescente a condição de sujeito de direitos e deveres e de prioridade absoluta, tendo a sua família, a sociedade e o Estado a responsabilidade de protegê-los em toda a sua integralidade. Sendo o ECA uma importante conquista no que diz respeito ao norteamento para a criação de políticas públicas de defesa e promoção dos direitos da infância e adolescência (MACEDO, 2010).

As Normas de Atenção a Saúde Integral do Adolescente, ocorreu em 1993, com o objetivo de recomendar a capacitação específica dos profissionais, em nível de atenção primária para a saúde do adolescente, visava à qualidade da assistência, diminuindo os agravos e impactos causados com o estado de vulnerabilidade, vivenciado nessa fase da vida (BRASIL, 1993; MACEDO, 2010).

Dentro de todo esse cenário, percebemos que o tema juventude tem-se apresentado como uma questão emergente no século XXI, redesenhando a política de atenção ao jovem de um modo geral. No Brasil houve uma intensificação dos estudos sobre a juventude brasileira, destacaram-se,

discussões, estudos e pesquisas da UNESCO; da Ação Educativa, Assessoria, Pesquisa e Informação; do IPEA; do Instituto Cidadania e de Universidades, assim em 2001, o Grupo Técnico Cidadania dos Adolescentes, formulou um conjunto de propostas para a criação de uma política de adolescentes (SILVA; SILVA, 2011)

No ano de 2003 surge a PEC Nº 138/2003, que dispunha sobre a proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais da juventude. Neste período a Câmara Federal estabeleceu a Comissão Especial de Juventude, com a atribuição de realizar uma ampla discussão com a sociedade para identificar e indicar os elementos essenciais à construção do Plano Nacional de Juventude e do Estatuto da Juventude, bem como a indicação ao Governo Federal da necessidade de criar um órgão federal gestor da política nacional de juventude. Em 2004, surgem dois projetos de lei tratando desse tema: o Projeto de Lei - PL Nº 4.529, que dispunha sobre o Estatuto da Juventude, e o PL Nº 4.530, que visava a estabelecer o Plano Nacional de Juventude (CONJUVE, 2007).

A Política Nacional da Juventude do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM) surge em 2005 para atender aos jovens da faixa etária entre 18 e 24 anos, cujo objetivo foi o de nortear os parâmetros para a implantação de uma política nacional de juventude, além de direcionar ações governamentais para os jovens de menor escolaridade e aos desempregados (BRASIL, 2005b).

Observamos dentro deste contexto que o jovem passa a exigir um olhar mais atento por parte dos governantes, e estes por sua vez, começam a reconhecer, de fato, a necessidade da elaboração de novas formas de atender a esse jovem, modificando o cenário político da época. Assim com os olhares cada vez mais voltados para o atendimento deste grupo em especial, novas perspectivas de atendimento vão adentrando ao cenário brasileiro e pouco a pouco conseguem dar aos jovens respostas as demandas que foram de encontro as construções das políticas.

A criação da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), do Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) e do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM, Lei Nº 11.129), representou um novo momento para a juventude brasileira (BRASIL, 2005b).

O CONJUVE é um importante canal de diálogo entre a representação juvenil e o governo federal, e tem como objetivo assessorar a Secretaria Nacional de Juventude na elaboração, desenvolvimento e avaliação das políticas de juventude (CONJUVE, 2007).

A partir da criação da Política Nacional de Juventude (PNJ), os jovens da faixa etária dos 15 aos 29 anos passaram a ser considerados *sujeitos de direitos*. Conforme o CONJUVE é necessário reconhecer os jovens como:

Sujeitos de direitos, promotores e destinatários de políticas públicas, identificando a importância do reconhecimento do papel dos jovens como agentes ativos e autônomos, o reconhecimento dos seus direitos deve estar alicerçado em uma perspectiva ampla de garantia de uma vida social plena e de promoção de sua autonomia (CONJUVE *et al.*, 2006, p.7).

Destaca-se então, o compromisso do Estado em oferecer assistência integral, pública, gratuita e universal ao jovem, de acordo com as necessidades de cada fase do seu ciclo de crescimento e desenvolvimento em consonância com o direito à saúde que lhe é resguardado pela Constituição Federal (Brasil, 1988) e pelo ECA (Brasil c, 2005), enfatizando que as ações devem se estender da adolescência até a vida adulta.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente e de Jovens na Promoção da Saúde, na Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência, lançadas em 2009, pelo Ministério da Saúde, destacam questões como vulnerabilidade sociais e econômicas sobre a saúde dos jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, passando a orientar e organizar todos os programas e ações de saúde para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos. Passando a ser considerado um documento norteador, uma vez que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente não foi lançada (MACEDO, 2010).

No ano de 2010 o Ministério da Saúde publica as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescente e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, propõe ações norteadoras já existentes no SUS e integradas a outras políticas sanitárias, diante os desafios encontrados na juventude, enfatizando a importância de estratégias que visem modificar o quadro de vulnerabilidade dos adolescentes e jovens (BRASIL, 2010).

3 REFERENCIAL TEÓRICO- FILOSÓFICO

3.1 O Caminho Metodológico

Na tentativa de compreender o fenômeno que visa o sentido do ser mulher-jovem-soropositiva para o HIV e estar grávida, lançamo-nos no referencial teórico filosófico de Martin Heidegger, e vimos então, possibilidades de desvelá-lo. De acordo com Salimena; Souza (2010), a fenomenologia permite mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se mostram e se expressam por si mesmos. A enfermagem ao lidar com questões existenciais dos seres humanos que cotidianamente cuida, tem na fenomenologia uma importante contribuição para o seu pensar e o seu fazer principalmente, uma vez que ela nos proporciona um aprofundamento na subjetividade, na essência, contribuindo assim para uma melhor compreensão da realidade do dia-a-dia no qual estamos imersos (TERRA *et al.*, 2006; PACHECO, 2010).

Das palavras gregas *phainomenon* que significa “o que se mostra”, “o que se manifesta”, e *logos* que significa “discurso”, obtem-se a palavra fenomenologia. Para a fenomenologia a reflexão filosófica deve partir do próprio fenômeno e não de concepções já preestabelecidas, dos pré-conceitos. E por esse motivo a fenomenologia tem uma autêntica exigência ética com a verdade, rejeitando a manipulação da realidade (BIBLIO, 2013; HEIDEGGER, 2014).

Os primeiros movimentos fenomenológicos foram realizados entre outros filósofos por Edmund Husserl, sendo alicerce da fenomenologia husserliana, a intencionalidade da consciência a qual está sempre direcionada para algo, a consciência sempre é consciência de alguma coisa. O filósofo Husserl fez alguns seguidores entre eles Martin Heidegger, filósofo alemão e professor, tendo em *Ser e Tempo* (1927) a sua obra mais marcante, onde apresenta o homem como expressão ontológica, discutindo a facticidade do existir do ser (PEIXOTO, 2011).

A abordagem fenomenológica trazida por Husserl tem como direcionamento de se ir às coisas mesmas, tendo na descrição fenomenológica

a proposta de evidenciar o fenômeno em si mesmo. Heidegger, a partir de suas observações, rompe em parte com os conceitos que foram introduzidos por Husserl, por acreditar que o fenômeno se mantém velado frente ao que se mostra (GONZÁLEZ *et al.*, 2012).

A fenomenologia de Husserl propõe um estudo descritivo livre de preconceitos que aparece na consciência. Heidegger passa a utilizar um novo termo para se referir à consciência, passando a utilizar o termo *Dasein*, e que passa a significar “onde esse se refere ao existir humano que se dá como um acontecer (sein) que se realiza aí (Da), no mundo, sendo o próprio existir que constitui o aí em que se dá a existência” (MOREIRA, 2010, p. 727).

A expressão “fenomenologia” aponta que se pode formular na expressão: “para as coisas elas mesmas!”- por oposição as coisas soltas no ar, às descobertas acidentais, admissão de conceitos só aparentemente verificados, por oposição, à pseudoquestões que se apresentam muitas vezes como “problemas”, ao longo de muitas gerações (HEIDEGGER, 2014, p. 66). A fenomenologia, que é a possibilidade do pensar, a intencionalidade do olhar de alguém que quer conhecer algo que se mostra, ou seja, o fenômeno permite mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se expressam por si mesmos, nos levando a imergir na subjetividade, ir às coisas que se apresentam ocultas, veladas e assim compreender o fenômeno a partir do ser, de forma única, pois cada indivíduo vivencia uma mesma situação de forma diferente (PACHECO, 2010).

Em sua analítica existencial, Heidegger parte do ente, que nós próprios somos, e que ele nomeia de *Dasein*, caminhando do ôntico ao ontológico, da explicação como o *Dasein* vivencia sua facticidade em estar-no-mundo para explicitação da compreensão do ser. Como ser constitui o questionado e se diz sempre ser de um ente. O que resulta como interrogado na questão do ser é o próprio ente. Mas para se poder apreender sem falsificações os caracteres de seu ser, o ente já deve se ter feito acessível antes, tal como é em si mesmo (HEIDEGGER, 2014)

Para Heidegger as características que permitem o ser-aí se manifestarem são denominadas ontológicas. O Ser é algo que se torna manifesto, compreendido e conhecido para o humano, denominado por ele ser-aí, ser-no-mundo. Entretanto, tudo que o homem percebe de imediato é ôntico,

que é a instância dos fatos. Assim, as características ontológicas desvelam o ser-no-mundo e os aspectos ônticos dizem respeito aos entes (SALES, 2008). Nomeamos de ente coisas em diversos sentidos. Ente é tudo de que falamos, dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado, no teor e recurso, no valor e validade, na pré-sença, no “há” (HEIDEGGER, 2014).

A presença, o Dasein, vai se compreender a partir da existência caminhando do ôntico ao ontológico, da explicação como Dasein vivencia sua facticidade em estar-no-mundo para a explicitação da compreensão do ser.

Heidegger chama de existência o próprio ser com o qual a presença pode relacionar-se de diversas maneiras e com a qual ela sempre se relaciona de alguma maneira. A existência só poderá ser esclarecida pelo próprio existir. O Dasein segundo Heidegger encontra-se aberto a possibilidades na sua existência que para o filósofo compreende aquilo que se desvela sendo constituída pela facticidade, a decadência e a transcendência (HEIDEGGER, 2014).

No cotidiano é que o ser-aí pode se mostrar e na maior parte das vezes, de maneira inautêntica e envolvido com as ocupações sendo à maneira de todos (HEIDEGGER, 2014). Assim, o ser encontra-se decaído, lançado-no-mundo e nesse estar lançado tem a possibilidade de viver de maneira inautêntica ou autêntica. O encontrar-se decaído, permanece fora da propriedade, não exige nenhum esforço ontológico, via de regra, o ente sempre já se encontra nesse modo de ser impróprio. Já o colocar-se de um modo autêntico é colocar-se diante de tudo que se apresenta no cotidiano de um modo diferente, saindo da impessoalidade, não fugindo do convívio social e nem renegando o outro (SALES, 2008).

Para que ocorra este processo de transição da inautenticidade para a possibilidade da autenticidade, a angústia surge como um aspecto ontológico decisivo. A angústia, de acordo com Heidegger, uma escolha ontológica do Ser o qual está lançado no mundo, e que na maioria das vezes encontra-se decaído na impessoalidade, sendo esta diferente da angústia de um sentimento afetivo. A angústia é o Dasein afetado pelo mundo que se abriu em sua totalidade. Seria como aquele sentimento de não sentir-se em casa, é estar fora do conforto da impessoalidade. Sendo assim, a angústia implica em uma

necessidade de ação para assumir a condição ontológica de que se é Dasein, de voltar o cuidado consigo, com os outros e com as coisas (BILIBIO, 2013).

Portanto, o Dasein pode escolher ou não a si mesmo, ele pode escolher pela maneira própria/autêntica ou imprópria/inautêntica e essas expressões não possuem um sentido de avaliação, não indicam um grau maior o menor de ser por parte do Dasein, indica apenas o modo que esse Dasein pode se remeter ao ser (HEIDEGGER, 2014).

No processo de investigação dos significados para mulher, em relação ao sentido de ser-jovem-gestante-portadora-HIV, temos como ôntico o estar gestante e ser soropositiva, sendo esse um aspecto importante do estudo para a busca de desvelar o significado desse evento junto àquela que vivencia esta situação. Na busca da essência desse fenômeno, foi elaborado um instrumento para a caracterização das depoentes (APENDICE A), o que nos permitiu construir a historiografia. E para alcançarmos o ontológico, utilizamos a entrevista fenomenológica (APENDICE B) composta por perguntas que permitiram uma maior interação com as participantes de forma empática.

O processo de investigação nos remete a cada vez mais, recorrermos a fenomenologia para os estudos na área da enfermagem, pois é uma possibilidade de nos mostrar a importância da realização do cuidado para além do ôntico, do que se mostra, da necessidade de cuidarmos do ser, do ontológico. Apresenta-se como desafio de pensar a possibilidade de romper o cotidiano da assistência diária, consubstanciado por modelos pré-estabelecidos e permitir um modo-de-ser diferenciado, autêntico, não meramente executado pela familiaridade das ocupações técnicas na realização do atendimento, mas, preocupado com o outro, pessoa que recebe o cuidado e que pode significá-lo como bem-estar e conforto (SILVA *et al.*, 2013).

O pensamento heideggeriano nos traz que o modo de pensar e de ser predominantemente técnico na contemporaneidade teria levado o homem a perder de vista o ser aí no mundo. Assim, o homem moderno absorvido em seus afazeres na cotidianidade muitas vezes vem esquecendo-se do sentido da própria existência lançado na vida comum, vivendo no impessoal, aceitando as coisas simplesmente como dadas (SEBOLD; CARRARO, 2013).

Na cotidianidade da prática profissional dos enfermeiros como seres-aí-com-os-outros nos ambientes assistenciais, as tarefas e rotinas a serem

cumpridas distanciam a enfermeira e sua equipe de ouvir atentivamente a mulher, jovem, soropositiva para o HIV e gestante, pois neste universo da assistência em saúde restringiram-se as possibilidades da mulher de participar e expressar sobre seus sentimentos e opiniões. Refletir sobre a assistência dos enfermeiros, na perspectiva do cuidado para com e por essas mulheres, ocupação esta preocupada, que é da natureza do Da-sein nos traz a autonomia do ser, incentiva o profissional de enfermagem ao desafio de romper paradigmas estabelecidos e enraizados nos diversos modos de cuidar em enfermagem, que muitas vezes imersos na cotidianidade e no impessoal fazem prevalecer o modelo biomédico, caracterizado pela compreensão fragmentada do homem e execução de procedimentos rotineiros, não levando em consideração a singularidade do ser (SILVA *et al.*, 2013).

