

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

EGLÍDIA CARLA FIGUEIRÊDO VIDAL

REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE DE PESSOAS
QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM HUMANÍSTICA

FORTALEZA

2008

EGLÍDIA CARLA FIGUEIRÊDO VIDAL

REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE DE PESSOAS
QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS: uma abordagem humanística

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

Fortaleza - CE
2008

V691r Vidal, Eglídia Carla Figueirêdo
Reprodução e sexualidade de pessoas que (con)vivem com
HIV/AIDS: uma abordagem humanística/ Eglídia Carla Figueirêdo
Vidal. – Fortaleza, 2008.
183f.: il.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce, 2008.

1. Soropositividade para HIV. 2. Comportamento reprodutivo.
3. Comportamento sexual. 4. Planejamento familiar. I. Pinheiro,
Ana Karina Bezerra (Orient.) II. Título.

CDD T616.9792

EGLÍDIA CARLA FIGUEIRÊDO VIDAL

**REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE DE PESSOAS
QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS: uma abordagem humanística**

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração Promoção da Saúde,

Aprovada em 30/06/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª Dr^ª. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª Dr^ª Antonia do Carmo Soares Campos
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^ª Dr^ª Maria Albertina Rocha Diógenes
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

AGRADECIMENTOS

Especialmente a Deus, pela oportunidade reservada e aprimoramentos diversos ao longo deste caminho, dando-me sempre forças para continuar.

Agradeço aos homens e mulheres que vivem com HIV/aids, que aceitaram relatar suas experiências reprodutivas e sexuais e, gentilmente, vieram a meu encontro; ao Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA) por minha liberação. A Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP) pela concessão da bolsa de estudos; a minha orientadora Prof^ª Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro, pelas valiosas contribuições e confiança durante esta jornada; a Coordenação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), nas pessoas da Prof^ª Dr^ª Ana Fátima Carvalho Fernandes e da Prof^ª Dr^ª Lorena Barbosa Ximenes, pelas oportunidades de convívio e apoio; aos Professores do Mestrado em Enfermagem da UFC, por compartilharem seus conhecimentos; a Prof^ª Dr^ª Marli Teresinha Gimenez Galvão, a Prof^ª Dr^ª Antonia do Carmo Soares Campos e a Prof^ª Dr^ª Escolástica Rejane Ferreira Moura, participantes da banca prévia, pelas críticas e sugestões; aos profissionais do ambulatório de infectologia do Hospital-Escola Santo Inácio, pela acolhida, oportunidade de convívio e disponibilidade em compartilhar suas experiências; a todos os colegas do mestrado que me permitiram compartilhar preciosos momentos e lições.

Agradeço ainda, àqueles mais íntimos: a minha mãe Consuelo, exemplo de vida e superação, por me encher de coragem e carinho; a meu pai, pela sua presença na ausência; a Emery Ciana e Enília Cresla, minhas irmãs, que estiveram sempre presentes, apoiando-me; a Clara, afilhada e sobrinha, pelo amor sincero e pela alegria que ajudou a dissipar as adversidades; a Eliomar, primo-irmão, que me acolheu em sua casa, e do qual tenho grande estima. Faltam palavras pra enumerar a sua importância na conclusão desta etapa da minha vida; a Anastácio, grande amigo, que me ouviu em momentos difíceis e riu comigo em muitas horas boas; a Socorrinha (Prof^ª Ms. Socorro Vieira), amiga e incentivadora, presente desde a semeadura da semente até a colheita.

Finalmente, com receio de esquecer algum nome, gostaria de agradecer a todos os amigos e amigas que estiveram de alguma forma presentes durante a realização deste trabalho.

RESUMO

O surgimento do HIV/aids e o delineamento da epidemia demandaram mudanças para a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres que (con) vivem com o vírus. A sobrevivência e a qualidade de vida melhoradas com o aparecimento da terapia antiretroviral combinada colocou em destaque o aspecto de cronicidade da infecção pelo HIV, delineando possibilidades de relações afetivo-sexuais e reprodutivas, mediante esta nova realidade, num panorama complexo que envolve casais sorocordantes e sorodiscordantes em contextos de vida similares aos não-infectados, num processo de re-significação do HIV/aids e de busca pelo controle dessa pandemia. Este estudo teve como objetivo compreender vivências sexuais e reprodutivas de pessoas que (con) vivem com HIV. A Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad foi utilizada como referencial teórico-metodológico. Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento qualitativo, realizada no ambulatório de infectologia do Hospital-Escola Santo Inácio, em Juazeiro do Norte-CE. Os sujeitos do estudo foram 16 pessoas que (con) vivem com HIV/aids, 7 homens e 9 mulheres. Os dados foram coletados nos meses de julho a novembro de 2007, por meio de observação livre, consulta aos prontuários e entrevista semi-estruturada. Para análise dos depoimentos foi adotada a técnica de análise de conteúdo, de onde emergiram três temáticas: *1. Vivência Sexual; 2. Vivência Reprodutiva; e 3. Vivência da Conjugalidade*. Nestas temáticas, foram identificadas onze sub-temáticas: *1. O preservativo nas relações sexuais; 2. Alterações no desejo após a descoberta da soropositividade ao HIV; 3. Alterações na prática sexual após a descoberta da soropositividade ao HIV; 4. Métodos contraceptivos usados antes da vivência e convivência com o HIV/aids; 5. O preservativo como referência contraceptiva e de proteção nas relações sexuais; 6. Desconhecimento do uso de outros métodos contraceptivos na infecção pelo HIV; 7. Desejo de ter filhos; 8. Medo da transmissão vertical do HIV; 9. (Des)conhecimento das medidas profiláticas na redução da transmissão vertical do HIV; 10. Modificação na relação conjugal frente ao cuidado consigo e com o outro; 11. A quebra da confiança depositada no outro frente ao HIV*. Das pessoas que vivem e convivem com HIV/aids foram apreendidas diferentes experiências e significados para as vivências sexuais e reprodutivas, em cenários de vida complexos, ainda permeados pelos estigmas decorrentes da aids. Os sujeitos deste estudo viviam em união conjugal variando de oito meses há mais de quinze anos, dos quais onze viviam em relação conjugal sorocordante ao HIV e cinco em relação sorodiscordante. Não percebemos divergência de dados pela variável tempo de união. Verificamos situação sócio-econômica precária e presença de filhos, dos quais cinco concebidos após o conhecimento do status sorológico, e mais duas mulheres no período gestacional. O tempo de convivência com a infecção foi variável, de menos de um ano a mais de onze anos. Em metade dos casos o contexto de descoberta da infecção pelo HIV envolveu o período gestacional, sendo os outros após doença oportunista ou por convocação de parceiro, revelando-se como um momento difícil pela infidelidade conjugal comprovada. Os resultados indicaram que o preservativo não fazia parte da rotina sexual até o conhecimento do status sorológico, sendo essa condição determinante para a adesão ao preservativo masculino. A estabilidade da relação conjugal atuava, na fase pré-infecção, como um dos fatores que contribuía para a determinação do não uso de preservativo, oferecendo contextos de maior vulnerabilidade, onde o gênero aparece como principal fator. O uso do preservativo masculino, após a soroconversão, evidenciou as dificuldades nessa adesão,

principalmente entre os que nunca haviam experienciado esse método de proteção, revelando possível consciência para a necessidade de adaptação ao dispositivo na relação sexual, que se mostra re-significada para essas pessoas. Contudo, há um enfrentamento maior para a manutenção da prática de prevenção pelo uso do preservativo masculino em casais sorodiscordantes. A descoberta da soropositividade ao HIV demandou modificações na rotina sexual, evidenciando a diminuição do desejo sexual e alteração nas práticas sexuais, com distintos aspectos entre homens e mulheres pesquisados. Foram expressas mudanças no uso rotineiro dos métodos contraceptivos anterior à soroconversão, com a utilização de novos métodos, notadamente o preservativo masculino, frente à presença do HIV. Evidenciamos o desconhecimento de alternativas anticonceptivas diante da infecção pelo HIV e da aids. O desejo de ter filhos foi observado em homens e mulheres, onde o medo da transmissão vertical aparece como forte determinante em abolir essa escolha, com o desconhecimento de medidas profiláticas na redução da transmissão vertical. As dificuldades no enfrentamento do HIV/aids impõem mudanças no cotidiano da conjugalidade, destacando um comportamento conjugal bilateral de cuidado com o outro em uma relação ambígua frente à confiança quebrada exposta com o conhecimento do status sorológico. Este estudo nos permitiu perceber que é preciso abrir canais de diálogo sobre experiências sexuais e reprodutivas, salientando a importante dimensão que é conferida às relações entre profissionais e pacientes, como partícipes na busca da promoção da saúde numa realidade em construção, de re-significação de vida, relações e saúde. Evidencia-se o período gestacional como um importante momento para o diagnóstico da infecção pelo HIV, para aconselhamento das recomendações para redução da transmissão vertical, com início precoce da profilaxia da transmissão vertical, num atendimento humanizado, livre de julgamentos e preconceitos. A assistência em saúde sexual e reprodutiva às pessoas vivendo com HIV demanda inúmeras questões e desafios, mas, sobretudo, aponta para a necessidade da assistência integral, não-dicotômica, onde prevenção e tratamento se conjugam, reconhecendo limites, possibilidades, finalidades e prioridades, na individualização do cuidado humano.