4 CAMINHOS METÓDICOS DO ESTUDO

4.1 Cenário

O estudo foi realizado em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de um município do interior do estado de Minas Gerais, sob o parecer Nº699.954 (ANEXO A), no qual primeiramente foi solicitada a autorização do Coordenador do Programa de DST/AIDS e da Direção do Serviço (ANEXO B e ANEXO C). Em seguida foi encaminhado e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo aprovado com o parecer já mencionado.

A etapa de campo iniciou no mês de novembro de 2014, após a aprovação do CEP/UFJF, quando foram realizadas visitas à instituição para que pudéssemos nos ambientar com a área física do SAE, e uma maior interação com a equipe multiprofissional do serviço. Tivemos acesso às fichas das usuárias gestantes e aos dias agendados para a consulta médica, sendo esta a princípio nossa referência para entrarmos em contato com as futuras participantes do estudo e assim no contato direto com elas buscamos seu Assentimento ou Consentimento para participarem do estudo.

Este contato prévio com o serviço, também denominado de ambiência, nos permitiu também reservar uma sala, confortável, arejada e privativa para a realização das entrevistas, a partir de então, ou seja, a partir da ambiência, começamos a planejar estes encontros (PACHECO, 2010).

Ao iniciar nossa pesquisa, o prédio do SAE se localizava na região central da cidade, junto a outros Departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, e no final de 2014, antes de iniciarmos as entrevistas houve a mudança da unidade para um prédio recém-construído também localizado na região central da cidade, porém em outro bairro, um local bem mais amplo que o anterior e bastante aconchegante.

O SAE é um serviço de referência que presta assistência às pessoas que convivem com o HIV e segue as Diretrizes Técnicas e Políticas da Coordenação Nacional de DST/AIDS. É composto por uma equipe multiprofissional com cinco infectologistas, uma enfermeira, uma assistente

social, uma psicóloga, dois odontólogos, um pediatra, um farmacêutico, uma auxiliar de enfermagem, um técnico de higiene oral, um auxiliar administrativo, um digitador, um auxiliar de limpeza e um estagiário da farmácia.

Conforme exemplifica Turato (2003) o local ideal para a entrevista é o espaço físico já conhecido pelo indivíduo, compreendendo, portanto que este é o ambiente natural para o qual se dirigem as pessoas que convivem com HIV para realizar seu tratamento, justificando assim, a escolha deste cenário para a realização das entrevistas.

Os contatos foram realizados previamente através de ligações, ou então, após checar na agenda médica qual seria o dia de sua consulta, deslocávamos até a instituição e a abordávamos enquanto esperava pela consulta, explicando qual o motivo da nossa pesquisa, pedindo então para que pudesse colaborar conosco. Todas que estavam esperando pela consulta aceitaram prontamente. Entre aquelas que conversamos por telefone e que havíamos combinado a entrevista para o dia da consulta, constatamos que duas não compareceram no dia agendado.

Conversando com a equipe multiprofissional a respeito da falta a consulta médica, disseram-nos que esse era um hábito corriqueiro na vida destas mulheres, que muitas consultas eram simplesmente ignoradas por muitas que ali faziam acompanhamento.

Sentia-me muito a vontade para desenvolver a pesquisa no SAE, por ser este lugar um ambiente já familiar, o que também trazia muita segurança para as participantes falarem do assunto com mais tranquilidade. Vejo isso, pois, quando não conseguia executar a entrevista neste ambiente, por algum motivo que culminava com a ausência da participante à instituição, eu me deslocava, após contato prévio via telefone, para sua residência. Esta minha atitude, ocorreu em duas ocasiões em decorrência da ausência das mesmas na consulta médica previamente agendada. Confesso que essa situação me deixava muito apreensiva e percebia junto as participantes, um certo desconforto também, que veio a ser esclarecido posteriormente por uma delas no decorrer da entrevista. Foi então relatado que seus familiares desconheciam sua sorologia.

4.2 Participantes

Na tentativa de desvelar os significados do ser-mulher-jovem-grávida-convivendo-com-o-HIV buscamos como depoentes mulheres que faziam acompanhamento nesta instituição. Foram realizadas 6 entrevistas, sendo as participantes jovens gestantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 15 e 29 anos, cientes de seu diagnóstico de positividade para o HIV, residentes ou não no município de referência para o tratamento e que apresentaram condições de articular o pensamento e fala, fazendo-se compreender ao entrevistador. Como critério de exclusão, usamos: gestantes soropositivas que não completaram 15 anos de idade ou que eram maiores de 30 anos e que não consigam articular o pensamento com a fala.

4.3 Os movimentos da Etapa de Campo

Como caminho para alcançarmos nosso objeto e objetivo, buscamos uma metodologia que nos permitisse investigar os sentidos do vivido da gestação em mulheres jovens que convivem com o HIV, desde o diagnóstico até o período em que se encontram na gestação. Assim sendo, nos enveredamos em um estudo de natureza qualitativa tendo como alicerce o referencial teórico-metodológico-filosófico fundamentado em Martin Heidegger.

A pesquisa qualitativa nos traz a necessidade de valorização da singularidade do indivíduo, pois a subjetividade é uma manifestação do viver total. Porém, devemos considerar que toda experiência e vivência do ser humano ocorrem no interior de uma história coletiva, além disso, são influenciadas pela cultura em que estão inseridas sendo contextualizadas. Esse tipo de pesquisa tem como característica a realização de uma investigação que objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão das situações bem como interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar (MINAYO, 2013).

Desta forma, utilizamos para análise dos depoimentos do estudo o movimento analítico hermenêutico trazido pela dimensão compreensiva do pensamento filosófico heideggeriano, com a pretensão de desvelarmos os

sentidos do vivido da gestação em mulheres jovens que convivem com o HIV e para isso primeiramente, perguntamos ao ente para conseguirmos acessar o ser, e esse perguntar se deu através da pesquisa fenomenológica (PAULA *et al.*, 2012).

A investigação fenomenológica emerge dos problemas ou das coisas em si mesmas no modo como se mostram no cotidiano e seguindo o movimento investigativo heideggeriano partimos da posição prévia, que se refere à tradição científica com a constituição do estado da arte do objeto do estudo e seguiremos em busca da concepção prévia através dos momentos metódicos propostos por Heidegger (PAULA *et al.*, 2012; HEIDEGGER, 2014).

A fenomenologia como modalidade de acesso aos participantes possibilita um movimento de compreensão do vivido do ser humano, tal como ele se apresenta na sua vivência cotidiana e nos convoca a realizar a exploração e discussão de problemas do cotidiano da enfermagem, levando-nos a emergir numa práxis criativa e intencional em busca dos significados que nos levam ao sentido. O significado é o que sustenta a compreensão, um existencial que se mostra acessível na cotidianidade que é a dimensão ôntica dos fatos, já o sentido se sustenta na interpretação e precisa ser desvelado, pois permanece encoberto na dimensão ontológica do fenômeno (SALIMENA; SOUZA, 2010; PAULA *et al.*, 2012).

Para a obtenção dos dados, foi utilizada a entrevista fenomenológica, através da técnica de entrevista aberta, pautada no referencial de Carvalho (1987, p.67):

Por ser um modo de o depoente penetrar na verdade de si mesmo, expressar-se sem falseamento e sem preconceito e neste sentido tentar-se-á estabelecer uma relação empática, com a intenção de estabelecer um clima descontraído que possibilite o diálogo.

Porém, antes de iniciarmos a coleta dos dados foi feito um levantamento dos prontuários, junto ao serviço, das mulheres que ali eram assistidas, selecionando as que se enquadravam nos critérios de inclusão: ter idade entre 15 e 29 anos, estarem cientes de seu diagnóstico de positividade para o HIV, residentes ou não no município de referência para o tratamento e que

apresentavam condições de articular o pensamento e fala, fazendo-se compreender ao entrevistador.

Ao tomarmos conhecimento sobre as mulheres que se enquadravam nestes critérios de inclusão, optamos por realizarmos entrevistas prévias com outras mulheres, que não atendiam a tais critérios por estarem fora da faixa etária, com a finalidade de adequar o roteiro de coleta de dados aos objetivos do estudo. Isto se fez necessário, pois segundo Carvalho (1987, p.48):

É com o cliente que se aprende a melhor pergunta [...] formulada em um movimento da intuição e da reflexão profunda, isto é, na atitude de concentração e percepção do gesto linguístico do cliente.

Uma vez realizada a adequação do roteiro de coleta das informações, estando selecionadas as mulheres que se adequavam ao nosso critério de inclusão, entramos em contato com elas por meio de telefonema, quando lhes fora explicado sobre o estudo, enfatizando a importância do mesmo, e fizemos o convite para participarem do estudo e assim foram agendadas as entrevistas.

Nossas entrevistas aconteceram entre os meses de novembro e março, na parte da tarde, quando a demanda na instituição era menor. O SAE nos cedeu consultórios médicos que estavam disponíveis, tratava-se de um ambiente claro, arejado, e para a promoção da privacidade a porta se manteve fechada durante todo o encontro que demorou em média 40 minutos. Neste local havia a disposição uma mesa e duas cadeiras, me sentava ao lado da participante e colocava o gravador mais afastado de nós, sobre a mesa, pois havia percebido um desconforto de algumas ao verem tal aparelho.

A entrevista fenomenológica é um encontro e para que esse se concretize é necessário empatia entre o pesquisador e a participante (CARVALHO, 1987). Para realização desse encontro fenomenológico foi necessário, enquanto pesquisadora, me colocar aberta para a escuta estando atenta aos modos de se mostrar da depoente e assim pude captar as diversas formas de expressão como o silêncio, os gestos e respeitando o momento do outro.

Em duas oportunidades, as entrevistas aconteceram fora do ambiente do SAE. Em uma das entrevistas a participante preferiu que nosso encontro

fosse na sua residência, me dirigi para lá e ela me convidou para entrar e a entrevista acabou sendo realizada no interior do seu quarto com a porta fechada. A outra participante por não conseguir contato por telefone, busquei seu endereço no SAE e me desloquei para sua residência e, a seu pedido, a entrevista foi realizada no interior do meu carro.

Durante o primeiro contato pessoal com as participantes, expliquei sobre o estudo, tirava dúvidas sobre o processo de coleta dos dados e diante de sua anuência, lhes apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e então solicitado sua assinatura, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Sendo menor de idade seu aceite se deu através de sua assinatura no Termo de Assentimento juntamente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de seu representante legal (ANEXOS D, E e F).

Para garantir-lhes o anonimato pensamos a princípio utilizar na identificação das participantes uma sequência iniciando com a letra J (Jovem), a seguir o número ordinal que representasse a ordem da entrevista e por fim a idade da participante (Ex: J128). No entanto no decorrer do encontro com as participantes, estando mais próxima a sua realidade de vida, comecei a ver que se mostravam a mim como pérolas raras, escondidas e fechadas no seu mundo iam se abrindo e desvelando o que havia no seu interior. Passamos então a compará-las as pérolas. Uma pérola é um material orgânico duro e geralmente esférico produzido por ostras, em reação a corpos estranhos que invadem o seu organismo causando-lhes danos. As pérolas têm que ser guardadas sempre sozinhas.

Diante desta analogia, substituímos sua identificação inicial por nome de pérolas, deixando a ordem em que apareciam na entrevista seguida da idade de cada uma. Sendo elas: Pérola South Sea, Pérolas do Tahiti, Pérolas Akoya, Pérolas de Água Doce, Pérolas Kesh e Pérolas Barrocas (Ex: PÉROLA SOUTH SEA 1, 22)

Na primeira parte da coleta de dados foi realizada a historiografia das participantes registrando a dimensão ôntica do ser mulher-jovem-gestante-convivendo com HIV. A entrevista iniciou-se com a seguinte questão norteadora: Como você se sentiu ao descobrir-se soropositiva para o HIV? E

no decorrer da entrevista foram formuladas questões para conduzi-la de forma a não induzir as repostas, sendo destacadas questões expressas pelas mulheres jovens realizando o aprofundamento das mesmas para compreensão dos possíveis significados apontados por elas. Em seguida, fazíamos a pergunta: Qual foi seu sentimento ao saber que estava grávida. Logo depois perguntávamos: Como você vivencia sua gestação sendo soropositiva para o HIV? E para finalizar a entrevista era realizado um feedback perguntando a entrevistada gostaria de dizer mais alguma coisa.

Após as entrevistas (APÊNDICE A e B), tão logo chegava em casa, as ouvia e transcrevia manualmente em folha de A4 toda nossa conversa e posteriormente digitava no Word (APÊNDICE C), mantendo a fidelidade à linguagem das participantes. Em seguida as entrevistas eram lidas e relidas quantas vezes fossem necessárias em busca da captura das estruturas essenciais do fenômeno, visando a compreensão do seu mundo-vida.

Na busca por desvelar o fenômeno e refletindo sobre o pensamento de Heidegger fomos dar voz a quem é ente valorizando e buscando compreender seus sentimentos, comportamentos, suas emoções, atitudes e opiniões, ou seja, aquilo que se faz pre-sença em seu mundo-vida (HEIDEGGER, 2014). Neste sentido ao final de cada entrevista e através de um diário de campo, foi construída a historicidade, que representa a dimensão fenomenal denominada por Heidegger de comportamento, onde foram registrados os comportamentos, a expressão corporal observada, as emoções que foram percebidas, os silêncios, pausas na fala, olhares, lágrimas, risos e os gestos, em uma aproximação ao quem das participantes (PAULA *et. al.*, 2012; HEIDEGGER, 2014).

As entrevistas foram gravadas em CD e permanecerão arquivadas durante cinco anos, assim como os demais registros realizados. Após a realização das entrevistas, a transcrição das mesmas e a releitura do diário de campo, iniciamos um momento de reflexão, caminhando dessa forma para o movimento analítico hermenêutico proposto por Heidegger, o qual se compõe de dois momentos: a compreensão vaga e mediana e a hermenêutica.

O encontro com as participantes possibilitou acessar o ente de forma que ele pode “mostrar-se em si mesmo e por si mesmo”, dessa forma a interpretação desse encontro se deu através da presença a qual se mostrou

“tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes, em sua cotidianidade mediana” sendo retiradas as estruturas essenciais dessa cotidianidade (HEIDEGGER, 2014, p. 54).

Concomitante à coleta das informações, ocorreu a primeira etapa da análise dos depoimentos, na qual buscamos destacar o que foi comum nas entrevistas, organizando as Unidades de Significação, aquilo que as mulheres expressaram a partir dos questionamentos a ela dirigidos e que se constituiu no primeiro momento metódico em Heidegger denominada de compreensão vaga e mediana, onde buscamos explicitar aquilo que o ente pensa e fala do ser, sem realizar interpretações dos sentidos trazidos por elas, abrindo o horizonte para se desvelar as facetas do fenômeno investigado (HEIDEGGER, 2014).

Nesse momento de análise fenomenológica foi realizada a redução fenomenológica, ou “epoché filosófica” (Terra *et al.*, 2006, p.675), no qual colocamos em suspensão todo o conhecimento prévio sobre o fenômeno em estudo, de modo que o núcleo essencial do fenômeno se desvele à nossa consciência.

Na investigação fenomenológica o pesquisador não deve se pre-ocupar com a verdade ou falsidade das experiências descritas pelo participante e sim procurar compreender o fenômeno através da descrição fenomenológica, ou seja daquilo que se mostra como modo de ser do sujeito na cotidianidade, estando na dimensão ôntica dos fatos, já que segundo (Heidegger 2014, p.40) “toda procura retira do procurado sua direção prévia” tais significados nos permitiram alcançar a compreensão mediana do ser, “o procurado no questionamento do ser”.

A partir da captação dos significados, caminhamos em direção aos sentidos velados nas Unidades de Significado, isto é o que sustenta a interpretação, é o que precisa ser desvelado, ele está por detrás e precisa ser clarificado para se alcançar a dimensão ontológica do fenômeno (HEIDEGGER, 2014). Na análise vaga e mediana estivemos no modo ôntico, onde apenas explicitamos os significados para a mulher de ser jovem, gestante e soropositiva para o HIV, porém os sentidos ainda encontram-se velados, nesse caminhar vamos em direção a segunda etapa metódica em Heidegger, a análise interpretativa ou hermenêutica para alcançarmos a esfera ontológica do

fenômeno. E, para que seja possível esse caminhar faz-se necessário a elaboração de um fio condutor que nos leve à elaboração do conceito de ser.

A partir da conquista do fio condutor entramos no segundo momento do movimento analítico hermenêutico que é a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Nesse momento utilizando os movimentos de intuição e imaginação que são próprios do pesquisador e fundamentados na Ontologia de Martin Heidegger, buscamos clarificar os sentidos desta vivência alcançando a dimensão ontológica.

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1- Historiografia e Historicidade das depoentes

Para que possamos trabalhar nessa metodologia, faz-se necessário compreender dois termos muito usados: historiografia e historicidade. A historiografia é composta pela dimensão ôntica dos fatos (Paula *et al.*, 2012), a qual contextualiza o quem do ser-mulher-jovem-soropositiva-para-o-HIV-e-gestante. A presença se assume no modo do ser do questionamento dos fatos historiográficos, pois somente se apropriando da dimensão ôntica é que se pode entrar na posse integral das possibilidades de desvelamento do fenômeno (HEIDEGGER, 2014). A historicidade anuncia a dimensão fenomenal ao considerar a vivência do humano em seu cotidiano, revela subjetividades e expressa a intersubjetividade do encontro (Paula *et al.*, 2012).

Para a realização da historiografia foram colhidas informações do prontuário referentes a cada depoente. Para a construção da historicidade foi necessário lembrar o encontro o que foi possível através da escuta dos depoimentos e releitura do diário de campo, onde foram realizadas anotações dos comportamentos expressos pelas depoentes como falas, silêncio, sorrisos, lágrimas.

Quadro1- Historiografia de jovens mulheres gestantes convivendo com o HIV

Identificação	Nº Entrevista	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Soropositividade	Tempo de Tratamento SAE	Cidade da residência	Profissão	Renda Familiar em Salário Mínimo	Número Gestação	Religião	Já fez aborto?	Número de Filhos	Pai mesmo das outras gestações	Vive com o pai do deste filho?	Tempo de gestação	ENTREVISTAS
Pérola South Sea 1, 22	01	22	solteira	1ºG Comp	10 meses	10 meses	Matias Barbosa	Caixa	2	3	Evangélica	não	1	sim	não	5 meses	
Pérola do Tahiti 2,18	02	18	solteira	2º G Incomp.	13 anos	13 anos	Juiz de Fora	Nenhuma	2	1	Evangélica	não	0	0	Não	4 meses	
Pérola Akoya 3,17	03	17	Solteira união consensual	2º G Incomp.	3 anos	2 anos	Juiz de Fora	Do lar	3	3	Católica	sim	1	sim	Sim	8 meses	
Pérola de Água Doce 4,21	04	21	solteira	2º G Incomp.	5 meses	5 meses	Juiz de Fora	Vendedora	2,5	1	Católica	não	0	0	Sim	9 meses	
Pérola Kesh 5,24	05	24	casada	2º G Compl.	3 meses	3 meses	Juiz de Fora	Do lar	1,5	2	Evangélica	não	1	não	sim	5 meses	
Pérola Barroca 6,26	06	26	solteira	2º G Compl.	8 meses	8 meses	Juiz de Fora	Balconista	1	2	Católica	não	1	Não	não	9 meses	

Fonte: Renata Cristina Justo de Araújo

Na expectativa de realizarmos a entrevista fenomenológica, de ante mão, devemos nos afastar dos nossos preconceitos buscando promoção de um encontro onde seja estabelecida uma relação de empatia com a depoente, estando atenta a todos os gestos e expressões sendo dessa forma possível construir a historicidade do encontro com cada depoente. Para Heidegger (2014), a historicidade nos leva a compreender a constituição de ser do “acontecer”, próprio da presença como tal.

(Pérola South Sea 1, 22) São cultivadas no Taiti, Austrália e Filipinas, e vêm de ostras grandes – por isso muitas vezes estas pérolas são grandes. Redondinhas, geralmente variam entre 8 mm e 15 mm diâmetro – mas podem chegar a 25 mm em alguns casos. Elas são encontradas em diversos tons entre branco e douradas.

Como resultado da pesquisa previa realizada no prontuário, sabia que naquela data, a possível depoente estaria no serviço para a realização da consulta médica. Pedi para que a funcionária da secretaria me mostrasse qual era a pessoa que eu estava em busca. Ela apontou uma mulher magra, quieta, sentada bem no canto. Fui à sua direção, me apresentei com um sorriso. Disse o motivo pelo qual estava abordando-a e que gostaria muito que ela participasse da minha pesquisa. Ela prontamente concordou e então, solicitei gentilmente que me acompanhasse para outra sala, pedindo para que sua avó aguardasse um pouco na sala de recepção, que logo terminaríamos a nossa conversa. Adentrou, com a cabeça baixa e um sorriso brando no rosto. Era realmente magra, de alta estatura, pele morena, usava um vestido longo cujo caimento sobre o abdome demarcava a presença de uma gestação. A sala em tom azul bebê era composta por uma mesa, três cadeiras, uma balança e deixei na parte central da mesa alguns papéis. Convidei-a para sentar-se, reforcei os motivos do nosso encontro, ela aceitou participar do estudo e assinou o TCLE, logo em seguida lhe pedi permissão para ligar o gravador. Era nítido que estava envergonhada. Consentiu com a cabeça, e então iniciei a entrevista. Relatou ter descoberto ser soropositiva na primeira gravidez em decorrência do surgimento de Herpes, quando a médica solicitou o teste de HIV. Neste momento fez uma cara de tristeza e informou que junto ao resultado da gravidez e da soropositividade veio que o neném tinha uma má formação, porém este não sobreviveu. Agora demonstrou estar feliz com a gravidez, pensativa disse estar muito ligada na gestação e nem pensa muito na questão do HIV, se importa

em ingerir os medicamentos prescritos para que a criança, uma menina, não se contamine e sobreviva.

(Pérolas do Tahiti 2,18) As tais pérolas negras geralmente são as que vêm do Tahiti. Redondas, podem variar de 8 a 14 mm de diâmetro, podendo atingir tamanhos maiores. Sempre em tons escuros, como verde escuro, azul petróleo, cinza grafite ou roxo.

A entrevista havia sido programada para um dia específico, antes do horário agendado para a consulta médica, porém nesse dia, ela faltou. Eu então fiz contato via telefone, reagendamos uma nova data, mas neste dia ela também faltou. Na terceira tentativa, ela apareceu. Fui avisada de sua chegada, a avistei de longe, ela sorriu. Estava sozinha. Era uma mulher jovem, de baixa estatura, com o corpo parecido com o de uma criança, cabisbaixa, toda envergonhada, com aparelho nos dentes e uma barriguinha bem redondinha já aparecendo. Fui ao seu encontro e a abracei. Ela me retribuiu com um longo e apertado abraço. Então, me apresentei e a levei para a sala onde se daria a entrevista. Entramos. A sala era tranquila, pintada num azul bebê, havia uma mesa, três cadeiras, uma balança e papéis sobre a mesa. O local nos proporcionava um ambiente muito receptivo e aconchegante. Seu olhar percorria toda a sala. Expliquei o motivo da entrevista e solicitei sua autorização. Convidei-a para sentar e ela escolheu uma cadeira à minha frente, sentou-se com as pernas paralelas, pés no chão e mãos entre as pernas. Nesse momento iniciamos nossa conversa. Disse que ao saber que estava grávida ficou mal, neste momento ficou bastante pensativa e parecia que estava remexendo em um passado doloroso e difícil de ser lembrado, contou-nos que a primeira coisa que lhe veio à cabeça é que não poderia ter ficado grávida senão iria passar o vírus para o bebê. Contou-nos que sua transmissão foi vertical, sua mãe faleceu quando ela era criança, foi criada pelo pai e pela madrasta que foi quem, juntamente com a médica, lhe contou seu diagnóstico quando tinha dez anos. Já ao ser questionada sobre seu sentimento ao descobrir-se grávida sua fisionomia mudou e expressou ser a gestação algo sempre desejado, que sabia como não engravidar, mas que desde os 13 anos vinha tentando, porque achava bonito. Houve um momento de tensão quando ela contou não ingerir o medicamento, lembrou-se da morte da mãe e afirmou ter medo de ingerir os medicamentos por estes serem grandes e que só o faz na presença de

seu pai, por conta do risco de vomitar. Disse ter contado tudo para o namorado e demonstrou estarem felizes e ansiosos com a chegada do bebê.

(Pérolas Akoya 3,17): Essas são as mais tradicionais das pérolas. Bem redondinhas e miúdas, com até sete mm de diâmetro. São de água salgada e cultivada no Japão, mas também podem ser encontradas em mares da Coréia, da China e do Sri Lanka. A maioria delas é branca, mas podemos encontrá-las em muitos tons e cores: douradas, azuladas, acinzentadas, e até rosadas.

A entrevista havia sido agendada há mais de duas semanas, após entrar em contato com a usuária, via telefone, por ter faltado à consulta agendada anteriormente. Liguei, me identifiquei, expliquei o motivo da minha ligação com a usuária e rapidamente passou o telefone para sua avó. A avó me atendeu, refiz todo o meu processo de identificação e falei sobre o motivo da ligação e que gostaria de conversar com a usuária e que havia percebido a ausência dela na consulta daquela semana, e que se quisesse poderia reagendar. A avó agradeceu, e disse que sim, que poderia agendar, uma vez que ela estava muito atarefada e havia descuidado um pouco da neta, pois se encontrava com a sua filha, mãe da usuária, internada para um tratamento oncológico.

E assim fizemos, agendei a consulta médica e também a entrevista para a semana seguinte. Na semana seguinte, ao chegar à Instituição para a entrevista, fui comunicada pela secretária que a usuária já estava ali. Deparei-me com ela, uma jovem bem magrinha, com o corpinho ainda de menininha e com um filho nos braços, não maior que dois anos, também magrinho, e a avó, que mais parecia sua mãe. Uma bela moça jovem, ativa, que a todo tempo falava com a neta.

Apresentei-me, agradei pela aceitação e fomos para a sala, onde se daria a entrevista. Acomodei todos na sala, sentados, expliquei para a avó a necessidade de sua autorização para darmos início a nossa entrevista, uma vez que a jovem era adolescente. Diante da ciência e da aceitação de todas, pedi para a avó esperar no lado de fora da sala. Foi quando a neta, que permaneceria na sala comigo, para ser entrevistada disse para avó: Vó, vai lá [...] Vai lá fazer, é na outra sala. A avó prontamente e rispidamente respondeu: Não menina, não vou fazer nada não. A neta continuou a insistir: vai vó, é quinze minutos, vai rapidinho [...] Não é moça? Voltando-se pra mim. Foi então que perguntei se poderia ajudar em algo.

A neta se antecipou a avó e disse: a mulher ali fora (se referindo a enfermeira) pediu para ela fazer o teste rápido, mas ela não quer [...] É rapidinho não é mesmo? Falou direcionando-se para mim. Foi então que tive ciência do que se tratava. Era para avó fazer o teste rápido de HIV. Perguntei para a avó se ela queria fazer o teste, e ela respondeu: Não, agora não [...] Outra hora eu faço! A neta continuou insistindo: vai vó [...] Vai lá. A avó interrompeu e disse outra vez: Não, não vou! Sua expressão facial era de uma mulher brava, que não gostava de ser contrariada.

Foi então que a avó se virou para mim e disse: Ela (referindo-se a neta) quer que eu vá lá fazer o teste, porque antes de saber que ela tinha esse negócio aí, eu fazia muito minha unha e arrancava uns bifés [...] E ela também usava o alicate, aí ela quer saber se deu alguma coisa pra mim [...] Mas eu não vou fazer não, não tenho nada não [...] É que eu emagreci uns 12 quilos esses dias, mas porque eu tô com minha filha no hospital, não é nada não [...] Faz o seguinte, eu vou lá fora com o menino (se referindo ao bisneto) e depois nós vamos embora, ou eu vou fazer com você esse exame.

E assim fez. Pegou o bisneto e saiu com ele. A usuária sorriu. Percebi um sorriso triste, um tanto quanto forçado.