PALAVRAS-CHAVE: reprodução, comportamento reprodutivo, comportamento sexual, planejamento familiar, sexualidade, infecções por HIV, soropositividade para HIV

ABSTRACT

The arise of HIV/AIDS and the design of the epidemy demanded changes in the sexual and reproductive health of men and women who live with the virus. The fact that survival and life quality improved with the advent of antiretroviral therapy highlighted the aspect of chronicity of HIV infection, outlining possibilities for affective-sexual and reproductive relationships in this new reality, in a complex scenery that involves concordant and discordant couples in contexts of life similar to non-infected people, in a process of re-signification of HIV/AIDS and of search for control of this pandemy. This study aimed to understand sexual and reproductive experience of people who live with HIV. The Humanistic Nursing Theory by Paterson and Zderad was used as a theoretical and methodological reference. This is a descriptive research with qualitative design, held at the infectology clinic of the School Hospital Santo Inácio, in Juazeiro do Norte-CE. The subjects of the study were 16 people who live with HIV/AIDS, 7 men and 9 women. Data were collected from July through November, 2007, through free observation, analysis of medical records and semi-structured interview. For the testimonies' analysis the technique of content analysis was adopted, from which emerged three themes: *1. Sexual experience; 2. Reproductive experience, and 3. Marriage Experience*. In these themes one identified eleven sub-themes: *1. The condom in sexual intercourses; 2. Changes in desire after the discovery of HIV seropositivity, 3. Changes in sexual practice after the discovery of HIV seropositivity, 4. Contraceptive methods used before the experience and living with HIV/AIDS; 5. The condom as a contraceptive reference and protection in sexual intercourses; 6. Ignorance about the use of other contraceptive methods in HIV infection; 7. Desire to have children; 8. Fear of vertical transmission of HIV; 9. (Lack of) knowledge about prophylactic measures to reduce the vertical transmission of HIV; 10. Modification in marital relationship due to self-care and care with the other; 11. The distrust in the partner because of HIV*. Out of the people who experience and live with HIV/AIDS one got different experiences and meanings for sexual and reproductive experiences in complex life sceneries, still permeated by the stigma resulting from AIDS. The subjects of this study lived in marital union ranging from eight months through over fifteen years, eleven of whom lived in conjugal concordant relationship to HIV and five in discordant relationship. We did not notice divergence of data by the variable time of union. We noticed difficult socioeconomic situation and presence of children, including five conceived after the knowledge of HIV, and two women during pregnancy. The time spent living with the infection varied from less than a year to more than eleven years. In half the cases the context of discovery of HIV infection involved the gestational period, the others after opportunistic disease or by convincing of the partner, being a difficult moment due to proved marital infidelity. The results indicated that the condom was not part of their sexual routine until the knowledge of HIV, being the virus a determinant condition for joining the condom. The stability of the conjugal relationship served in the pre-infection phase as one of the factors that contributed to the non-use of condoms, causing larger contexts of vulnerability, where the genre appears as the main factor. The use of male condoms, after seroconversion, highlighted the difficulties in adhesion, especially among those who had never experienced this method of protection, revealing possible awareness of the need to adapt to the device in sexual intercourse, which is re-signified for these

people. However, there is a bigger confrontation for the maintenance of the prevention practice by the use of condoms in discordant couples. The discovery of HIV seropositivity demanded changes in sexual routine, showing a decrease in sexual desire and change in sexual practices, with different aspects for men and women surveyed. There were changes in routine of contraceptive methods used before the seroconversion, using new methods, especially the male condom, in the presence of HIV. We highlighted the lack of knowledge of alternatives contraceptive methods face to HIV infection and AIDS. The desire to have children was observed in men and women, and the fear of vertical transmission appears as a strong determinant to deny that choice, with the lack of prophylactic measures to reduce vertical transmission. The difficulties in fighting against HIV/AIDS require changes in the daily life of the couple, highlighting a bilateral marital behavior of care for the other in an ambiguous relationship because of distrust with the knowledge of HIV infection. This study allowed us to realize that we must open channels of dialogue about sexual and reproductive experiences, stressing the important dimension that is given to the relationships between professionals and patients, as participants in the search of health promotion in a reality still in construction, of re-signification of life, of relationships and health. The gestational period is highlighted as an important moment for the diagnosis of HIV infection, to advise the recommendations and to reduce vertical transmission, beginning with early prevention of vertical transmission, through humanized care, free of judgments and prejudice. The assistance in sexual and reproductive health for people living with HIV demands several questions and challenges, but it points mainly to the need of integral and non-dichotomous assistance, where prevention and treatment work together, recognizing limits, possibilities, aims and priorities, in the individualization of human care.

KEY-WORDS: reproduction, reproductive behavior, sexual behavior, family planning, sexuality, HIV infections, HIV seropositivity.

RESUMEN

El surgimiento del VIH/Sida y el delineamiento de la epidemia resultaron en cambios para la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres que conviven con el virus. La sobrevivencia y la calidad de vida mejoradas con el apareamiento de la terapia antiretroviral asociada al uso en destaque al aspecto de cronicidad de la infección por el VIH, señalándose posibilidades de relaciones afectivas, sexuales y reproductivas, delante de esta nueva realidad, en uno escenario complejo que envuelve parejas soroconcordantes y sorodiscordantes en contextos de vida semejantes a de los infectados, en uno proceso de una nueva significación del VIH/ Sida y de la búsqueda por el control de esa pandemia. Ésta investigación tuvo el objetivo de comprender las vivencias sexuales y reproductivas de personas que poseen el VIH. La Teoría Humanística de Enfermería de Paterson y Zderad fue utilizada como referencial teórico y metodológico. Se trata de una investigación descriptiva con abordaje cualitativa, hecha en el ambulatorio de infectología del Hospital-Escuela Santo Inácio, en Juazeiro del Norte-CE. Los sujetos del estudio fueron 16 personas que conviven con el VIH/ Sida, 7 hombres y 9 mujeres. Los datos fueron colectados en los meses de julio a noviembre de 2007, a través de la observación libre, consulta a los registros médicos y entrevista estructurada en parte. Para análisis de los testimonios fue adoptada la técnica de análisis del contenido, donde surgieron tres temáticas: 1. Vivencia Sexual; 2. Vivencia Reproductiva y 3. Vivencia de la Pareja. En éstas temáticas, fueron identificadas once subtítulos: 1. El condón en las relaciones sexuales; 2. Alteraciones en el deseo después de la descubierta de la sropositividad al VIH; 3. Alteraciones en la práctica sexual después de la descubierta de la sropositividad al VIH; 4. Métodos de contracepción utilizados antes de la vivencia y convivência con el VIH/ Sida; 5. El condón como recomendable contracepción y protección en las relaciones sexuales; 6. Desconocimiento del uso de otros métodos de contracepción en la infección por el VIH; 7. Deseo de tener hijos; 8. Miedo de la transmisión vertical del VIH; 9. Desconocimiento de las medidas profiláticas en la reducción de la transmisión vertical del VIH; 10. Cambio en la relación de la pareja delante de la atención consigo y con el outro; 11. La quebra de la seguridad ofrecida al otro delante al VIH. De las personas que viven y conviven con VIH/ Sida fueron aprehendidas várias experiencias y significados para las vivencias sexuales y reproductivas en ambientes de vida complejos, aún llenos de estigmas decurrientes de la sida. Los sujetos de ésta investigación vivían en unión conjugal variándose de ocho meses hasta más de quince años, de los cuales once vivían en relación conjugal soroconcordante al VIH y cinco en relación sorodiscordante. No percibimos diferencia mientras a los datos por la variable tiempo de unión. Verificamos situación sócio-económica mala y presencia de hijos, de los cuales cinco venidos después del conocimiento de la condición sorológica, y más dos mujeres embarazadas. El tiempo de convivencia con la infección fue variable, de menos de un año a más de once años. En la mitad de los casos, el contexto de descubierta de la infección por el VIH envolvió el período gestacional, siendo los otros después de la enfermedad o por convocación de compañero, señalándose como un momento difícil por la infidelidad conjugal provada. Los resultados indicaron que el condón no hacía parte de la rutina sexual hasta el conocimiento del status sorológico, siendo esa condición determinante para la adhesión al condón masculino. La

estabilidad de la relación de la pareja actuaba en la fase pre infección como uno de los factores que contribuyó para la determinación del no uso de condón, ofreciéndose contextos de mayor vulnerabilidad, donde el género es el principal factor. El uso del condón masculino, después a la soroconversión, evidenció las dificultades en esa adhesión, principalmente entre los que jamás habían experimentado ese método de protección, conociendo posible conciencia para la necesidad de adaptación al dispositivo en la relación sexual, que se señala resignificada para esas personas. Pero, hay un enfrentamiento mayor para la manutención de la práctica de prevención por el uso del condón masculino en parejas sorodiscordantes. La descubierta de la soropositividad al VIH resultó en cambios en la rutina sexual, evidenciándose la disminución del deseo sexual y alteración en las prácticas sexuales, con diferentes aspectos entre hombres y mujeres investigados. Fueron expresos cambios en el uso rutinario de los métodos de contracepción anterior a la soroconversión, con la utilización de nuevos métodos, notadamente, el condón masculino, delante a la presencia del VIH. Evidenciamos el desconocimiento de alternativas contraceptivas delante de la infección por el VIH y de la Sida. El deseo de tener hijos fue observado en hombres y mujeres, donde el miedo de la transmisión vertical despunta como fuerte determinante en suprimir esa escoja, con el desconocimiento de medidas profiláticas en la reducción de la transmisión vertical. Las dificultades en el enfretamiento del VIH/ sida impune cambios en la rutina de la pareja, destacándose un comportamiento conjugal bilateral de atención al otro en una relación ambigua delante de la seguridad rumpida y expuesta con el conocimiento de la condición sorológica. Ésta investigación permitió percibir que es preciso abrir canales de diálogo sobre experiencias sexuales y reproductivas, ya que percibimos ese deseo por informaciones poco debatidas profesionalmente con las personas infectadas por el VIH, explorándose la adhesión al condón, pues fueron mencionados cambios y dificultades en la vida sexual con relación al uso de ese nuevo elemento que entra en la vida sexual de esas personas, resaltándose la importante dimensión que es ofrecida a las relaciones entre profesionales y pacientes, como participantes en la búsqueda de la promoción de la salud en una realidad en construcción de la significación de la vida, relaciones y salud. Miramos también el período gestacional como importante momento para el diagnóstico de la infección por el VIH, para aconsejamiento de las recomendaciones para la reducción de la transmisión vertical, para el comienzo precoz de la profilaxia de la transmisión sexual, en una atención humanizada, libre de juicios y prejuicios. La asistencia en salud sexual y reproductiva a las personas viviendo con el VIH requiere varias cuestiones y desafíos, pero, sobretodo, apunta para la necesidad de la asistencia integral, no dicotómica, donde prevención y tratamiento relacionanse, reconociendo los límites, posibilidades, finalidades y prioridades, en la individualización de la atención humana.

PALABRAS CLAVE: Reproducción; Conducta reproductiva; Conducta sexual; Planificación familiar; Sexualidad; Infecciones por VIH; Soropositividad para VIH.

LISTA DE SIGLAS

ACTG - Aids Clinical Trial Group

AIC – Anticoncepcionais Injetáveis

AOC – Anticoncepcionais Orais Combinados

AMP-D – Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito

ARV – Antiretroviral; Antiretrovirais

AZT - Zidovudina

BEMFAM - Sociedade Brasileira de Bem-estar da Família

CD₄ – É um receptor presente nos linfócitos T-auxiliares onde o HIV se liga para iniciar a infecção da célula

CD₈ – São células que podem reconhecer e destruir as células infectadas pelo HIV, no entanto, questiona-se essa afirmativa sob certas condições

CE – estado do Ceará

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CN-DST/AIDS - Coordenação Nacional de DST/AIDS

COMEPE - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

CTI – Centro de Terapia Intensiva

CV – Carga viral

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DIU-Cu – Dispositivo Intra-uterino de Cobre

DIU-LNG - Dispositivo Intra-uterino Liberador de Levonogestrel

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EN-NET – Enantato de Norestisterona

ETG– Implante de Etonogestrel

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FMJ – Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte

FUNCAP - Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção da Aids

HIV – Human Immunodeficiency Virus / Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma vírus humano

HVS - Vírus Herpes Simples

IPG – Instituto Patrícia Galvão

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LAM – Método de Lactação e Amenorréia

LNG – Implante de Levonogestrel

NIC – Neoplasia intra-epitelial cervical

OMS - Ministério da Saúde

ONG – Organizações não-governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PP – Pílulas Progestínicas

RN – Recém-nascido

SC – Soroconcordância ao HIV. Designa casais nos quais os parceiros são portadores do HIV/aids

SD – Sorodiscordância ao HIV. Designa casais nos quais apenas um dos parceiros é portador do HIV/aids e o outro não

SIU-LNG – Sistema Intra-uterino liberador de Levonogestrel

TARV - Terapia Antiretroviral

TV-HIV – Transmissão vertical do HIV.

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS / Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids

UNGASS - United Nations General Assembly on Aids Special Session / Sessão Extraordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV e Aids

UFC – Universidade Federal do Ceará

URCA – Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RÉSUMEN

LISTA DE SIGLAS

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 APROFUNDAMENTO SOBRE A TEMÁTICA.....	23
2.1 A aids.....	24
2.2 Políticas públicas brasileiras relativas ao HIV/Aids.....	27
2.3 Direitos sexuais e reprodutivos na presença do HIV.....	29
2.4 A questão da reprodução na epidemia de HIV/Aids.....	32
2.5 Contracepção e HIV.....	33
2.6 Concepção e HIV.....	41
2.6.1 Transmissão vertical do HIV.....	41
2.6.2 Casais sorodiscordantes.....	44
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	47
3.1 Teoria Humanística de Paterson e Zderad: bases teórico-filosóficas.....	48
3.1.1 Metapadigmas na Teoria Humanística de Enfermagem.....	51
3.1.2 A Enfermagem Fenomenológica.....	54
3.2 O Desenho Metodológico.....	55
3.2.1 Tipo de pesquisa.....	56
3.2.2 Cenário da pesquisa.....	56
3.2.3 Sujeitos do estudo.....	58
3.2.4 Posicionamento ético.....	58

3.2.5 Detalhando a coleta de dados e o processo de análise de dados.....	59
3.3 Rumo ao desconhecido.....	64
3.3.1 Preparação para Vir-a-Conhecer.....	64
3.3.2 Conhecendo intuitivamente as pessoas.....	66
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DISCURSOS: do conhecimento científico sobre os muitos ao único paradoxal.....	73
4.1 Apresentação dos participantes do estudo.....	74
4.2 O (con)viver com o HIV.....	93
4.3 Temáticas e sub-temáticas.....	102
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS.....	157

ANEXOS E APENDICES



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS¹) apresenta prevalência elevada que a caracteriza como uma pandemia de caráter mundial. A estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS) é de 33,2 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no mundo, sendo 30,8 milhões de adultos, dos quais 15,4 milhões são mulheres. Estima-se que somente no ano de 2007 ocorreram 2,5 milhões novas infecções. Essa estimativa, de pessoas vivendo com HIV globalmente, apresenta uma evolução crescente, quando se estimava cerca de menos de 10 milhões em 1990, passando para 33,2 milhões em 2007. A distribuição dessas pessoas entre os cinco continentes aponta o continente africano como o mais atingido, especificamente a África Sub-Saara, que tem estimativa de 22,5 milhões de pessoas vivendo com HIV, seguida pelo sul e sudeste da Ásia com 4 milhões, Europa do Leste e Ásia Central com estimativa de 1,6 milhões, juntamente com a América Latina que apresenta essa mesma estimativa (1,6 milhões), colocando este continente em terceiro lugar nesta estimativa (UNAIDS, 2007).

No Brasil, são estimadas cerca de 593 mil pessoas infectadas e vivendo com HIV (BRASIL, 2006a). Os dados nacionais revelam que de 1980 até outubro de 2007 já foram notificados 474.273 casos de aids e a região nordeste apresenta-se em terceiro lugar em números de casos de aids notificados, com 53.089 casos. Nesta região o estado do Ceará está em terceiro lugar com 8.786 casos de aids notificados, seguindo-se, respectivamente, ao Pernambuco e a Bahia que contam com mais de 13.000 casos. A epidemia contabiliza, neste mesmo período, 314.294 casos confirmados de aids em homens e 159.973 mil casos confirmados em mulheres, das quais, monogâmicas e heterossexuais, com uma razão de casos entre os casos de 1,4. (BRASIL, 2007a).

¹ AIDS - Sigla original da expressão em inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome. Identifica um processo viral que ataca o sistema imunológico humano e destrói as células que defendem o organismo contra infecções. A sigla aids será considerada um substantivo comum quando se referir à epidemia, sendo grafada em caixa baixa, seguindo o padrão recomendado pelo Ministério da Saúde.

No panorama cearense da epidemia de aids, destacamos que 1983 representa o ano de registro do primeiro caso de aids no Ceará. De 2000 a 2005 foram notificados, em média, 627 casos novos por ano, e em 2006, houve registro de 544 casos, mostrando a tendência ascendente da doença até o ano de 2004, observando-se após este ano um retardo das notificações. Já a razão de sexo entre pessoas com aids passou de 11 homens para 1 mulher em 1987, para 2,2:1 em 2006, confirmando o crescimento da epidemia entre mulheres, sendo as pessoas mais acometidas àquelas entre 20 e 39 anos (70% dos casos) (CEARÁ, 2008).

Em observação aos parâmetros epidemiológicos, populacionais, de regionalização e de capacidade técnico-administrativa, a Secretaria de Saúde do Ceará elegeu 16 municípios prioritários para o controle da aids, que respondem por 80% dos casos de aids do Estado, entre os quais figuram Crato e Juazeiro do Norte (com 139 casos de aids notificados até março de 2008). Observa-se uma expansão da doença com aumento do número de municípios do interior do Estado com casos notificados de aids (CEARÁ, 2008).