A sala estava bem arrumada, limpa, organizada, havia uma mesa e três cadeiras. Uma ocupada por mim, uma vazia, e a outra, ocupada pela usuária, que se ajeitou na cadeira e olhou para mim. Sorri e perguntei se poderíamos começar a entrevista. Ela respondeu que sim. E assim o fizemos. Seu rosto demonstrava tristeza ao contar que adquiriu o vírus do ex-namorado, e que não sabe se fica feliz ou triste com a gestação por ter receio de contaminar o bebê. Informa que a ingestão do medicamento gera um mal estar. Em alguns momentos sorria, mas com o rosto tenso, parecia estar nervosa ao contar sobre a gravidez sendo soropositiva. Informa que tem medo da morte, de ser internada e morrer, do filho ser soropositivo, e isto gera muita preocupação, a ponto de ela só pensar nisso o tempo todo.

Demonstrou arrependimento de ter transado sem camisinha e contou que a gravidez foi acidental e que o companheiro se contaminou com ela, mas que ela contou antes de eles terem relação sexual. No momento em que retornou a lembrança do diagnóstico da gestação percebi seus olhos encherem de lágrima. Ela comentou sobre a sogra e da tristeza de morar com ela e ter que manter em segredo o fato dela e do companheiro serem soropositivos por conta do preconceito que a

sogra diz ter em relação às pessoas contaminadas pelo vírus. Comentou com tristeza o fato de ter perdido amigos que ao saberem do seu diagnóstico se afastaram.

(Pérola de Água Doce 4, 21) São também conhecidas como Pérolas Biwa, porque eram inicialmente cultivados num lago japonês com este nome, mas hoje em dia o maior produtor destas pérolas é a China. Os tamanhos são variados e não são totalmente esféricas, mesmo que seja difícil de ver esse detalhe.

Peguei seus dados no prontuário e fui buscar na agenda quando Pérola de Água Doce teria novamente consulta. Percebi então que havia perdido a última consulta e que ainda não havia reagendado. Liguei para o telefone que constava em seu prontuário e por diversas vezes chamou até cair. Continuei insistindo de tempos em tempos durante aquela tarde e somente depois de várias tentativas e bem passado das 18 horas eu consegui ser atendida. Identifiquei-me e disse que gostaria de conversar com ela pessoalmente. Ela me respondeu com uma voz muito doce e suave que estava difícil para ir ao SAE, pois estava trabalhando muito e que estava perto dos dias do bebê nascer. Que inclusive teve que faltar a consulta, por ter que trabalhar.

Diante disso, perguntei se poderia ir a casa dela para que pudéssemos conversar em um lugar mais tranquilo e fácil para ela. Aceitou prontamente e assim marcamos para a próxima segunda feira, após as 18 horas. No dia e horário combinado, me desloquei até sua residência, que ficava em um bairro muito afastado do centro da cidade. Ao chegar ao endereço, vi uma bela casa, ainda em construção, com muitos cachorros latindo. Acionei a campainha e fui atendida por uma moça negra, gordinha que apresentava ter não mais que 13 anos. Perguntei pela entrevistada e ela pediu para eu entrar. Ao adentrar na casa, minha entrevistada me esperava na sala. Uma jovem negra, um pouco acima do peso e de estatura baixa, com um sorriso calmo e envergonhado no rosto. Usava uma roupa bem simples e mantinha os cabelos presos.

Aproximei-me, dei-lhe um longo abraço e perguntei se queria conversar ali mesmo ou se preferia outro lugar. Disse então, para irmos para o quarto da irmã, que ficava nos fundos, para que pudéssemos ficar mais a vontade. E, então fomos. Um quarto simples, pintado de azul, com pouca luz e cheio de móveis. Ajeitou um espaço na cama para mim, outro para ela e sentamos. Ela optou por sentar de lado,

e eu ao seu lado, mas olhando para ela. Entrelaçou as mãos entre as pernas, que estavam cruzadas, e abaixou a cabeça num gesto claro de quem estava com vergonha. Foi então que iniciei a entrevista.

Ao iniciarmos ela fez uma pausa e chorou, contou-me como descobriu ser soropositiva e voltou a chorar ao contar sobre o momento da notícia da gestação e de como foi triste para ela saber que estava grávida. Tanto ela quanto o namorado souberam ser soropositivos quando do diagnóstico da gestação e ela sofreu, pois ele se afastou dela, mas hoje estão felizes juntos. Voltou a chorar quando disse que achava que ao engravidar seria diferente do que está sendo agora, já que a gravidez era um sonho.

(Pérolas Kesh 5, 24) Também “papoula”. São miúdas, podendo ser redondas ou compridinhas, parecendo um grão de arroz. É mais comum na China, e é cultivada em água doce, rios e lagos.

A entrevista tinha sido agendada a cerca de um mês antes, através de um telefonema. Consegui falar prontamente com ela e então agendamos para o dia da consulta. Um pouco depois do horário combinado, vejo um casal entrando na Instituição, de mãos dadas. Ela bem magrinha, com um vestido, e um cinto que já permitia observar o volume abdominal de gestante. Uma maquiagem suave e um sorriso fácil no rosto. Porém um olhar desconfiado, como se estivesse procurando por algo. Aproximei e me apresentei, a convidando para me acompanhar a uma das salas. Pedi a gentileza do companheiro em aguardar ali, na sala de espera e que brevemente, retornaríamos, ele aceitou.

Então, nos deslocamos até um consultório vago. A sala era grande, bem arejada e iluminada. Na sala, uma maca, três cadeiras e uma mesa que nos separava. Expliquei o objetivo do nosso encontro, ela concordou e começamos então a entrevista. Ficou o tempo todo sentada à minha frente, com um sorriso muito suave no rosto e me respondendo as questões.

Informou que o diagnóstico da soropositividade foi gerador de muita tristeza, mas que agora já estava restabelecida, no início chegou a pensar que iria morrer e que até se adaptar tinha sido muito difícil. Informou-nos que esta gravidez foi planejada, ao contrário da outra, que o companheiro atual é muito presente e demonstrou felicidade com a gestação. Seu medo maior é de passar o vírus para o bebê.

Ela enfatiza que acredita no poder da cura vinda da fé em Deus, e que percebe o preconceito das pessoas com aqueles que são portadores do vírus. Comentou ter tido problemas para se adaptar aos medicamentos, mas que agora eles foram trocados e que ela está se sentindo bem melhor.

(Pérolas Barrocas 6, 26) São chamadas pérolas Barrocas aquelas que não têm forma geométrica definida, ou seja, são as que durante o cultivo não saíram conforme o esperado e não atingem 75% de esfericidade. Podem ser de todas as cores, de água doce ou salgada e de diversos tamanho.

Telefone fora de área ou desligado! Era assim toda vez que tentava entrar em contato com a possível entrevistada. Por diversas vezes, liguei para que pudessemos agendar a entrevista. Todas foram sem sucesso. Resolvi esperar pelo dia da consulta, e fui ao SAE em busca de conhecer a possível entrevistada, e na data agendada para a consulta, ela faltou. Passado algum tempo, pediu via telefone, para remarcar a consulta e fiquei sabendo.

Com a consulta reagendada, tentei novamente e por diversas vezes fazer contato via telefônico, todos sem sucesso: ora desligado, ora chamava e ninguém atendia. Aguardei então até a nova data da consulta médica. No dia da consulta aguardei ansiosa por ela, abordaria na instituição mesmo, pouco antes da consulta, na expectativa que aceitasse participar da minha pesquisa. Chegada a hora da consulta ela também não compareceu.

Depois de um tempo passado da hora da consulta, entrou em contato com o serviço através do telefone avisando que não tinha como deixar a outra filha de cinco anos em casa sozinha, e que não poderia ir a consulta por conta disso e pediu para remarcar a consulta. Minha possível entrevistada já estava com 35 semanas! A próxima consulta seria dentro de três semanas, o que seria muito perto da data do parto, e provavelmente, não a veria novamente.

Diante disso, e com uma intensa ansiedade em conhecer essa jovem, fui até sua casa, a sua busca. Seu endereço me mostrava um bairro muito simples e afastado do centro da cidade. Ao chegar ao endereço, observei algumas casas pequenas, agrupadas, um ambiente muito simples. Ouvia-se um som muito alto, era Funk, e este som vinha de alguma casa ali por perto. Toquei a campainha, chamei [...] e ninguém aparecia para me atender. Permaneci por ali alguns minutos, fiquei na dúvida se não queriam me atender ou se o som alto impedia de que me ouvisse

chamar. Cheguei a pensar que não era certo eu estar ali, sem ser convidada, mas algo falava a minha intuição de esta seria uma entrevista muito importante e que eu não desistisse.

Depois de algum tempo, saiu uma mulher e disse a moça que eu procurava morava ao lado. Dirigi-me para a casa ao lado e chamei por ela, tive que aguardar um pouco e em poucos minutos, apareceu uma criança, uma menina negra, baixinha aparentando ter cerca de sete anos de idade. Eu a perguntei se ela conhecia quem eu estava procurando e ela me respondeu que ela era sua tia. Pedi então a criança que a avisasse sobre minha presença, que eu era enfermeira e que gostaria de conversar com ela. Em pouco tempo, volta a menina, dizendo que a tia estava dormindo, e se era muito importante o que eu tinha pra falar com ela. Eu disse que sim, que gostaria muito de falar com ela.

Alguns minutos depois, chega a minha possível entrevistada. Ela não pareceu, pela sua fisionomia, que estava dormindo, abriu o portão e veio conversar comigo, com o ar de desconfiança espelhado em sua face. Apresentei-me e disse o motivo pelo qual estava ali, e se ela poderia me atender. Sua fisionomia modificou e passou a ser muito receptiva e me respondeu que sim. Perguntei se poderia entrar para conversarmos, pois o som estava muito alto, e manifestou que não, e me perguntou se poderíamos conversar em outro lugar, na rua, ou em outro lugar.

Percebi que ela queria se abrir e como a rua não era o local mais indicado para uma entrevista fenomenológica, oferecia a ela para conversarmos no SAE, no dia da consulta. Foi então que ela disse estar curiosa com o que eu queria, e que precisava muito conversar com uma enfermeira.

Diante disso, ela sugeriu que entrássemos no meu carro. E então assim o fizemos e a nossa conversa começou dentro do meu carro. Percebi que ela queria muito conversar a qualquer custo. Expliquei a ela o motivo que me levou a ir a sua busca, e ela aceitou prontamente participar da pesquisa. Ao iniciar a primeira pergunta, ela começou a chorar, a ponto de soluçar. E assim se deu a entrevista, entre lágrimas, sentadas no banco do carro.

Ao terminarmos a entrevista, agradei, despedi e me coloquei a disposição para esclarecer alguma dúvida que ela tenha. Foi então, que aquela jovem, sentada ao meu lado, começou a falar de sua vida, e de seus medos e expectativas em relação a sua vida como soropositiva para o HIV e que seu medo maior era de que alguém na maternidade, falasse sobre seu estado sorológico.

5.2 Compreensão Vaga e Mediana: O vivenciar da gestação em mulheres jovens convivendo com o HIV

No primeiro momento desenvolvemos a captação dos significados junto aos depoimentos de modo a constituir a descrição do fenômeno tal como ele se mostra.

O encontro entre a pesquisadora e as mulheres jovens, gestantes, soropositivas para o HIV, possibilitou a princípio emergir a compreensão do significado, aquilo que é mostrado prontamente. Ao mergulhar nas falas das participantes, juntamente com a imersão no diário de campo fomos ao encontro da dimensão ôntica do vivenciado por elas, ao lugar aonde os fatos se configuram. Novamente foi necessário reduzir os pressupostos e concepções apriorísticas em relação ao fenômeno de modo a identificar suas estruturas essenciais.

Nesse primeiro instante, compreendemos o que foi trazido pelas manifestações que velavam o fenômeno, através de várias leituras, idas e vindas que nos possibilitaram identificar as estruturas essenciais do “quem” das depoentes e compreender os significados, os pensamentos e sentimentos que o ente revela sobre o ser gestante-jovem-convivendo com o HIV.

Para a construção deste primeiro momento metódico em Heidegger (2014) inicialmente nos deparamos com 3 significados presentes nas falas das participantes que estavam relacionados com a questão norteadora: Medo, susto, tristeza e preocupação em não contaminar o filho; Alegria com a gestação, preconceito, dificuldade na ingestão do medicamento e a fé como suporte. Posteriormente foram realizados novos mergulhos nas falas das participantes e buscando um aprofundamento maior reestruturamos os significados e os reagrupamos em 5 Unidades de Significação, a seguir elaboramos o Fio Condutor.

5.2.1 Unidades de Significação

Unidade de Significação 1: Ao receberem o diagnóstico de ser soropositiva, as mulheres tem um impacto negativo, pois passam a viver na incerteza do que esta por vir.

Ah, eu senti mal, fiquei muito mal que aí depois eu descobri que o neném estava com malformação aí, entendeu, veio isso tudo no mesmo mês. A enfermeira falou que tinha dado isso daí, esse

negócio aí, aí fiquei muito arrasada na hora [...] (PÉROLA SOUTH SEA 1, 22).

Mal. Ah, eu não “tava” preparada para isso não. Foi na [...] (pensativa, olhando para baixo), Como eu posso te dizer? Ah! (silêncio) [...] Assim, é pensando que eu não podia ficar grávida, se não passava para o bebê, foi assim (PÉROLA DO TAHITI 2,18).

Horrível, foi muito ruim. Nossa! Parecia que o mundo ia cair pra mim! Foi horrível! Até hoje assim [...] É meio difícil [...] Nossa, foi um baque! (risos). Nossa não é possível! Sabe quando dá aquele choque? Foi assim, deu um choque! Deu um choque! Deu vontade de chorar (risos, com os olhos quase lacrimejando). Eu fiquei doidinha! (PÉROLA AKOYA 3, 17).

Ah [...] No início foi difícil! (pausa e choro). Quando fiquei sabendo foi muito difícil. Foi um susto [...] Foi aquele choque! Eu não esperava! Porque eu namorava há 5 anos [...] (PÉROLA DE ÁGUA DOCE 4, 21).

Aí, eu fiquei muito assustada, não esperava né! E foi um [...] Abalo na minha estrutura, na minha vida! [...] Agora eu já conformei, mas no começo foi meio doloroso, muito chato [...] Muito triste, mas agora está melhor (PÉROLA KESH 5, 24).

Eu não acreditei no começo [...] Fiz dois exames, aí eu fiquei assim [...] Ah não, não pode ser! Fui no médico ele falou [...] Faz outro. Mas eu não quis ir, eu resisti. Porque eu tava com medo de dar positivo. Aí no dia que eu fiz o outro [...] É realmente, deu! Ah! Aí eu me senti muito mal! Eu fiquei muito mal! Tristeza, muito, por eu ter pegado e tal [...] Eu nunca pensei que ia acontecer isso comigo, sinceramente (PÉROLA BARROCA 6, 26).