O surgimento da aids e do HIV, seu vírus causador, demandaram mudanças para a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres que vivem ou convivem com HIV/aids. A disseminação do HIV vem desenhando modificações no perfil epidemiológico da aids, tendo apresentado mudanças significativas durante a década de 90, caracterizadas pelos fenômenos de feminização, heterossexualização, pauperização e interiorização da epidemia. Com isso, a disseminação do vírus projetou-se para grupos de indivíduos diversos, desfazendo estereótipos construídos no surgimento da aids, e para regiões pouco ou não acometidas anteriormente (BRASIL, 2002b; 2002c). A saúde sexual e reprodutiva toma outro foco diante desses contextos.

Considerar os traços definidos pela epidemia no cuidado à saúde reprodutiva e seu planejamento, com a inerência da saúde sexual, torna-se imprescindível para a abordagem da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), quando surge a associação do preservativo masculino ou feminino com algum método de anticoncepção para gravidez indesejada, configurando-se à chamada dupla proteção (BRASIL, 2002a; 2002b).

A assistência em planejamento familiar, considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das áreas de atuação prioritária (BRASIL, 2002b), deve respeitar os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos; informando sobre métodos conceptivos e anticonceptivos, para uma escolha livre e consciente do uso, e uma prática sexual saudável, esclarecendo sobre os desejos e possibilidades, ou não, de terem filhos. Esse órgão estatal atenta para a necessidade de ampliação

do acesso à informação e aos direitos contraceptivos de homens e mulheres, configurando-se como uma das ações imprescindíveis à garantia dos direitos reprodutivos no país (BRASIL, 2002a).

Quanto à orientação, atividade desenvolvida na assistência ao planejamento familiar, Hatcher et al (2001, p.3) definem que uma escolha informada terá sido feita “quando um indivíduo toma uma decisão baseada em informações úteis e acuradas”.

Em 1994, no Cairo, o conceito de saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos foram definidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), quando questões sobre equidade de gênero, igualdade e fortalecimento da mulher foram reconhecidas como fundamentais aos direitos reprodutivos e articuladas às conexões entre população, crescimento econômico e desenvolvimento sustentável (HATCHER et al., 2001).

Sabe-se que as políticas nacionais de saúde para a execução de ações quanto à concepção e anticoncepção, historicamente foram vinculadas à capacidade reprodutiva da mulher, e em muitos momentos foram articuladas de forma a controlar a natalidade e cercear os desejos e práticas sexuais (VIEIRA, 2002). A década de 60 marca o interesse na redução do crescimento populacional no Brasil, voltado para o controle da natalidade com o desenvolvimento de pesquisas sobre anticoncepcionais financiados por agências internacionais (BRASIL, 2002b; VIEIRA, 2002).

A efetivação dos direitos reprodutivos nem sempre encontra as condições necessárias, e, geralmente, são os métodos contraceptivos os mais próximos da população no que concerne à sua aquisição e utilização, embora alguns métodos contraceptivos também não sejam encontrados na organização dos serviços de planejamento familiar, e como esses são utilizados de forma restrita, as escolhas a que o programa se propõe nem sempre conseguem efetivar-se de fato.

Sob esse aspecto, os dois métodos mais utilizados, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada pela Sociedade Brasileira de Bem-estar da Família (BENFAM) em 1996, revelaram que a esterilização cirúrgica e a pílula aparecem, respectivamente, com 40% e 21% entre as mulheres em união estável, e que a esterilização foi maior em mulheres com menor escolaridade e com condições sócio-econômicas precárias (BRASIL, 2002b). Esse quadro reflete distorções até hoje e é importante lembrar que no tangente à concepção são mínimos os serviços públicos destinados a essa prática, e quando existem, a falta de acessibilidade é um fator a ser considerado. Essa lacuna também é percebida na elaboração

dos manuais do MS para assistência em planejamento familiar que pouco destinam de suas páginas ao tema da concepção.

Pesquisas qualitativas, realizadas por Marcolino e Galastro (2001), acerca da participação de homens e mulheres no planejamento familiar, apontaram modificações nos papéis que ambos exercem em relação à reprodução, sexualidade e vida familiar. As autoras referem existir vários estudos demonstrando que a duração e continuidade do uso de algum método usado pela mulher são influenciadas pela atitude do parceiro, e revelam-nos em seus resultados que a aceitabilidade do condom entre homens ainda é pequena, e esta atitude é vista pela mulher como não participação e não colaboração masculina na contracepção. Foi encontrada também uma busca por métodos definitivos, sendo que a laqueadura representou para a mulher uma indisposição em continuar assumindo sozinha à contracepção.

Um aspecto interessante, no conhecimento e uso dos métodos de anticoncepção relacionado à orientação da dupla proteção ao HIV, foi ressaltado em Manual do MS quando definiu que “em se tratando de uma mulher ou homem portador de HIV, **deve ser obrigatória** (grifo nosso) a combinação de métodos que possibilitem índices de falha próximos à zero” (BRASIL, 2002a, p. 131). A justificativa plausível para tal obrigação parece recair na ausência de cura da aids, na necessidade de prevenção à disseminação dessa infecção, como também associada a uma possível indução à resistência retroviral, quando do não uso do preservativo nas relações sexuais em parceiros com sorologias concordantes, com conseqüente troca de vírus em fases e tipos distintos. Acredita-se que essa conduta possibilitará impactar a saúde individual e coletiva, embora tal determinação não possa mais, prática e conceitualmente, conceber o exercício dos direitos reprodutivos.

Não obstante, essa posição impositiva do MS parece não mais permear os debates e construções de políticas que tratam das esferas sexuais e reprodutivas para pessoas que vivem com HIV, uma vez que esse dever, definido por tal instância normativa, no que tange à anticoncepção, fere o direito reconhecido no artigo 226, da Constituição Federal de 1988, que atribui ao casal a decisão livre e consciente sobre o número de filhos que irá ter, competindo ao Estado proporcionar recursos para o exercício desse direito (BRASIL, 2006a).

Abbate e Solano (1998) destacam que países marcados por grandes dificuldades sociais, como o Brasil, fazem ressoar essas dificuldades na vida das pessoas que contraem a aids, estas passam a viver perdas e violações, sobretudo relacionadas com os direitos humanos.

Contudo, percebe-se o avanço mundial em discutir e pesquisar essas questões que envolvem a concepção de pessoas que vivem e convivem com HIV. O protocolo do Aids Clinical Trial Group (ACTG) 076, de 1994, através de estudo multicêntrico EUA-França, trouxe dados sobre a redução concreta na transmissão vertical do HIV, quando o uso da zidovudina (AZT) na gestação, intraparto e pelo recém-nascido (RN), representou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical, esta foi de 8,3% no grupo com intervenção profilática e de 25% no grupo sem nenhuma intervenção (BRASIL, 2004, 2003b, 2001). Sabe-se que a taxa de transmissão vertical pode ser reduzida com outras medidas associadas, como uso de terapia combinada, ao invés da monoterapia com AZT, e adoção de cesária eletiva, trazendo esse índice para próximo a 1% (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que, segundo o protocolo ACTG, a taxa de transmissão vertical gira em torno de 25% nas mulheres com HIV assintomáticas e sem uso de profilaxia para redução da transmissão vertical, porém o emprego das medidas recomendadas traz a possibilidade de reduzir o número de crianças infectadas.

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) esclarece que os cuidados às gestantes soropositivas obtiveram resultados favoráveis e com isso as expectativas reprodutivas futuras apresentam modificações, e lembra ainda que um dos principais elementos da assistência no período não-gestacional à saúde da mulher que vive com HIV é a orientação sobre o futuro reprodutivo (FEBRASGO, 2004b). Essa entidade recomenda a utilização de método anticoncepcional duplo, com estímulo ao uso do condom e outro método associado, e inclui no papel do casal infectado, **quando concorda** (grifo nosso), a articulação entre contracepção, prevenção de exposição sexual a outras DST, além de prevenção a nova carga viral.

Faúndes (2002) relata que vários posicionamentos médicos, em periódicos internacionais, foram contrários à esterilização em casais com HIV, corroborando com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e o Comitê Permanente para Estudos de Aspectos Éticos da Reprodução Humana, em 1997, quando consideraram a possibilidade de reprodução assistida em situações particulares, uma vez que a purificação do sêmen de homens cuja parceira apresentava sorologia discordante gerou filhos sem contaminação e sem produzir contaminação materna.

O ano de 1996 representa um marco no debate sobre reprodução humana envolvendo o HIV/AIDS. A entrada dos medicamentos antiretrovirais em cena traz uma série de

alterações para as pessoas que vivem com HIV. [...] Os casais permeados pela entrada do HIV podiam começar a pensar em futuro. E o futuro também significava um filho. Era preciso, então, verificar, na área da saúde, como proceder ao tratamento para a reprodução com segurança (FAÚNDES, 2002, p.58).

Com isso, entraram em cena experimentos no meio científico, inclusive no Brasil, sobre a perspectiva de reprodução para pessoas que vivem com HIV vislumbrando a possibilidade de reprodução na vigência do HIV, sem danos ao conceito, na tentativa de impedir a transmissão vertical do HIV, onde alguns experimentos apresentaram resultados positivos através da reprodução assistida, principalmente com casais sorodiscordantes.

É fato que a maior parte das mulheres no Brasil, vem, a saber, de sua positividade para HIV nas consultas de pré-natal, ou decorrente do aparecimento de doenças oportunistas, sua ou do parceiro (IPG / Instituto Patrícia Galvão, 2003), e que, mesmo as mulheres que conhecem seu *status* sorológico positivo para HIV, continuam engravidando (BRASIL, 2006d). Assim, a incidência da aids entre as mulheres em idade reprodutiva nos alerta para as conexões significativas entre HIV/Aids e os programas de saúde sexual e reprodutiva, como temas essenciais para discussão.

A soropositividade não retira da pessoa, homem ou mulher, o direito de se casar e constituir uma família, nem o direito do convívio em sociedade, onde questões como paternidade, casamento e maternidade devem ser tratadas como questões pessoais e direitos do soropositivo (GAPA/CE, s/a).

Esses direitos não estão sendo encorajados, mas pensados como práticas que podem estar sendo vivenciadas. Pouco se sabe sobre essas vivências de portadores de HIV que gozam de capacidade reprodutiva para exercer esse papel. A possibilidade de um desejo em desenvolver uma maternidade/paternidade, ou uma possível frustração diante da “impossibilidade” frente aos riscos da transmissão vertical, nos chama a atenção, como também quanto à imposição sobre a contracepção que pode estar ocorrendo, somada às idéias colocadas anteriormente levam ao seguinte questionamento: *Como as pessoas que vivem e convivem com HIV/Aids vivenciam a sua prática sexual e reprodutiva?*

O interesse pela temática emergiu na prática como docente da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar IV – Saúde da Mulher, do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Ao termos contato com o tema “Transmissão Vertical do HIV”, a partir de capacitação na Oficina de Implantação do Projeto Nascer, realizada em outubro de 2003. Desde

então, essa área do cuidar foi incluída no conteúdo programático da disciplina, e abordadas as correlações com o tema em questão, como também desenvolvemos o aprimoramento da temática uma vez que a abordagem prática foi incluída na disciplina e a vivência com os alunos da graduação em enfermagem, acontece em unidades de referência na região do Cariri cearense, incluindo a assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Com a imersão num processo de leituras de artigos sobre a saúde da mulher, enfocando sexualidade, reprodução, planejamento reprodutivo (concepção/contracepção) e transmissão vertical do HIV, foi despertada uma inquietude com relação à esfera reprodutiva, ao planejamento desta, e à inerente vivência sexual, embora se tenha ciência das particularidades conferidas à sexualidade. Esse universo de leituras provocou-nos para a necessidade de uma pesquisa que buscasse algumas respostas mediante às vivências por nós experienciadas na prática profissional e conhecidas através do aprofundamento teórico sobre as temáticas colocadas anteriormente. Dentre essas vivências, algumas vezes observamos a ocorrência de gestação num contexto conjugal em que os parceiros conheciam sua soropositividade ao HIV, ou ainda, concebendo-se ao período gestacional como o momento de descoberta dessa condição.

Conhecer o posicionamento dos *atores* sociais envolvidos, homens e mulheres, aparenta ser outra necessidade a ser cuidada, visto que muitas vezes a posição masculina parece ser colocada de lado quando a abordagem remonta a assistência no planejamento da família, negando a forte influência do homem, verificada em diversos estudos, sobre as decisões reprodutivas entre os casais.

Conhecer a vivência da pessoa que vive e convive com HIV/Aids poderá suscitar formas de cuidar e sua extensão, além de reflexões sobre políticas para essas pessoas a partir das expectativas que apresentam e, neste aspecto, acreditamos que este estudo possa ampliar e aprofundar a discussão acerca da dimensão que representa a soropositividade, sexualidade, planejamento familiar e anseios de reprodução que possam existir, contribuindo para a reflexão de experiências pouco conhecidas e para a compreensão de significados sobre sexualidade/reprodução e HIV, podendo desta forma esclarecer possíveis equívocos e assim contribuir para a melhoria da ação de planejamento familiar em respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, trazendo benefícios para a saúde sexual e reprodutiva, com vistas à promoção da saúde de pessoas que vivem e convivem com HIV/aids, assistidas na região do Cariri, e conseqüentemente para suas famílias (existentes ou esperadas).

Os pontos questionados inquietaram e embasaram a presente pesquisa que tratou da naturalização do campo reprodutivo e sexual da pessoa que vive e convive com HIV como eixo fundamental, trazendo a importância da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos e do planejamento familiar, considerando a presença do HIV em definir o papel social da pessoa que vive e convive com o vírus.

Pelo exposto buscamos alcançar o objetivo de compreender as vivências sexuais e reprodutivas de pessoas que convivem com HIV à luz dos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem.



APROFUNDAMENTO SOBRE A TEMÁTICA

2 APROFUNDAMENTO SOBRE A TEMÁTICA

2.1 A aids

O surgimento do HIV/Aids, nos anos 1980, e os aspectos que caracterizam seu aparecimento geraram compreensões acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que fortaleceram idéias de grupos e condições especiais à sua representação. Os estigmas, da então chamada “peste gay”, que ainda hoje se apresentam, decorrem dessas representações do início da epidemia e elementos, tais como noção de risco, formas de transmissão, uso de drogas ilícitas, práticas sexuais e padrões morais, envolvem a percepção de um “novo mal sexual”.

A transição decorrente do conhecimento desse fenômeno epidêmico, manifestado na década de 90, destaca as transformações que se processaram desde o surgimento da aids, principalmente, as modificações na compreensão sobre transmissão, medidas preventivas, risco de exposição, direitos civis e trabalhistas, elaboração de políticas públicas, entre outros.

A noção de “grupo de risco”, primeiramente salientada nas estratégias oficiais, foi modificada a partir de uma nova compreensão sobre a transmissibilidade do vírus, quando se analisou sob o ângulo da exposição ao vírus HIV, e a linha de atuação política para a prevenção foi direcionada para o foco do “comportamento de risco”, tão falado em seguida.

Essa noção demonstrou que o vírus pode ser transmitido a partir da exposição ao mesmo e não pelo entendimento sobre um microorganismo exclusivo de “grupos sexuais” ou dos que vivenciavam práticas sexuais “irresponsáveis”. Ao derrubar tal pressuposto, passa-se a enfatizar que qualquer um pode estar exposto à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da aids, demonstrado, principalmente, pelos indicadores epidemiológicos.

Restava despertar para o fato de pensar que o comportamento de risco ainda não contemplava as situações em que essa exposição pode ocorrer passivamente, como por falta de conhecimento, coação sexual, decorrente de infecção materno-infantil, entre outros, e assim,

aparece a conceituação atual que analisa a possibilidade de infecção pelo HIV, coerente à vulnerabilidade a essa exposição.

Aprecia-se o entendimento da vulnerabilidade ao HIV/Aids que considera os “diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV”, apontando as especificidades conjugadas por “aspectos sociais, programáticos [políticas públicas] e individuais, que os opõem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento” (AYRES, 2003, p.125).

No tocante à saúde sexual, as relações sexuais desprotegidas representam a principal modalidade de exposição ao HIV, somada ao fato que a presença de DST facilita a infecção e, sob o ângulo biológico, o risco de infecção para a mulher é 2 a 4 vezes maior do que para o homem, contudo, essa vulnerabilidade biológica só se torna significativa em virtude da sua vulnerabilidade social, representada principalmente pela dificuldade de negociação do preservativo (IPG, 2003).

O uso inconsistente do preservativo representa uma problemática na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente a aids, pela relação direta com as questões de gênero que permeiam as práticas sexuais. Sabe-se que o uso do preservativo masculino aumentou, mas a taxa de uso ainda é pequena.

Pesquisa divulgada pelo MS, em 2003, revelou que 53% das pessoas não usavam preservativo com parceiro, pela confiança depositada no parceiro/esposo ou por ser casada/ter parceiro fixo; 11% das pessoas não usaram preservativo na última relação sexual por fazer uso de algum método anticoncepcional; e 5% das pessoas atribuíram o não-uso do preservativo ao fato de não gostar (IPG, 2003).

A questão “confiança” é um item importante, a ser trazido às reflexões sobre a transmissão da aids e sobre a saúde sexual e reprodutiva, mediante as condições de vulnerabilidade que se apresentam sob essa justificativa. Pode configurar-se por um maior número de mulheres infectadas, de transmissão vertical de IST/Aids, de aumento de casos de transmissão de HIV, e de ocorrência de reinfecção. Demonstra-se que o preservativo muitas vezes é visto apenas como método anticoncepcional, ou seu uso relacionado às situações em que se “enxerga um risco”, fator preocupante que se volta às idéias disseminadas no surgimento da aids e que ainda ressoa nos discursos atuais.

Outra pesquisa, esta realizada em 1997, com 148 mulheres HIV-positivas de um centro de referência em DST/Aids, apontou que entre as mulheres com parceria fixa, 41,5% não usavam preservativos ou não faziam uso consistente dos mesmos (SANTOS et al., 2002).