Ao descobrirem-se portadoras do vírus HIV, as mulheres jovens atendidas no SAE relataram terem se sentido mal com a notícia, entristecidas, sendo este um momento muito doloroso, um choque em suas vidas. Ao reviverem o momento da descoberta, elas deixaram vir à tona através das lágrimas, os sentimentos já vividos.

Algumas informaram que inicialmente não aceitaram o diagnóstico, e pensavam que isso não aconteceria com elas. Uma das participantes referiu não ter acreditado inicialmente no diagnóstico, uma vez que estava em um relacionamento estável há cinco anos com um único parceiro.

Unidade de Significação 2: A notícia da gestação causa sentimentos de surpresa mas também de felicidade.

Ah, eu fiquei muito alegre. É porque eu queria um menino [...] Aí eu descobri que era um menino (PÉROLA SOUTH SEA 1, 22).

Ah, eu fiquei feliz! Eu sempre “queria”. Ah [...] Eu só chorei de alegria! [...] Aí assim (pensativa) eu tentei né, desde 13 anos eu “tava” tentando engravidar [...] Porque eu achava bonito (PÉROLA DO TAHITI 2,18).

Ah, assim, a gente nem sabe se fica feliz, ou se fica “meia”[...] “Coisa”, porque tem hora que eu não sei falar se eu to feliz mesmo, porque é uma preocupação muito grande, saber que você vai contaminar seu filho, entendeu? Então tem vez que é muito complicado de lidar (PÉROLA AKOYA 3, 17).

Ah [...] Uma coisa que eu sempre sonhava muito, mas [...] Era um sonho meu ser mãe, era um sonho [...] Mas aí [...] (começou a chorar). Pra ela (mãe da jovem) foi uma alegria, mas aí passou o tempo veio a tristeza. Assim [...] Entre aspas né! (PÉROLA DE ÁGUA DOCE 4, 21).

Foi planejado né! Minha gravidez foi planejada então foi com muita felicidade porque a gente queria né, então eu planejei. Sentimento de felicidade, porque hoje eu estou aproveitando mais essa gravidez do que do outro. É um momento de muita felicidade, é um presente de Deus em nossa vida, muito feliz! A gente tá muito feliz! (PÉROLA KESH 5, 24).

Ah! (sorrisos) foi assim: todo mundo no meu serviço, falava: você tá grávida! Aí eu comecei a sentir coisas de mulher grávida, que o peito começou a inchar. Aí eu tô assim [...] Não! Não é possível que eu tô grávida. Aí quando eu fiz o teste de gravidez, que eu vi lá tantas porcentagem de hormônio [...] Eu não acreditei! Eu falei assim: não, não é possível, eu tô grávida! Eu fiquei tremendo um tempão, mas depois eu fiquei feliz, porque o pai do meu filho não tem filho, a gente se dava super bem, agora que a gente brigou por causa deste acontecimento que aconteceu (PÉROLA BARROCA 6, 26).

Ao se descobrirem grávidas algumas mulheres demonstraram sentimento de felicidade, alegria, que era a realização de um sonho. Uma delas percebeu as transformações no seu corpo, mas ao ver o resultado do teste positivo para gestação, disse não ter acreditado no resultado ficando assustada, mas logo ficou feliz por ser este o primeiro filho do casal. Apenas duas participantes informaram que planejavam a gestação. A gestação também gerou um sentimento de preocupação pela contaminação do filho sendo este um motivo de tristeza.

Unidade de Significação 3: As mulheres enfrentam o mal estar provocado pela ingestão do medicamento em benefício da criança não ser contaminada.

É o médico aqui me explicou né [...] Que se tomasse o remédio direitinho tinha a possibilidade da criança não pegar [...] Eu tomo os remédios, ainda mais que ele falou, aí que eu tomo mesmo. (PÉROLA SOUTH SEA 1, 22).

[...] Eu não tomo remédio [...] Eu posso morrer ou o neném também. Eu só não quero que aconteça o que aconteceu com minha mãe [...] De ter um filho e morrer depois. De eu, igual minha mãe, ela me ganhou no parto e morreu [...] Aí ela num ta aqui pra viver né? Eu só não quero isso que aconteça isso comigo, como aconteceu com ela. [...] É por isso que não tomo o remédio sem meu pai ta dentro de casa. Porque são muito grandes. Não desce, não dá [...] Dá vontade de vomitar tudo! A médica mandou cortar! (PÉROLA DO TAHITI 2,18).

É difícil, é meio complicado [...] Eu não consigo tomar meu remédio e segurar ele no estômago [...] Eu tomo e vou deitar, mas mesmo assim eu acordo de madrugada com vontade de vomitar [...] Entendeu? Ah, é muito difícil! Eu tomo meia noite, que aí eu deito e acabou (PÉROLA AKOYA 3, 17).

Aí pensa um monte de coisa, será que vou morrer? Como é que funciona? Né, até se adaptar foi difícil. [...] Eu fico pensando né, será que pode passar isso pra ele, o que pode acontecer, fico ainda com medo sabe? [...] Nada como um dia após o outro porque eu não me adaptei ao remédio então eu passava muito mal, eu comecei a emagrecer muito. Mas tenho tomado os medicamento tudo direitinho. Mas a gente não esquece, o pensamento volta. Mas [...] Graças a Deus está melhor (PÉROLA KESH 5, 24).

Todo dia eu lembro disso (referindo-se a soropositividade), principalmente por causa do remédio, e por que eu fico com medo de morrer [...] Eu só tenho medo, mesmo tomando o remédio tudo direitinho do nenê nascer com. Que ela (enfermeira) falou que só tem como saber depois de certo tempo. Não tem como saber na hora que nasce (PÉROLA BARROCA 6, 26).

Esta unidade nos mostrou que as mulheres veem no medicamento a possibilidade de não contaminação do filho, mesmo que usá-los diariamente lhes reforça a lembrança de sua soropositividade para o HIV. Elas entendem a importância da adesão ao medicamento como elemento fundamental para a saúde do filho. Dão credibilidade ao médico, quando as orienta em relação à terapêutica, seguindo-a o mais fiel possível.

Um fato que chamou muito a atenção foi que para uma jovem, o medo maior estava no fato da possibilidade dela vir a engasgar com o comprimido, e a partir disso, morrer. Essa jovem conta com o familiar mais próximo para ter mais tranquilidade na ingestão do medicamento. Ela esta ciente que a não adesão à

terapia medicamentosa aumentaria as chances de contaminar o filho, mas o receio de engasgar-se com o comprimido, mesmo cortando ao meio como sugeriu a médica, não a impede de ficar, por vezes, sem ingeri-lo.

Outro aspecto importante mencionado por elas foi o medo da morte e da impossibilidade de vivenciar o crescimento do filho. Demonstaram que não possuem informações sobre a doença a ponto de tranquilizá-las quanto ao risco de contaminação do filho. Apontam para no futuro o desconforto de terem que explicar á criança sobre o acompanhamento que deverão ter e isto vem junto ao medo de morrer.

Unidade de Significação 4: A vivência da gestação é acompanhada de uma crença em Deus como força para superação das dificuldades advindas do diagnóstico de soropositividade para o HIV.

[...] Eu peço muito a Deus para não acontecer isso (contaminar o filho) [...] (PÉROLA SOUTH SEA 1, 22).

Às vezes eu fico pensando no meu filho e fico assim [...] Nossa meu Deus do céu já pensou se ele tem. (PÉROLA AKOYA 3, 17).

Eu falei assim: agora é começar a tratar e viver daqui pra frente. Comecei a tomar os remédios, peguei com Deus. Porque olha [...] Não é fácil, ainda mais na primeira gestação! Nunca fui mãe (PÉROLA DE ÁGUA DOCE 4, 21).

Mas graças a Deus [...] Deus tem me fortalecido muito e igual eu falo, isso veio na minha vida para eu aprender, para eu superar as dificuldades [...] Mas a gente tem que entender a vontade de Deus também. Mas tenho tomado os medicamentos tudo direitinho (PÉROLA KESH 5, 24).

Essa unidade mostrou que há uma preocupação em não contaminar o filho e para isso fazem o uso da medicação e se apegam em suas crenças, principalmente mantém sua fé em Deus na esperança da não contaminação.

Nas falas das participantes observamos que as gestantes possuem consciência de que a medicação é importante para evitar a transmissão vertical e, portanto, este é um cuidado que elas apresentam visando o nascimento de um bebê soronegativo. Pode-se afirmar que as mesmas demonstram disposição em seguir todas as recomendações relativas ao tratamento, uma vez que isto reflete no futuro

de seu filho, conferindo uma maior garantia da não transmissão do vírus para o mesmo.

Unidade de Significação 5: O preconceito com o HIV faz com que a mulher mantenha sua soropositividade em segredo.

Porque ela (sogra) fala que não gosta disso, uma vez eu perguntei pra ela: O que você acha desta doença? Aí ela falou: Deus me livre de chegar perto de uma pessoa assim! Entendeu? Por isso quero sair de lá o mais rápido possível [...] Quando eu morava com minha mãe, já era meu tio que tinha preconceito comigo. Ele sabia. Até hoje quando eu vou lá, ele separa copo, faca, tudo dele é separado. [...] Eu perdi meus colegas “tudo” de onde eu morava. Tudo, tudo, tudo [...] Entendeu? Porque foi só eu contar que eu tinha que eles sumiram tudo, entendeu?(PÉROLA AKOYA 3,17).

A gente querendo ou não [...] tem um pouco de preconceito né? Há uns dois, três anos, a gente estudou com um rapaz que tinha isso, né [...] Mas eu nunca de maneira nenhuma eu tive preconceito mas querendo ou não a gente vê ao redor as outras pessoas com o jeito de tratar, não quer sentar ao lado, porque fica sabendo que é [...] a gente vê muito por esse lado né. (PÉROLA KESH 5,24).

Outro dia eu passei um constrangimento muito [...] Assim, o médico foi muito [...] (pensativa). Porque na minha declaração (se referindo à declaração de comparecimento à consulta médica), que outro dia eu fui lá no Hospital R (referindo-se ao hospital do atendimento), aí na declaração de serviço ele escreveu: Fulana, tá aqui de 36 semanas, consta de ser soropositivo, aí eu falei, eu achei que ele me expos, eu não entreguei no serviço, todas as declarações ninguém nunca escreveu. Ele escreveu [...] Entendeu? Eu fico com medo de estar a minha irmã lá, minha mãe ou alguma outra pessoa que for ficar comigo e eles falarem entendeu, eu estou tensa por causa disso, então eu não sei como que vai ser lá, porque até então ninguém sabe, só minha amiga e o pai do neném, mais ninguém, então eu fico com medo pelo fato de chegar alguém lá é falar alguma coisa, entendeu? Até então ninguém sabe. Então eu fico com medo de lá na maternidade alguém falar alguma coisa, tipo assim, que eu não vou poder dar de “mama”, tipo assim, eu tenho até que conversar com a enfermeira (do SAE) sobre isso que eu to com muito medo. Não é possível, eles vão ser profissionais, eles não vão espalhar pra todo mundo que eu sou positiva, né? (PÉROLA BARROCA 6, 26).

O preconceito é real e faz parte do cotidiano das mulheres. Informam vivenciar no interior da família o preconceito de alguns de seus membros que sabem do seu diagnóstico, outra chegou a perder os colegas após ter lhes confidenciado sua sorologia, por isso, às vezes preferem manter em segredo seu diagnóstico.

Uma delas sentiu-se constrangida pelo fato do médico que a atendeu em consulta de urgência fornecer-lhe a declaração de comparecimento para ser entregue ao serviço e nesta constar sua soropositividade. A mesma teme que ao ser internada para ter seu bebê sua mãe e irmã venham a saber de seu diagnóstico, pois este é um segredo só revelado a uma amiga e ao pai da criança. Ela teme que os profissionais que irão assisti-la na maternidade não sejam éticos a ponto de revelarem seu diagnóstico. Todo este contexto gera-lhe ansiedade e preocupação.

5.3. Fio Condutor da Interpretação

Após várias leituras dos significados emergidos na compreensão vaga e mediana chegamos ao fio condutor que media o movimento da compreensão do vivido da gestação sendo soropositiva para a interpretação do sentido do que é ser-mulher-jovem-convivendo-com-a-HIV.

Para a mulher jovem o vivido da gestação sendo soropositiva se inicia com a lembrança da notícia da gestação como sendo um momento ambíguo, de não aceitação, porém muitas vezes desejada e até mesmo planejada; convivem com a possibilidade de transmitir o vírus para os filhos, o que causa medo e insegurança, porém sabem que o uso correto do medicamento e a crença em Deus conduzem a esperança da criança nascer saudável e até mesmo da cura da doença; algumas foram abandonadas pelos parceiros, outras passaram a conviver com o medo de sofrerem preconceito e não poderem acompanhar o crescimento dos filhos.

Tomando como princípio esse Ser, buscamos desvelar seu significado. Esse movimento inicia-se na dimensão ôntica e caminha para a ontológica, sendo assim, desvelamos os sentidos velados a partir dos significados encontrados ao elaborarmos as unidades de significação.

6 COMPREENSÃO INTERPRETATIVA

É através da Hermenêutica Heideggeriana que conseguimos desvelar o *ser-aí* no mundo em sua existencialidade. Sendo assim, evidenciamos os modos de *ser-no-mundo* com a possibilidade de existir.

O evidenciar do Ser, que é questionado a partir da busca do “aquilo que é”, constrói o conceito de Ser (Heidegger, 2014), e que se iniciou com a compreensão vaga e mediana, mostrando-nos o movimento do cotidiano do *ser-aí-jovem-gestante-portadora-de-HIV*, trazendo as possibilidades de seus modos próprios de ser no cotidiano, ou seja, sua cotidianidade existencial.

O conceito de Ser, sob a ótica de Heidegger (2014) é mais universal, mais amplo e também mais vazio, uma compreensão de ser já esta sempre incluída em tudo que se apreende no ente. Ser não é um ente, é um conceito evidente por si mesmo. Entretanto, o conceito de ser acolhe igualmente a possibilidade de sua mais aguda singularização em cada presença (ontico-ontológico).

E é nesta singularidade do *ser-jovem-gestante-portadora-de-HIV*, percebe-se que seu cotidiano é vivido com experiências diversificadas e de uma forma interativa com a família, amigos e desenvolvendo diversos sentimentos. Sendo assim, o conceito de ser se constrói pela compreensão do cotidiano destas mulheres.