Corroborando com esse fato, Barbosa (1999) comenta sobre as dificuldades de negociação entre homens e mulheres para o uso do preservativo nas relações sexuais, especialmente para o uso de forma constante, em relações de longa duração. Em congruência, estudo de Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004), indicam que a negativa, sobre a utilização do preservativo, que recai sobre o parceiro, se fundamenta no incômodo relatado ou no julgamento de diminuição do prazer e da masculinidade.

Reconhece-se nas mulheres condições de maior vulnerabilidade, quer sejam biológicas, sociais, culturais, ou decorrentes de relações de gênero. Com isso, ressalta-se que o fortalecimento das mulheres origina-se de uma intervenção mais ampla que luta pela superação de desigualdades sociais, econômicas e culturais, que permeiam relações entre homens e mulheres (BRASIL, 2003a).

As estratégias políticas em HIV/Aids avançaram, fazendo o Brasil se tornar referência frente à epidemia, pelo sucesso da vigilância dos casos e terapia antiretroviral disponibilizada. As ações voltadas para as mulheres se fortaleceram, pautadas, principalmente, sob o olhar da vulnerabilidade, na possibilidade de não infecção infantil decorrente de gestação, parto e aleitamento materno, e pela pressão social na busca da obediência aos direitos humanos e melhoria das condições de sobrevivência com o HIV. Mas, ainda são insipientes e devem considerar as iniquidades desse grupo populacional que apresenta particularidades que as torna mais vulnerável.

A exposição ao HIV e o adoecimento por aids independe apenas da vontade individual e do seu grau de conhecimento e se apresenta como resultante da congregação de aspectos sociais, com destaque para a pobreza e a intolerância à diversidade, principalmente vinculadas à orientação sexual que resulta, muitas vezes, em discriminação. Portanto, a ampla noção de vulnerabilidade aparece substituindo o conceito de comportamento de risco (SÃO PAULO, 2005).

Percebe-se que essas categorias conceituais, focadas na questão risco, quer sejam relacionadas a grupos, comportamentos ou vulnerabilidades, vêm definindo as ações políticas para o cuidado às pessoas com HIV/Aids. Na questão da saúde sexual e reprodutiva, baseiam-se

na inclusão dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos, posto que ambos sejam incluídos e versam pela busca de autonomia.

2.2 Políticas públicas brasileiras relativas ao HIV/Aids

A aids representou um dos acontecimentos cruciais do século XX, suscitando uma demanda social em busca de respostas efetivas, ainda que incompletas, frente à descontinuidade de uma realidade histórica que encarava que as doenças infecciosas pareciam estar dominadas pela ciência moderna (MARQUES, 2002).

A construção das políticas públicas ao HIV foi iniciada com as primeiras informações sobre o registro de casos, ocorridos em 1981, os quais geraram reações de estigmatização sobre a aids, frente à primeira pandemia após a conquista dos direitos humanos. Em defesa dos direitos das pessoas afetadas pelo HIV/Aids, observou-se forte organização de segmentos da população na definição e implementação de políticas públicas voltadas para o combate à aids (FONSECA, 2005).

A Portaria nº 236 do Ministério da Saúde, de maio de 1985, estabeleceu as primeiras diretrizes para o Programa de Combate da Aids, coordenado pela Divisão de Dermatologia Sanitária, primeira denominação do Programa Nacional de Controle da AIDS, criado no âmbito do MS em 1988. Com nomenclatura alterada, em 1997, para Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS), através da Portaria Ministerial nº 74 (GALVÃO, 2002), o Brasil adota nas políticas públicas em HIV/Aids a assistência com uso terapia antiretroviral (TARV) combinada como um dos eixos fundamentais (FONSECA, 2005).

As políticas de saúde para aids, no Brasil, englobam estratégias sobre três pilares de intervenção, quais sejam: vigilância epidemiológica, prevenção e assistência. A articulação desses eixos direciona para a busca da integralidade das ações como característica do programa brasileiro de aids. Atualmente, proclama-se “a indissociabilidade entre prevenção e tratamento”, contrapondo-se às diretrizes políticas internacionais que apontam a prevenção como resposta pública fundamental à epidemia (FONSECA, 2005), atentando para o fato de que a contracepção, através da adoção da condom, seria uma forma de prevenção de novos casos de HIV.

Retomando marcos importantes nas políticas públicas brasileiras no enfrentamento da aids, tem-se, entre outras coisas: notificação obrigatória de casos, instituída em 1986; distribuição gratuita de AZT, em 1991; recursos obtidos através do primeiro acordo com o Banco Mundial, em 1993; publicação da Lei 9313, em 1996, garantindo a distribuição gratuita da TARV; distribuição gratuita dos antiretrovirais (ARV) iniciada em 1997; produção de sete ARV anunciada em 2001 (GALVÃO, 2002); disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, através da Portaria nº 2104, de 2002; política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; experiência polêmica com formulações específicas, como a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas injetáveis, apresentando a troca de seringa como ação de maior impacto; oferta gratuita de preservativos masculinos; suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA (FONSECA, 2005).

Em meio a tantas ações, dentre tantas não citadas, focaliza-se àquelas que apresentam correlação com a saúde sexual e reprodutiva, tendo como achado as que procuram o fortalecimento das mulheres e manutenção do olhar sobre os direitos sexuais e reprodutivos, independente da vivência, ou não, de HIV.

As medidas profiláticas para prevenção da transmissão vertical do HIV (TV-HIV) incluem a oferta de aconselhamento e testagem anti-HIV de gestantes; uso de AZT na gestação, no parto e oferecido ao recém-nascido; além da disponibilização de fórmula infantil em substituição ao aleitamento materno para as crianças verticalmente expostas (FONSECA, 2005).

Estas ações representam importante estratégia sobre a saúde reprodutiva, mas, sobretudo sobre a saúde infantil, como meio de prevenir a ameaça de crianças nascerem infectadas, consubstanciando-se na articulação de intervenções de prevenção e assistência, somada à vigilância dos casos. No entanto, reflete-se para a significação que pode permear essa ação, posto que, nesse campo, observa-se uma centralidade nos aspectos clínicos e epidemiológicos que colocam em segundo outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, podendo silenciar os direitos sexuais e reprodutivos e representar a continuidade de medicalização do corpo feminino, sob uma prática profissional que pode negar a discussão e a expressão dos aspectos da reprodução, seja sob a forma de concepção ou contracepção.

As estratégias desenvolvidas para as mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva enfatizam ações como o aconselhamento, nos serviços de planejamento familiar, pré-natal e

atendimento ginecológico, centro de testagens anti-HIV e em maternidades. Destaca-se entre as abordagens metodológicas, que podem ser usadas de prevenção ao HIV/Aids, o “empowerment” – traduzido como “fortalecimento para a mudança”, o enfoque de gênero, o modelo comunitário e a educação de pares (BRASIL, 2003a).

Faz-se necessário enfatizar que a prevenção envolve questões sócio-culturais e psicoafetivas, levando em conta como ocorrem às relações entre homens e mulheres, como são socializados e de que forma é marcado o exercício de sua sexualidade (BRASIL, 2003a).

A saúde sexual e reprodutiva é entendida como além das ações de aconselhamento, assistência à reprodução e às DST, ancorada na ótica que põe a atividade sexual como construção social da sexualidade, numa concepção que ultrapassa os aspectos biológicos, visando inclusão e proteção aos direitos sexuais e reprodutivos e ao conceito de cidadania, em consideração as diversidades de orientação sexual de ambos os sexos (BRASIL, 2003a).

A aids representou, portanto, uma nova forma de pensar e construir políticas públicas no Brasil, revelando uma trajetória de construção histórica, que aponta na direção para a compreensão da mesma sob o paradigma da doença crônica e suas interfaces, colocando o preconceito como algo que deva permear somente o passado (MARQUES, 2002).

2.3 Direitos sexuais e reprodutivos de pessoas com HIV

Direitos sexuais dizem respeito a “viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceira (a)”. Direitos reprodutivos são concebidos como o direito das pessoas sobre a decisão, livre e responsável, de ter ou não filhos, como também sobre o número de filhos e o momento de suas vidas que o(s) deseja ter (BRASIL, 2006c, p.4).

A trajetória dos direitos sexuais e reprodutivos coincide com a busca do fortalecimento da mulher, questionando-se, inicialmente, a contracepção com fins controlistas. Vários foram os eventos internacionais que discutiram esta questão, destacando-se: Amsterdã (1984), no Tribunal de encontro sobre direitos reprodutivos e a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), no Cairo em 1994, que definiu

esses direitos e se tornou referência nessa discussão, ratificada, no ano seguinte -1995, na IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2000).

Esses direitos não restringem nenhuma situação específica, como por exemplo, a presença de infecção pelo HIV, e são apresentados como direitos humanos fundamentais. Mas, a despeito desse fato, questiona-se: há a garantia desses direitos para as pessoas que vivem com HIV/Aids?

No Brasil, a Lei do Planejamento Familiar foi instituída em 1996, coerente à corrente de redemocratização nacional e congruente às discussões internacionais, e definiu que é livre a decisão do casal sobre ter ou não filhos e direciona para o Estado a promoção do planejamento familiar como exercício de direito sexual e reprodutivo (BRASIL, 2006c).

No que diz respeito à saúde reprodutiva, os direitos reprodutivos de pessoas com HIV não diferem dos direitos das pessoas não infectadas por esse vírus, visto que o desejo ou não de ter filhos é considerado no país um direito autônomo. Porém, essa temática, muitas vezes, é silenciada e negligenciada pelos profissionais de saúde, permeando suas ações com base em valores morais que não oportunizam o diálogo nessa esfera de cuidado.

Compreende-se que a política pública existente sobre direitos sexuais e reprodutivos, teoricamente, inclui os indivíduos, inclusive os portadores de infecções e doenças crônicas. Considerando os estigmas ainda presentes e a vulnerabilidade, observa-se a necessidade de formular políticas afirmativas desses direitos, promovendo educação profissional permanente e criação/ampliação de acesso aos serviços destinados ao planejamento familiar que, no Brasil, em sua maioria, demonstram atuar sobre a égide da contracepção.

Outra questão que deve ser considerada, diz respeito ao exercício da sexualidade das pessoas com HIV, marcada pelo preconceito e estigmatização que permeiam o contexto da epidemia do HIV/Aids, sobretudo decorrentes do constructo de noções de “grupo de risco” e “transmissão” veiculados quando da descoberta da aids.

No campo reprodutivo, a transmissão materno-infantil do HIV reflete a preocupação decorrente do uso inconsistente do preservativo, mediante a possibilidade de gestação indesejada ou não programada, levando à discussão obrigatória de temas difíceis, como sexo, sexualidade e uso de drogas psicoativas. Sob esse aspecto, entre as 12 ações políticas essenciais para a prevenção ao HIV, são apresentadas: garantia dos direitos humanos; promover a igualdade de gênero e abordar as normas e as relações envolvendo gênero para reduzir a vulnerabilidade de

mulheres e meninas, envolvendo homens e meninos nesse esforço; e promover elos entre a prevenção ao HIV e a saúde sexual e reprodutiva (UNAIDS, 2005).

Sem esquecer as denúncias de esterilização forçada ou induzida praticadas em mulheres com HIV, durante o parto ou logo após, atentamos para a eficiência da contracepção de emergência, dos métodos de barreira, da eficácia das medidas de redução da transmissão vertical, como também para a desobediência aos direitos reprodutivos, posto que a esterilização não diminui a necessidade da mulher se manter protegida para as DST/Aids/HIV. Portanto, salienta-se que, a negação da capacidade reprodutiva da mulher com HIV, não tem qualquer respaldo clínico ou ético (IPG, 2003).

A esterilização, como um método anticoncepcional cirúrgico, tido como definitivo, toma forma de uma escolha, voluntária, individual e legitimada pela medicina, porém, são questionadas as condições colocadas para e efetuação dessa escolha, onde a falta de alternativas pode colocar a esterilização como única solução, representada, por vezes, como produto de uma medicalização sobre o corpo feminino que privilegia a reprodução ou sua negação (VIEIRA, 2002).

É salientada que a melhor estratégia contraceptiva, para pessoas que vivem com HIV, ocorre pela adoção do uso do preservativo, masculino ou feminino, associado à contracepção de emergência, em caso de rompimento do método de barreira (IPG, 2005). Porém, diante, do uso inconsistente do preservativo, devem-se observar as possibilidades de métodos contraceptivos existentes, aconselhando homens e mulheres para uma escolha responsável e informada.

Os homens são apontados como pouco participantes nos serviços de planejamento familiar, embora exerçam influência decisiva na escolha do método anticoncepcional (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2000). Também lhes atribuem a condição de principais impulsionadores da epidemia de HIV (UNAIDS, 2005), fato que remonta à questão de gênero, principalmente em seu aspecto cultural atribuído à masculinidade.

A concepção entre pessoas com HIV, que desejam ter filhos, aparece como situação desconfortável, onde a premissa da escolha atribuída pode não encontrar canais favoráveis na atenção profissional. Os discursos oficiais trazem a discussão e modelos de atenção sobre gestação planejada de pessoas com HIV, coerente ao exercício dos direitos reprodutivos e às pesquisas que mostram ser possível a gestação assistida sem provocar contaminação materna ou fetal. Já o desconforto referido parece ser travado na prática cotidiana de atenção, frente aos

serviços de planejamento familiar que existem de forma deficiente, ou inexistem, e frente aos valores equivocados que ainda permeiam em muitos profissionais de saúde, distanciando-os da compreensão sobre o ser humano.

Aconselhar escolhas reprodutivas é uma importante forma de diminuir o risco de re-infecção dos parceiros soropositivos para HIV, de infecção dos parceiros soronegativos (quando apenas um parceiro é soropositivo) e de buscar uma vida saudável entre parceiros e para os filhos. Portanto, observa-se a necessidade de organização e articulação das políticas de saúde para preparar e ofertar serviços para atendimento e orientação com respeito ao exercício da sexualidade e de decisões reprodutivas, como também entender o contexto de cuidado que essas pessoas (BRASIL, 2003a).

2.4 A questão da reprodução na epidemia de HIV/Aids

Vários autores comentam que a reprodução no contexto da aids remete a necessidade de contextualização ao valor que se atribui à maternidade e à paternidade, permeadas pelo significado da família (KNAUTH, 2002; OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2003; BARBOSA, 1999).

Marcadas por contextos sociais, culturais e morais, as decisões reprodutivas carregam consigo ideais de maternidade/paternidade (com valores) permeados por princípios que indicam como comportamento desejável dos pais aquele onde o cuidado da criança é afastado de quaisquer riscos. Assim, não se aceita facilmente a possibilidade de exposição ao risco, mesmo que controlado, da criança de mãe com HIV (KNAUTH, 2002).

Em contraponto, Barsted (1999), acredita em uma tendência, seja de forma lenta ou rápida, de incorporar na legislação dispositivos menos preconceituosos no que concerne à sexualidade e à reprodução, em reconhecimento a igualdade e equidade entre homens e mulheres, denotando que as ambigüidades nesses campos, presentes até os dias atuais, são fruto da própria sociedade brasileira.

Contudo, a aids permitiu que a sexualidade passasse a ser discutida de forma mais explícita em toda a sociedade, obrigando a repensar a reprodução mediante a infecção por HIV, numa discussão mais ampla, que não se esgota no direito de ter ou não filhos (BARSTED, 1999).

Barbosa (1999), mostra ser necessário discutir a aids e seu enfrentamento, buscando compreender os papéis de gênero e as implicações que esses têm nas relações entre homens e mulheres, como também alerta para a não dissociação entre a rápida disseminação de HIV nas mulheres e a falta de responsabilidade de programas de saúde pública voltados para as mesmas.

Com a redemocratização do país, nas décadas de 70 e 80, a discussão sobre a sexualidade e reprodução, englobando questões de natalidade, políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna, aborto e esterilização, foi executada regularmente no Congresso Nacional, motivadas pelas pressões do movimento feminista (BARSTED, 1999). Em consequência, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no sentido de dar um novo olhar e uma nova atenção à saúde da mulher, baseado no princípio da integralidade, implicando no rompimento da visão tradicional sobre essa temática, redimensionando o significado do corpo feminino (OSIS, 1998).

Moura e Silva (2004), comentam o abrangente desenvolvimento das atividades referentes às informações em saúde reprodutiva, em meados da década de 80, mediante a implantação do PAISM. Tais atividades decorreram de treinamentos realizados pelo MS, para profissionais de serviço, com finalidade de desenvolver uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher.

No entanto, a proposta de informações do PAISM, mais abrangentes, participativas e atraentes, parece que foram abaladas por uma descontinuidade ao longo dos anos, quando o discurso oficial que considera este tema como elemento fundamental à promoção da saúde foi mantido, embora aponte para uma falta de concretude e execução nas unidades de saúde e no seio da comunidade (MOURA; SILVA, 2004).

Schor et al (2000), argumentam que a importância do PAISM na abordagem à saúde reprodutiva no Brasil é reconhecida, embora o programa não tenha acontecido efetivamente em todo o território nacional.

2.5 Contracepção e HIV

Na trajetória dos métodos contraceptivos observamos uma evolução no conhecimento e na variedade dos métodos, porém, na contramão desse processo ainda se observa, principalmente na esfera pública, a restrição na disponibilidade desses métodos, uma relação de poder sobre o corpo feminino, seja pelo profissional ou pelo parceiro, e um cuidado deficiente na orientação em planejamento familiar.

De uma forma geral, a prática da contracepção está centrada em dois métodos - a pílula e a ligadura tubária, conforme a última grande pesquisa realizada em 1996. Embora a pílula tenha uma alta eficácia teórica, sua eficácia prática é mais baixa, devido ao uso inadequado desse método, dado que parece contribuir para a incidência de abortos provocados (PANDOLFI; HOEPER, 2003).