Heidegger (2014) refere-se também aos “outros” não como todos que restam fora de um determinado ente, mas aqueles dos quais o “a-gente” não se diferencia no mais das vezes e no meio dos quais a gente também está. Mesmo sendo individuais, sempre estávamos com os outros em nosso cotidiano, e em constante relação e interação com os que convivem em seu meio, mesmo que de forma deficiente. Faz parte da constituição existencial do ente *ser-com* ao *ser-no-mundo*, por isso o mundo é sempre compartilhado.

A jovem-gestante-portadora-do-HIV se mostra como ser-no-mundo-com-os-outros, uma vez que fala de si, relacionando o seu estar junto-com-os-outros. Demonstrando assim ter uma vida normal. Esse cotidiano da jovem-gestante-portadora-do-HIV aponta que se anuncia na condição existencial de *Ser-aí*. Assume o lugar de protagonista de suas vivências, ou seja, se coloca como “eu” no quem está vivenciando a maternidade, dizendo que é ela mesmo: em como se re-conhece, se relaciona e se comporta, no que tem, quer, precisa e pode.

Ser-aí, que sempre eu mesmo sou (Heidegger, 2014) indica um eu e não um outro. O “eu”, que se re-vela presente (-aí), se comporta de diferentes maneiras em seu existir. Neste sentido, a pre-sença, na multiplicidade de modos de ser, indica continuamente o acontecer da história vivida/vivenciada por cada ser.

No cotidiano, se re-conhece como gestante e re-vela que tem um vírus, mostrando-se na dupla facticidade: ser jovem-gestante e portadora do vírus, ou seja, desses fatos não pode fugir, pois são inerentes à sua situação de vida atual, portanto, a pre-sença está-lançada naquilo que já está determinado e do qual não se pode escapar. A expressão estar-lançado traz consigo a facticidade de ser entregue à responsabilidade (HEIDEGGER, 2014).

É possível compreender que essa dupla-facticidade é vista sob diferentes condições: no caráter transitório de estar gestando, e no caráter permanente ser portador do vírus HIV. Assim, a jovem-gestante considera que estar grávida é bom e ser portadora do vírus HIV é ruim, enfrentando essas situações de maneiras distintas.

Demonstra que, às vezes, não queria estar grávida, mas aceita bem essa atual situação, e que ainda está em momento de transição, vivenciando essa alternância de sentimentos. Essa transitoriedade ao longo da vida expressa que o

ser do humano se realiza como sendo um ser-descobridor e está em contínuo de vir-a-ser (HEIDEGGER, 2014).

No movimento de existir-sendo, vivencia seu passado e sabe que não tem outro caminho a não ser, seguir ir em frente. Isso indica a constituição ontológica do acontecer próprio da pre-sença. “A essência da presença está em sua existência” (Heidegger, 2014, p.85), ou seja, desta forma passa a compor sua historicidade.

Este “sendo” acontece no cotidiano que vivencia em casa, na escola, na comunidade, entre amigos e familiares. Estes são os espaços em que o ser-jovem-gestante-portadora-do-HIV realiza suas experiências, seu aprendizado e sua maturidade mostrando-se no mundo em uma cotidianeidade própria. Ou seja, esse é um contexto em que de fato uma pre-sença vive, acontece (Heidegger, 2014) sendo que ela além de estar num mundo também se relaciona com o mundo, uma vez que o relacionamento interpessoal é fundamental para a constituição do mundo.

Sendo-aí-no-mundo, o ser jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV, se relaciona em seu cotidiano com seus pares, sua família, escola e comunidade. Também inter-age consigo mesmo. Desta maneira, mostra-se como ser-aí-com.

O ser-com indica a natureza relacional do humano, onde demonstra que todo ser é sempre ser-com mesmo que ele esteja em solidão ou isolamento. A pre-sença é sempre co-pre-sença, o mundo é sempre mundo-com-partilhado, o viver é sempre uma forma de conviver (HEIDEGGER, 2014).

No modo de ser-com-os-outros, estabelece relações de diálogo, convívio, decepções e aceitações, constituindo assim, o mundo público, no qual está tendo mais liberdade e responsabilidades.

Desta forma, a pre-sença pode se comportar de maneiras diferentes a partir de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma, podendo vir a assumir-

se ou perder-se (HEIDEGGER, 2014). Sendo ela mesma, assume-se na singularidade do modo de ser da autenticidade; e não sendo ela mesma, perde-se na impessoalidade do modo de ser da inautenticidade.

No mundo público do nós, o ser- jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV, se vê em um mundo igual para qualquer outra jovem-gestante-não-soropositiva-para-o-HIV. Ou seja, no cotidiano a pre-sença se relaciona com o mundo a qual é tido como impessoal. Este é, na maioria das vezes, o modo de ser da pre-sença, segundo o qual, traz-nos que “todo mundo é outro e que ninguém é si mesmo (HEIDEGGER, 2014 p. 185).

A jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV, nas relações interpessoais assume a identidade impessoal, mostra-se como todas as gestantes, fazendo as mesmas coisas no seu cotidiano e não divulga que tem o vírus, pois teme o que advém socialmente quando se conhece sua condição sorológica.

Na existência cotidiana com-os-outros, o temor de ser rejeitadas por serem portadores do vírus HIV está presente. O temor é um estado de humor no qual o Dasein pode ser encontrado. Como Dasein, a jovem-gestante-portadora-do-virus-HIV é lançada no mundo sob condições e circunstâncias que vão além do seu controle e do que não se pode fugir, é o que Heidegger (2014) denomina de facticidade. O que se teme (temível) tem um caráter ameaçador e, para estas, a ameaça é a de ficar só, distante das amizades, das diversões, dos afetos (PACHECO, 2010).

A impessoalidade permite que ela não se diferencie das outras pessoas, pois assumir sua sorologia a expõe às atitudes que dificultam a convivência, principalmente referente ao preconceito, junto às demais pessoas do seu convívio. Para que isso não aconteça, permanece naquilo que é comum e esperado por

todos. Portanto, no ser-com, a pre-sença dá-se, essencialmente, em decorrência dos outros. De-cair na impessoalidade significa o afastamento de si perdendo-se no todos/ninguém passando a construir uma identidade pública. Neste modo de ser, esquiva-se de si mesma e se abandona ao mundo e por ele se deixa tocar (HEIDEGGER, 2014).

Em meio a esta cotidianidade, está lançado na facticidade das características comuns de uma gestação, ou seja, não se assume na singularidade jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV, mas na identidade apenas de ser gestante. Mantendo-se no anonimato de sua condição sorológica: não se assume na singularidade de ser portadora do vírus.

Assim, conseguimos ver o modo inautêntico, em que a jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV se comporta, não sendo ela própria, nem entre a família, nem entre os amigos, nem na comunidade.

Frequentemente associada com o impessoal, a inautenticidade é o modo de ser onde a pre-sença se mantém, na maioria das vezes e antes de tudo. Este passa a ser o modo de ser de sua cotidianidade, em que a pre-sença é, essencialmente em virtude dos outros controlando toda e qualquer exceção que venha a ser imposta (Heidegger, 2014) nivelando todas as possibilidades, denotando assim a inautenticidade.

Assim, a jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV encontra-se desenvolvendo as mesmas atividades que suas colegas, acrescidas das atividades decorrentes de sua sorologia.

Neste contexto, vive-se quase sempre na inautenticidade, porém, a pre-sença nunca está irrecuperavelmente perdida. Deste modo, em algumas situações, a jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV evidencia sua singularidade, quando:

expressa seu sentimento sobre ser soropositiva para o HIV, assume a importância da realização do tratamento com antirretroviral, assume-se como portadora do vírus HIV, mesmo mantendo isso o mais sigiloso possível.

Ao pensar e agir por conta própria, o pesquisador se aproxima do modo da autenticidade no “cumprimento-de-si-mesmo” (INWOOD, 2002, p. 12). Esta atitude é considerada autêntica, pois, mesmo de maneira fugaz, a pre-sença recupera a responsabilidade de ser ela mesma.

Em sua autenticidade, a jovem-gestante-portadora-do-HIV permite-se reviver sua história, desde sua provável contaminação, até o momento atual, seus sentimentos, a repercussão que isso traz em sua vida, suas necessidades especiais de saúde e seu tratamento.

A pre-sença é tida como temporal, sendo e estando no tempo, e é a partir dos acontecimentos do passado e o do presente com as projeções para o futuro (HEIDEGGER, 2014).

Neste processo de trazer para o presente, seu passado e a projeção do seu futuro, a jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV mostra-se consciente que precisa continuar vivendo, principalmente para cuidar do filho que esta por vir, pensar no futuro de ambos, cuidar de sua saúde, e que ficar lamentando com o fato da soropositividade não vai alterar sua condição existencial. Desta forma, projeta seu futuro, mostrando-se aberta às possibilidades de viver uma vida, como de qualquer outra jovem não soropositiva, porém com particularidades que a soropositividade lhe traz como fazer acompanhamento médico periódico, uso da medicação, cuidados com a saúde e não contaminação de outros a sua volta, re-vela, então, como ser-de-possibilidades.

A impessoalidade, sendo-como-os-outros no mundo público e descobrindo-se na singularidade, sendo-si-mesmo no mundo próprio. A jovem-gestante-soropositiva-para-o-HIV, apresenta sua dimensão existencial como ser-aí-com-no-mundo e que não está fechada para o mundo, em decorrência de sua condição sorológica e tampouco restringe suas atividades cotidianas.

É notório que tem conhecimento sobre a doença e sabem dos benefícios do tratamento, não se sentem doentes, apesar de relatarem os efeitos desagradáveis dos antiretrovirais. Esse conhecimento é adquirido ao ouvir os outros falarem, o que para Heidegger (2014), é o fenômeno do falatório. Com isso, as jovens-gestantes-soropositivas-para-o-HIV, não se apropriam originariamente das informações que lhes são passadas, eles apenas as repetem sem indagá-las, sendo assim levados por um modo impessoal, impróprio e inautêntico de ser. O falatório também rege os caminhos da curiosidade. Esse estar em toda a parte e em parte alguma da curiosidade entrega-se à responsabilidade do falatório. A curiosidade [...] se ocupa em providenciar um conhecimento apenas para tomar conhecimento (HEIDEGGER, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante das inquietações surgidas no meu cotidiano profissional como enfermeira atuando em diversos cenários de prática foi que desenvolvi este estudo. Entendi que era necessário ir ao encontro destas mulheres, pois somente estando próxima a estas mulheres é que poderia trazer a luz esse fenômeno por elas vivido.

Direcionei-me para o local onde com certa periodicidade necessitavam se dirigir para realizarem consultas, e aonde não precisavam manter em segredo seu diagnóstico. Fui ao encontro delas no Serviço de Atendimento Especializado, na expectativa de encontrar resposta para um grande e desafiador objetivo: desvelar os sentidos vividos durante a gestação de mulheres jovens que convivem com o HIV. Descobri que estando grávidas ou não, as mulheres de todas as idades faziam o acompanhamento junto ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), onde realizam consultas, exames e adquiriram os antirretrovirais. Foi então que decidi que ali seria o cenário da minha atuação enquanto pesquisadora, e que naquele local, conseguiria responder as inquietações que me acompanhavam desde os tempos em que cursava a Graduação em Enfermagem.

Na tentativa de desvelar os sentidos do vivido durante a gestação de mulheres jovens que conviviam com o HIV, utilizei-me de uma abordagem até então nova para mim. Vi-me em um novo, extenso e árduo caminho desafiador: compreender o que seria uma abordagem metodológica fenomenológica sob a luz do pensamento Martin Heidegger.

Para colocar em prática minha pesquisa e conseguir responder minhas inquietações, antes de qualquer movimento mais intenso na pesquisa literária ou de campo, precisei me desnudar de todas as minhas concepções elaboradas acerca da temática escolhida, ou seja, na linguagem, que agora fazia parte do meu novo vocabulário, eu precisaria reduzir minhas concepções apriorísticas sobre o que julgava conhecer sobre o cotidiano destas mulheres.

Havia em meu ser-pesquisadora pressuposições enraizadas que foram adquiridas ao longo de minha atuação profissional por tê-las assistido em alguns cenários de minha

prática como profissional. Este exercício de pensar fenomenologicamente foi bastante árduo, sendo que várias vezes, a caminho da entrevista ia me afastando mentalmente destas concepções. Eu reconheci ser este um movimento necessário e que romper com este comportamento foi decisivo para alcançar meu objetivo como pesquisadora fenomenológica.

Passado esse momento fundamental de compreensão de como seria minha atuação, fui ao encontro deste ente mulher, jovem, gestante, portadora de HIV, que, na sua dimensão ôntica, é um ser-aí à maneira de todos como usualmente somos. À luz do referencial teórico filosófico de Martin Heidegger, pude adentrar na singularidade de cada mulher e analisar as expressões de seu cotidiano existencial. Constatei que elas querem ser vistas como qualquer outro ser, pois assim se veem, e estão no ambiente com outras mulheres jovens gestantes ou não, portadoras e não portadoras do vírus HIV e convivem com elas, fazendo tudo o que estas fazem nesta convivência diária. Aceitam a gestação independente desta ter sido planejada ou não, preocupam-se com a saúde, contam com apoio de poucos amigos e familiares que sabem sobre sua sorologia.

O tratamento ARV faz-se importante na de vida dessas jovens entrevistadas, pois se mostrou como o meio mais eficaz para que o desejo de não contaminar o filho, seja realizado, e ainda, ter qualidade de vida para cuidar de si, e conseqüentemente, deste filho. Depositam nos antirretrovirais grande confiança para não adoecerem, sabem que estes são fundamentais para manterem-se saudáveis por mais tempo, e que a saúde do filho está diretamente voltada ao uso desses medicamentos. Contudo, ainda se apegam a fé em Deus para que isso, seja de fato, concretizado. É notória a esperança que tudo correrá bem com a vontade de Deus. A fé, por si só não é capaz de trazer a certeza do não adoecimento do filho, se apegam a fé, mas não desacreditam no poder dos medicamentos.

Ao assumir o cuidado com sua saúde, com a do seu filho e também receber ajuda dos profissionais de saúde para ambas as situações, sendo-aí-com-os-outros, compreende-se como portadora de uma doença crônica, que precisa cuidar de si para, futuramente, ter

condições de manter uma vida normal, com qualidade, responsáveis por suas próprias decisões e seguir seu destino como ser de possibilidades.

No desenvolver deste estudo, desvelamos possibilidades para a assistência e para a promoção da saúde destas mulheres, como também para o campo de ensino e a pesquisa nos diversos cenários frequentados por elas. O profissional de saúde pode e deve considerar essa mulher gestante, que convive com o HIV, como um ser que se assemelha a outras jovens de sua idade quanto às características desta fase da vida e que, como as demais, possui necessidades especiais de saúde, além das específicas relacionadas a gestação.

Sendo assim, neste contexto, e em outros espaços assistenciais, o cuidado com estas jovens, pode aliar ao conhecimento técnico-científico à concepção filosófica do cuidar traduzida em uma relação autêntica baseada no diálogo, na disponibilidade para ouvir o que têm a dizer, buscar conhecer o ambiente em que vivem, as pessoas que são referências como seus companheiros e familiares, distanciando-se do cuidado do modo impróprio e tecnicista que em algumas vezes, acaba por dominar a prática em saúde.

Em relação à enfermagem, suas práticas devem ter como objetivo ultrapassar este tecnicismo, valorizando e considerando o outro em sua totalidade como mulher, jovem e gestante que está em desenvolvimento de sua potencialidade como ser humano, porque é um ser único em qualquer fase de sua vida. Mesmo vivendo a possibilidade de um tratamento multiprofissional, os enfermeiros podem fazer a diferença no cuidado em saúde, ao assumirem um papel mais ativo junto a essas mulheres, desenvolvendo uma assistência direta, principalmente quanto a suprir as necessidades de adquirirem informações quanto ao modo como se dará o uso dos medicamentos, seus efeitos colaterais, o parto, o não aleitamento materno, as particularidades deste vírus.

Essas mulheres necessitam ser assistidas de forma integral e cabe ao enfermeiro implementar a Consulta de Enfermagem para o atendimento de suas reais necessidades. Neste processo comunicacional o enfermeiro exerce o papel de educador em saúde a partir do momento em que se coloca a disposição para ouvir, sempre buscando empoderar estas

mulheres com informações sobre o que ocorre em seu organismo, as mudanças fisiológicas da gestação, os cuidados com o próprio corpo, sobre como evitar o aumento da carga viral, sobre os significados dos exames, sobre seu tratamento, sobre o parto e os direitos da parturiente, sobre o porquê de não poder amamentar, sobre a importância da adesão ao tratamento, enfim sobre todas as questões que ela necessitar de esclarecimento e que lhe asseguram uma qualidade de vida.

De um modo geral, os profissionais da assistência à saúde e da docência, podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência a estas mulheres, ao ampliar a efetividade de suas ações nos espaços de sua atuação, uma estratégia seria buscar mobilizar a comunidade acadêmica a participarem de debates sobre formas de combate ao preconceito e maneiras de assistir e de cuidar que se aproximem de um cuidar autêntico e mais próximo as reais necessidades destas gestantes que convivem com o HIV, pois o que está em jogo é o ser-do-outro com o qual encontram para o cuidar e cuidar também é co-existir.

Em relação à assistência oferecida no SAE, pode-se sugerir uma estratégia formação de grupos de mulheres e gestantes dando-lhes voz para que possam discutir de maneira mais ampla as questões que permeiam o seu cotidiano, seus temores, suas ansiedades e também os aspectos práticos relacionados ao momento que estão vivenciando. Desta forma, as mulheres poderiam ser multiplicadoras de informações e assim abrir espaço para novas discussões em seu meio partilhando com outras pessoas, sejam elas soropositivas ou não, fazendo com que maiores esclarecimentos cheguem a todos, podendo de fato, diminuir o que tanto assombra os soropositivos para o HIV: as suas constantes dúvidas acerca da temática e o preconceito em seu cotidiano.

Não se questiona que os avanços conquistados ao longo dos 35 anos da epidemia no Brasil pela excelente Política Nacional de Enfrentamento da Aids, de alcance mundial, servindo como exemplo para diversos países. Porém, sabemos que sempre é possível ir ao encontro de melhorias no atendimento as necessidades dessa população, trazendo-lhes o que de fato, é importante, e singular dentro de suas necessidades.

Como contribuição desta dissertação, podemos sugerir alternativas de atuação junto a diferentes perspectivas profissionais. No âmbito da assistência direta a saúde destas mulheres, a formação de uma rede contínua de assistência, voltada principalmente para o pré-natal, parto e puerpério no intuito de identificar intercorrências e realizar intervenções necessárias para a garantia de qualidade em sua vida e na de seu filho.

No âmbito social, acreditamos ser necessário: 1) que as campanhas sociais tenham um foco também direcionado para as gestantes que convivem com o HIV, de modo que a sociedade assuma seu preconceito e se reconheça como responsável pelo sentimentos destas mulheres; que ofereçam informações necessárias a sociedade para acabar com o cenário de exclusão no qual elas se encontram; que busquem empoderar estas mulheres como um ser de direito e de possibilidades; 2) que os projetos de extensão universitário busquem desenvolver atividades nos espaços onde estas mulheres se encontram, propiciando a formação de profissionais mais humanizados, conscientes das realidades vivenciadas e com uma assistência menos tecnicistas.

REFERÊNCIAS

ABATTI, P. A. M.; SEGURADO, A. C. Testagem anti-HIV e estadió clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 16, p. 1-8, 2015.

ARNETT, J.J. Perceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. **Journal of Adult Development**, v. 8, n. 2, p. 133-143, 2001.

ANDRADE, A. C. G. **Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP**. Tese (Doutorado). 2014. Programa de Pós graduação da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo. São Paulo.

BANDEIRA, A.G. O envelhecimento e a prevenção do HIV/AIDS: um desafio para os profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 115, 2014.

BAZIN, G. R. GASPAR, M.C. S.; SILVA, N. C. X. M.; MENDES, C. C.; OLIVEIRA, C. P.; BASTOS, L. S.; et al. Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos de epidemia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 687-702, 2014.

BERTAGNOLI, M. S. F. F. **Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Ribeirão Preto (SP).

BILIBIO, E. A Fenomenologia do tempo em Heidegger e Husserl: uma aproximação. *Analecta*, v. 6, n. 2, p. 77-83, 2013.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD): bases programáticas**. 2ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Violência contra crianças e adolescentes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação Nº 005, de 10 de Junho de 1999**. Brasília: MS. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069 de 13 de Julho de 1990. 2 ed. atualiz. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 114p. (Série E. Legislação da Saúde-MS

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusões de Jovens – ProJovem. Brasília: DOU. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids**. Brasília: MS. 2005a. Disponível em: www.aids.gov.br/SAE. Acesso em: março 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2011

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWAECWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Méd**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro, RJ: Agir. 1987. 98 p.

CARVALHO, L.C.M.; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. **Revista-escola de enfermagem Universidade de São Paulo**, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

CDC. Centers for disease control and prevention. **About HIV/AIDS**. 2015.

CONJUVE – Conselho Nacional da Juventude. **Política Nacional da Juventude, diretrizes e perspectivas do Conselho Nacional da Juventude**: 2007

_____. Juventude: **tempo presente ou tempo futuro – dilemas em propostas de políticas de juventude**. Brasília: 2006

CONTAG. Secretaria de Políticas Sociais. **O MSTTR Defendendo e Valorizando a Terceira Idade - Através dos direitos Sociais Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura**. Brasília, 2007

COSTA, T.L.; OLIVEIRA, D.C.; FORMOZO, G.A. **Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais**. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 365-376, 2015

DANIEL, H. **História da aids: cada cultura constrói a sua aids própria e específica. Bem como as respostas a ela**. 2008. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science>> Acesso em: abril 2015.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n.3, p.371-376, 2010.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; LIMA, I.C.V. Mulheres que geram filhos expostos ao vírus da imunodeficiência humana: representações sociais da maternidade *Rev. Eletr. Enf.*, v. 16, n. 4, p. 804-811, 2014

GRANGEIRO, A.; SILVA, L.L.D.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica*, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009

GONZÁLEZ, A.D.; GARANHANI, M.L.; BORTOLETTO, M.S.S.; ALMEIDA, M.J.; MELCHIOR, R.; NUNES, E.F.P.A. Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. *Interface comun. Saúde, educ*, v. 16, n. 42, p. 809-817, 2012

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. 9ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes. 2014

HERZLICH, C.; PIERRET J. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em seis jornais franceses. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15 (Sup), p. 71-101, 2005

IBGE, 2013. Acessado em: http://www.suapesquisa.com/geografia/populacao_brasileira.htm em 12/03/2015

INWOOD, M. **Dicionário de Heidegger**. Rio de Janeiro(RJ): J Zahar; 2002

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2007. Primeiras análises. **Educação juventude raça/cor**. Comunicado da Presidência nº 12. Brasília: Ipea, 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/081014_comunicadoipea12.pdf. Acesso em: 20 mar. 2015

LOPES, R. E.; SILVA, C. R.; MALFITANO, A. P. S. Adolescência e juventude de grupos populares urbanos no Brasil e as políticas públicas: apontamentos históricos. **Revista HISTEDBR on-line**, Campinas, n. 23, p. 114-130, 2006

MACEDO, M. R. C. **Políticas Públicas e Promoção da Saúde dos Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: Saúde Sexual e Reprodutiva, Masculinidades e Violências**. Tese (doutorado). 2010. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro

MARTINS DE BRUM, L.; RESENER DE MORAIS, M.; ROSO, A. **RELAÇÕES CONJUGAIS E HIV/AIDS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS**. Jornada de Pesquisa em Psicologia, 2012

MARTINS, T.; KERR, L.R.F.S.; KENDALL, C.; MOTA, R.M.S. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014

MENDONÇA, L.S.C. **Historias de Enfermagem: as portadoras da infecção pelo HIV/AIDS em Pelotas(RS)**. 2009. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, Instituto de Sociologia e Política. Pelotas (RS)

MINAYO, M. C. S. (Org). **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em estudo**, v. 15, n. 4, p. 723-731, 2010

MOURA, E.L.; KIMURA, A.F.; PRAÇA, N.S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, p.206-211, 2010

MUÑOZ SANCHEZ, A.I; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva* . Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: out. 2008

NUCCI, M.F. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidade, Salud y sociedad-Revista Latino Americana*, n. 10, p 124-139, 2012

OLIVEIRA, D. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 21(Spec), p. 276-86, 2013

OLIVEIRA, A.D.F.; VIEIRA, M.C.A.; SILVA, S.P.C.; MISTURA, C.; JACOBI, C.S.; LIRA, M.O.S.C. Repercussões do HIV no cotidiano de mulheres vivendo com AIDS. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 7, n. 1, p. 1975-1986, 2015

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**. Genebra, Suíça. 2011

PACHECO, Z.M.L. **Ser adolescente com HIV: contribuições para a prática assistencial em saúde**. 2010. Tese (doutorado) – UFRJ / EEAN, Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O.; PADOIN, S. M. M. et al. Movimento analítico hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 984-9, 2012

PEIXOTO, A. J. Fenomenologia, ética e educação: uma análise a partir do pensamento de Husserl. **Filosofia e Educação**, v. 3, n. 1, p. 313-330, 2011

PEREIRA, A.J.; NICHATA, L.Y.I. A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 249-57, 2011

PREUSSLER, G.M.I.; EIDT, O.R. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 117-125, 2007

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?. **Revista Em Pauta**, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2010

Rede nacional feminista de saúde direitos sexuais e direitos reprodutivos, 2013. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/comunica>>. Acesso em: 09 de abr de 2015

REIS, R.K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 759-765, 2010

RIGHETTO, R. C.; REIS, R.K.; REINATO, L.A.F.; GIR, E. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Rene**, v. 15, n. 6, p. 942-948, 2015

SALES, C. A. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 563-568, 2008

SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. Cotidiano da mulher pós histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 196-202, 2010

SANTOS, N.J.S. et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev.bras. epidemiol.** São Paulo, v.5, n.3, p286-31-,Dec. 2012

SANTOS, W.S.; MEDEIROS, M.; MUNARI, D.B.; OLIVEIRA, N.F.; MACHADO, A.R.M. A gravidez e a maternidade na vida de mulheres após o diagnóstico do HIV/AIDS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 250-258, 2013

SCHECHTER, M. ; LAGO, R.F.; MENDELSON, A.B.; MOREIRA, R.I.; MOULTON, L.H.; HARRISON, L.H. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 35, n. 5, p. 519-525, 2004

SEBOLD, L. F.; CARRARO, T. E. Autenticidade do ser-enfermeiro-professor no ensino do cuidado de enfermagem: uma hermenêutica Heideggeriana. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 22-28, 2013

SECRETARIA DE SAÚDE, SANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL DE JUIZ DE FORA - SSSDA/JF. Programa Municipal DST/Aids/Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2015

SILVA, V. R.; SILVA, R. S. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. **Caderno CRH**, v. 24, n. 63, p. 663-678, 2011

SILVA, G.S.; TEIXEIRA, S.V.B. Women living with HIV: the decision to become pregnant. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 5, n. 1, p. 3159-3167, 2012

SILVA, L.M.S.; MOURA, M.A.V.; PEREIRA, M.L.D. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto enferm.**, v. 22, n. 2, p. 335-42, 2013

SILVA, A. R.C.; MARTINS, A. C. F.; VARGA, C. R. R.; TURATO, E. R.; LOPES, M. H. B. M. Discriminação contra a mulher-revisão integrativa da literatura. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 15, p. 161-174, 2015

SILVEIRA, M.F.; BÉRIA, J.U.; HORTA, B.L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 670-7, 2002

SOUSA, A.M.D.; LYRA, A.; ARAÚJO, C.C.F.; PONTES, J. L.; FREIRE, R.C.; PONTES, T.L. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012

SOUZA, B.B.; VASCONCELOS, C.C.; TENÓRIO, D.D.M.; ALVES, L.M.G.; HOLANDA, R.L.T.D.A. Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010

STRATHDEE, S.A.; HOGG, R.S.; MARTINDALE, S.L.; CORNELISSE, P.G.; CRAIB, K.J.; MONTANER, J.S.; O'SHAUGHNESS, M.V.; SCHECHTER, M.T. Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 19, n. 1, p. 61-66, 1998

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 4-5, 2011

TAQUETTE, S.R. **AIDS e juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. UERJ. 2009

TERRA, M.G.; SILVA, L.C.; CAMPONOGARA, S.; SANTOS, E.K.A.; SOUZA, A.I.J.; ERDMANN, A.L. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 672-8, 2006

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes. 2003

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS. **Report on the Global AIDS Epidemic**. 2014

VILELA, A.P.M.; LEITE, F.M.C.; SCHIMILDT, E.R.; CARVALHO, S.M.; BUBACH, S.; TRISTÃO, K.M.; AMORIM, E.P.D. Tendência da AIDS segundo categoria exposta na Microrregião São Mateus, no Espírito Santo e no Brasil, no período de 1999 a 2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 396-407, 2012

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M.I. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). **Cienc Saude Colet**, v. 19, n. 6, p. 1951-60, 2014

VON MUHLEN, B.K.; SALDANHA, M.; STREY, M.N. Mulheres e o hiv/aids: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 23, n. 2, p. 285-296, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global prevalence and Incidence of selected curable Sexually transmitted infections: overview and estimates**. Geneva: WHO, 2011

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV

Pesquisador: Zuleyoe Maria Lessa Pacheco

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32031214.6.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 998.166

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

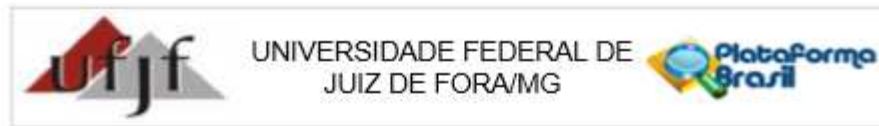
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 35.035-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 292.168

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, solicitando a inclusão do tratamento no SAE - Serviços de Atenção Especializada em HIV-Aids, com a justificativa da dificuldade de encontrarem o número suficiente de participantes gestantes residentes no município de Juiz de Fora. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 25 de Março de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-500
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

CARTA DE APRESENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Ao Ilmo. Sr. Coordenador Administrativo do Programa Municipal DST/Aids

Rodrigo Coelho de Almeida,

Juiz de Fora, 30 de maio de 2014

Prezado Senhor,

Meu nome é Renata Cristina Justo de Araújo, mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora e tenho como orientadora a Professora Doutora Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

Desejo realizar uma pesquisa no Serviço de Assistência Especializada do Departamento de DST/AIDS deste município, junto à população de mulheres jovens soropositivas que estejam vivenciando uma gestação.

Esclareço que os depoimentos dos participantes do estudo atenderão à finalidade de uma dissertação de Mestrado, o que inclui a elaboração do projeto e do relatório de defesa a ser apresentado para uma banca examinadora da Universidade Federal de Juiz de Fora, como atividade obrigatória para a Conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizará o método fenomenológico para analisar os dados.

O título provisório é "O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV", tendo como objetivo "Compreender o significado de vivenciar uma gestação sendo jovem soropositiva".

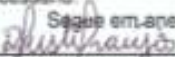
Acreditamos que o fenômeno ser soropositivo e o vivenciar da maternidade necessitam ser investigados, e que só se desvelarão se aproximarmos o nosso modo de ser-enfermeiros-pesquisadores ao modo de ser-mãe jovem vivenciando uma gestação e convivendo com o HIV. Neste sentido entendemos que somente estando próximos a elas é que o fenômeno poderá ser desvelado.

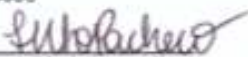
Esperamos que os resultados obtidos possam mostrar pontos do cotidiano existencial destas jovens relacionadas com as repercussões que a gestação provoca em suas vidas. Assim estaremos contribuindo com os profissionais de saúde que assistem estas mulheres aproximando-os através de um cuidado que valorize o ser na sua especificidade, estimulando o seu autoconhecimento e preparando-os para vivenciarem seu cotidiano com qualidade de vida.

Cabe salientar, que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e todas as exigências Éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas.

Desde já, agradeço pela atenção dispensada e coloco-me a disposição para o que se fizer necessário.

Segue em anexo, o projeto que será encaminhado ao Comitê de Ética para aprovação.


Enfª Renata Cristina Justo de Araújo
Responsável pela pesquisa
Tel. (32) 88673950


Profª Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Orientadora Responsável pela pesquisa
Tel. (32) 32324891


Rodrigo C. Almeida
COORDENADOR
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS

AUTORIZADO EM 30/05/14

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA
- MG – BRASIL

CARTA DE APRESENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Juiz de Fora, 30/05/14

A Ilma. Sra. Enfermeira Eugênia Maria Magalhães

Prezada Senhora,

Meu nome é Renata Cristina Justo de Araújo, mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora e tenho como orientadora a Professora Doutora Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

Desejo realizar uma pesquisa no Serviço de Assistência Especializada do Departamento de DST/AIDS deste município, junto à população de mulheres jovens soropositivas que estejam vivenciando uma gestação.

Esclareço que os depoimentos dos participantes do estudo atenderão à finalidade de uma dissertação de Mestrado, o que inclui a elaboração do projeto e do relatório de defesa a ser apresentado para uma banca examinadora da Universidade Federal de Juiz de Fora, como atividade obrigatória para a Conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizará o método fenomenológico para analisar os dados.

O título provisório é "O VIVENCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV", tendo como objetivo "Compreender o significado de vivenciar uma gestação sendo jovem soropositiva".

Acreditamos que o fenômeno ser soropositivo e o vivenciar da maternidade necessitam ser investigados, e que só se desvelarão se aproximarmos o nosso modo de ser-enfermeiros-pesquisadores ao modo de ser-mãe jovem vivenciando uma gestação e convivendo com o HIV. Neste sentido entendemos que somente estando próximos a elas é que o fenômeno poderá ser desvelado.

Esperamos que os resultados obtidos possam mostrar pontos do cotidiano existencial destas jovens relacionadas com as repercussões que a gestação provoca em suas vidas. Assim estaremos contribuindo com os profissionais de saúde que assistem estas mulheres aproximando-os através de um cuidado que valorize o ser na sua especificidade, estimulando o seu autoconhecimento e preparando-os para vivenciarem seu cotidiano com qualidade de vida.

Cabe salientar, que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e todas as exigências Éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas.

Desde já, agradeço pela atenção dispensada e coloco-me a disposição para o que se fizer necessário.

Segue em anexo, o projeto que será encaminhado ao Comitê de Ética para aprovação.

M. Pacheco
OP
EM
Eugênia Maria M. Silva
ENFERMEIRA
CEP/UFJF-36036-900

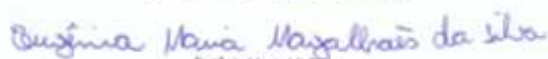


Enfª Renata Cristina Justo de Araújo
Responsável pela pesquisa
Tel. (32) 88673950



Profª Dra. Zuleyca Maria Lessa Pacheco
Orientadora Responsável pela pesquisa
Tel. (32) 32324891

AUTORIZADO EM 30/05/14



Eugênia Maria M. Silva
ENFERMEIRA
COREN-MG 43894



ANEXO D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG –
BRASIL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntário a participar da pesquisa “**O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV**” que será desenvolvida por mim, Renata Cristina Justo de Araujo, enfermeira, mestrande em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da Prof^a Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco. Esta pesquisa tem o objetivo de Compreender o significado de vivenciar uma gestação sendo jovem soropositiva. Esperamos que os resultados nos permita contribuir com os profissionais de saúde que lhes prestam assistência em busca de um cuidado que valorize as suas reais necessidades, preparando-a para uma melhor qualidade de vida.

Os encontros serão em um espaço reservado localizado no próprio serviço onde você realiza seu tratamento. Neste local a pesquisadora realizará uma entrevista que será gravada em Mp4, ficando as gravações sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e após este prazo serão destruídas. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas, não sendo mencionada a sua identificação em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. A pesquisadora irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, assim o seu nome não será mencionado em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa na qual realizará com você uma entrevista. Esta poderá lhe causar risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Ao autorizar, você não receberá qualquer vantagem financeira, mas e se por ventura vier a contrair danos em decorrência da pesquisa, e este ficar comprovado, você será ressarcida pela pesquisadora responsável.

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá retirar seu Consentimento ou interromper a participação em qualquer momento, sem risco de qualquer penalização, prejuízo ou modificação na forma em que será atendida pela pesquisadora.

O material contendo as informações que indique sua participação não será liberado e ficará sob a guarda da pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos, ocasião após a qual será destruída.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo assinado por você e pela pesquisadora responsável, ficando uma cópia arquivada com a pesquisadora e a outra será fornecida a você que deverá guarda-la.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃOEM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo participar. Recebi uma cópia deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Nome	Assinatura responsável
------	------------------------

Nome	Assinatura pesquisador
------	------------------------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA CEP: 36036-900. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RENATA CRISTINA JUSTO DE ARAUJO END: RUA SÃO SEBASTIÃO, 1315 APTO 402 – BAIRRO SANTA HELENA- 36 410-000 -CEP – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32)88673950 email: renatajusto1980@yahoo.com.br

ANEXO E



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG –
BRASIL**

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidada como voluntário a participar da pesquisa “**O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV**” que será desenvolvida por mim, Renata Cristina Justo de Araujo, enfermeira, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da Profª Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco. Esta pesquisa tem o objetivo de Compreender o significado de vivenciar uma gestação sendo jovem soropositiva. Esperamos que os resultados nos permita contribuir com os profissionais de saúde que lhes prestam assistência em busca de um cuidado que valorize as suas reais necessidades, preparando-a para uma melhor qualidade de vida.

Os encontros serão em um espaço reservado localizado no próprio serviço onde você realiza seu tratamento. Neste local a pesquisadora realizará uma entrevista que será gravada em Mp4, ficando as gravações sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e após este prazo serão destruídas. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas, não sendo mencionada a sua identificação em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. A pesquisadora irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, assim o seu nome não será mencionado em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa na qual realizaremos com você uma entrevista. Esta poderá lhe causar risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Ao autorizar, você não receberá qualquer vantagem financeira, mas e se por ventura vier a contrair danos em decorrência da pesquisa, e este ficar comprovado, você será ressarcida pela pesquisadora responsável.

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá retirar seu Assentimento ou interromper a participação em qualquer momento, sem risco de qualquer penalização, prejuízo ou modificação na forma em que será atendida pela pesquisadora.

O material contendo as informações que indique sua participação não será liberado e ficará sob a guarda da pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos, ocasião após a qual será destruída.

Este Termo de Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo assinado por você e pela pesquisadora responsável, ficando uma cópia arquivada com a pesquisadora e a outra será fornecida a você que deverá guarda-la.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do

estudo **“O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo participar. Recebi uma cópia deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Nome

Assinatura responsável

Nome

Assinatura pesquisador

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA CEP: 36036-900.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RENATA CRISTINA JUSTO DE ARAUJO

END: RUASÃO SEBASTIÃO, 1315 APTO 402 – BAIRRO SANTA HELENA- 36 410-000 -CEP – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32)88673950 email: renatajusto1980@yahoo.com.br

ANEXO F

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG –
BRASIL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sua filha ou pessoa por quem o Sr(a) é responsável está sendo convidada como voluntário a participar da pesquisa **“O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV”** que será desenvolvida por mim, Renata Cristina Justo de Araujo, enfermeira, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da Prof^a Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco. Esta pesquisa tem o objetivo de Compreender o significado de vivenciar uma gestação sendo jovem soropositiva. Esperamos que os resultados nos permita contribuir com os profissionais de saúde que prestam assistência a sua filha ou pessoa por quem você é responsável, em busca de um cuidado que valorize as suas reais necessidades, preparando-a para uma melhor qualidade de vida.

Os encontros serão em um espaço reservado localizado no próprio serviço onde ela realiza seu tratamento. Neste local a pesquisadora realizará com ela uma entrevista que será gravada em Mp4, ficando as gravações sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e após este prazo serão destruídas. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas, não sendo mencionada a identificação de sua filha ou pessoa por quem o Sr(a) é responsável em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. A pesquisadora irá tratar a identidade dela com padrões profissionais de sigilo, assim o nome dela não será mencionado em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa na qual realizaremos com sua filha ou pessoa por quem o Sr(a) é responsável uma entrevista. Esta poderá lhe causar risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Ao autorizar sua filha ou pessoa por quem o Sr(a) é responsável você não receberá qualquer vantagem financeira, mas e se por ventura ela vier a contrair danos em decorrência da pesquisa, e este ficar comprovado, ela será ressarcida pela pesquisadora responsável.

O Sr(a) e sua filha ou pessoa por quem você é responsável terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá retirar seu Consentimento ou interromper a participação em qualquer momento, sem risco de qualquer penalização, prejuízo ou modificação na forma em que será atendida pela pesquisadora.

O material contendo as informações que indique sua participação não será liberado e ficará sob a guarda da pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos, ocasião após a qual será destruída.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo assinado pelo Sr(a) e pela pesquisadora responsável, ficando uma

cópia arquivada com a pesquisadora e a outra será fornecida a você que deverá guarda-la.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "**O VIVÊNCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV**" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de autorizar minha filha ou pessoa por quem sou responsável participar desta pesquisa. Declaro que concordo em permitir que minha filha ou pessoa por quem sou responsável participe. Recebi uma cópia deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Nome	Assinatura responsável
------	------------------------

Nome	Assinatura pesquisador
------	------------------------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA CEP: 36036-900.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RENATA CRISTINA JUSTO DE ARAUJO

END: RUASÃO SEBASTIÃO, 1315 APTO 402 – BAIRRO SANTA HELENA- 36 410-000 -CEP – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32)88673950 email: renatajusto1980@yahoo.com.br

**APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG –
BRASIL**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO

Identificação: _____

Nº da entrevista: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Tempo de Soropositividade: _____

Tempo de Tratamento no SAE: _____

Cidade da Residência: _____

Profissão: _____

Renda familiar em Salários mínimos: _____

Gestação: () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () ____ª

Já fez aborto: () sim () não

Quantos filhos possui: _____

Pai desta gestação é o mesmo das outras:

() sim () não.

Vive com o pai do seu futuro filho:

() sim () não

Tempo de Gestação: _____

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG –
BRASIL

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questões Norteadoras:

Como você se sentiu ao descobrir-se soropositiva para o HIV?

Qual foi seu sentimento ao saber que estava grávida?

Como você vivencia sua gestação sendo soropositiva para o HIV?

Tem mais alguma coisa que você queria falar?

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Justo de Araújo, Renata Cristina.
O VIVENCIAR DA GESTAÇÃO EM MULHERES JOVENS CONVIVENDO COM O HIV : uma contribuição para a prática assistencial em saúde. / Renata Cristina Justo de Araújo. -- 2015.
93 p.

Orientadora: Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV. 3. Saúde da Mulher. 4. Fenomenologia. I. Lessa Pacheco, Zuleyce Maria, orient. II. Título.