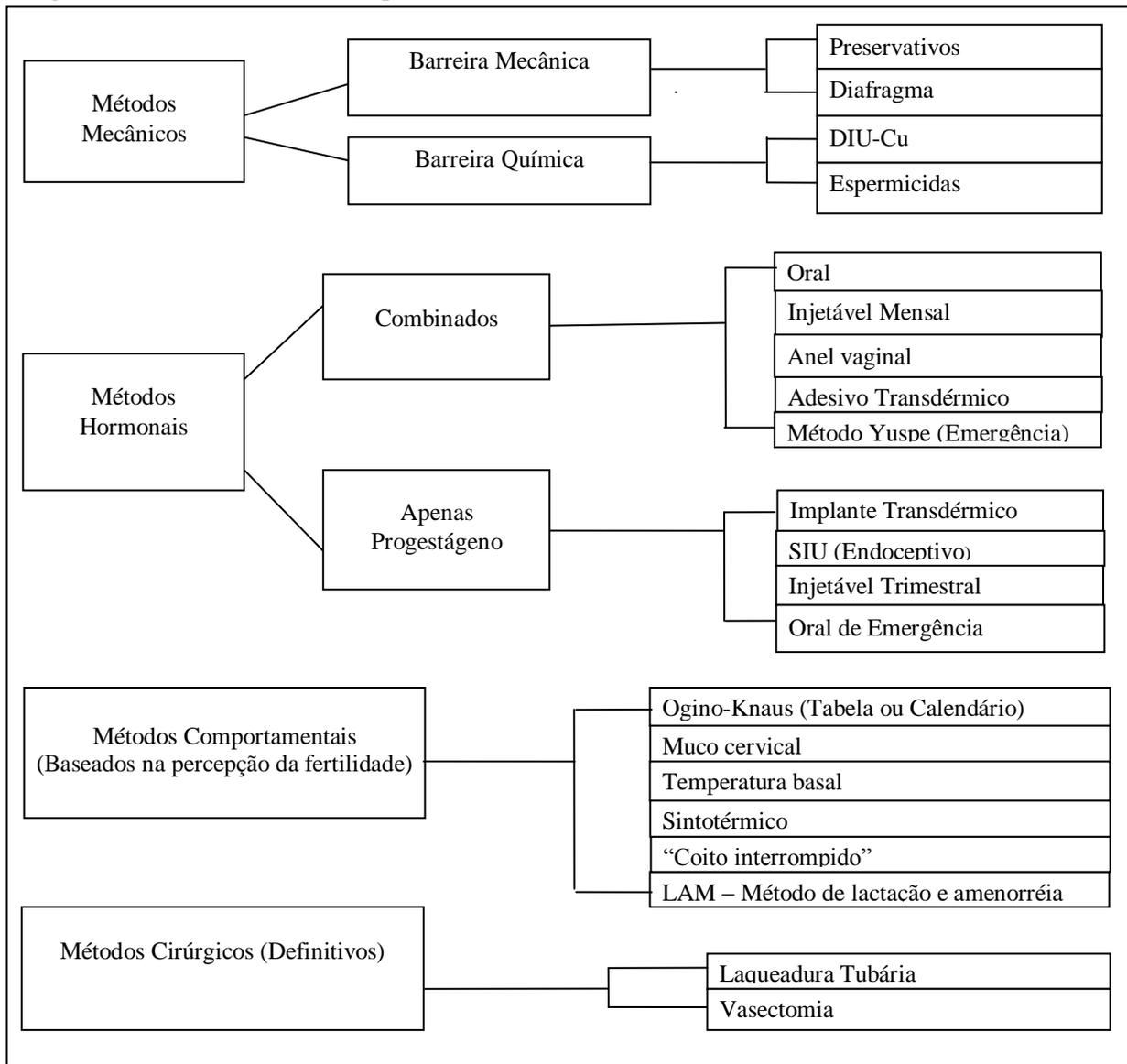
Resgatando brevemente, a contracepção diz respeito à utilização de métodos anticoncepcionais como recurso, usados por homens e mulheres, para evitar a gravidez, e são classificados pela ação que promovem. São divididos nas seguintes classes (Diagrama 1): **métodos mecânicos** com ação promovida por *barreira mecânica*, incluídos os preservativos e diafragmas, ou por *barreira química*, promovida por espermicidas (geléias, óvulos, cremes) e dispositivo intra-uterino de cobre (DIU-Cu); **métodos hormonais**, figuram os anticoncepcionais *combinados* de estrogênio com progestogênio (pílula oral, injetável mensal, anel vaginal, adesivo transdérmico e método Yuspe de emergência) ou *somente de progestogênio* [minipílula oral, injetável trimestral - acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP-D) e enantato de norestisterona (EN-NET), implantes subcutâneos com levonogestrel (LNG) ou etonogestrel (ETG), sistema intra-uterino com liberação de levonogestrel (SIU-LNG) ou endoceptivo e oral de emergência]; vários **métodos comportamentais ou naturais** e **métodos cirúrgicos ou definitivos**, nos quais figuram a laqueadura tubária e a vasectomia (HATCHER, 2001; BRASIL, 2002a; PASSOS; FREITAS; CUNHA FILHO, 2003; FEBRASGO, 2004a; OMS, 2005).

A orientação frente à contracepção é um ingrediente fundamental para a qualidade da atenção em planejamento familiar, posto que ajuda usuários/as na escolha do método anticoncepcional, com base em decisões voluntárias e informadas (FEBRASGOa, 2004).

O HIV/Aids demanda uma série de observações sobre a contracepção, tanto pela pluralidade desse fenômeno, quanto pelas singularidades presentes nas relações que permeiam esse contexto. Assim, alguns trabalhos vêm demonstrando essas particularidades e tem

despertado nas pessoas, principalmente nos profissionais das ciências humanas e da saúde, a necessidade de uma discussão mais abrangente sobre esse cenário, que teima em tentar restringir a questão da contracepção e da concepção aos aspectos puramente biológicos.

Diagrama 1 – Métodos contraceptivos



Fonte: Organizado pela pesquisadora com base em Hatcher (2001), Brasil (2002a), Passos, Freitas, Cunha Filho (2003), FEBRASGO (2004a) e OMS (2005).

No entanto, mediante a insipiente literatura específica que fundamente uma orientação efetiva e de qualidade com fins à contracepção em HIV/Aids, não somente embasada na imposição do uso do preservativo (que é necessário para a prevenção da transmissão do vírus,

mas por vezes aparenta uma cegueira sobre as realidades de pouco uso desse insumo e das gestações presentes em mulheres com HIV), acreditamos ser necessário apresentar informações técnicas substanciadas sobre esse cenário.

A fundamentação para o oferecimento de métodos contraceptivos se baseia na evidência científica sobre sua eficácia (ANEXO A), conhecimento das características de cada método, conhecimento e avaliação de efeitos colaterais, riscos e complicações. Nesse ínterim, as informações técnicas a serem apresentadas farão uma correlação entre os métodos disponíveis e o seu uso pela pessoa com HIV/Aids, com olhar sobre as tecnologias contraceptivas.

A Organização Mundial de Saúde elaborou um manual com critérios médicos para uso de anticoncepcionais, contemplando as principais recomendações nessa área, emitidas durante reunião de um Grupo de Trabalho, em 2003, para atualização das recomendações anteriores, publicada em 2000. Da elaboração desse documento, baseado em informações clínicas e epidemiológicas mais recentes fez parte 18 países, dentre eles o Brasil, e observa-se o olhar sobre o progresso e a evidência científica das tecnologias anticonceptivas, o cuidado em apontar o respeito aos direitos reprodutivos, como também a reflexão sobre as considerações dos critérios sociais que devem existir e sobre a preferência que deve ser da/o usuária/o, posto que as eleições de anticoncepcionais pelas mulheres geralmente estão impostas ou limitadas, seja de forma direta ou indireta, por fatores sociais, econômicos e culturais (OMS, 2005).

A menção ao referido manual se faz necessária, por encontrar nesse instrumento o referencial para a apresentação deste capítulo. Poucos escritos sobre a associação de métodos anticoncepcionais e HIV/Aids são disponíveis, ou sintetizados de forma operacional clara, e pautados em evidência científica que consubstancie sua legitimação e sirva de guia ao trabalho do profissional de saúde que cuida da orientação em planejamento familiar. Para tanto, apresentaremos com base nas diversas recomendações contidas na publicação, àquelas que detalham o uso anticoncepcional em três condições de HIV/Aids, quais sejam: alto risco de HIV, infecção por HIV e aids com TARV (cl clinicamente bem ou em tratamento antiretroviral - TARV).

Esses critérios não são considerados uma norma estrita, mas uma recomendação, que deve considerar as diversas realidades de cada país, ou seja, seus contextos sociais, culturais e as condutas de cada pessoa (OMS, 2005).

Propondo assegurar uma margem adequada de segurança no uso de diferentes métodos, são definidas quatro **categorias de critérios de elegibilidade médica**:

Categoria 1 – O método é usado sem restrições;

Categoria 2 – O método pode ser usado, mas necessita de seguimento cuidadoso (Benefícios superam os riscos);

Categoria 3 – O uso do método não é recomendado, devendo ter em conta a gravidade da situação, o uso só é aceitável a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis. Requer um seguimento cuidadoso (Riscos superam os benefícios);

Categoria 4 – O método não deve ser usado.

Visando entendimento e otimização das informações sobre anticoncepção e HIV/Aids, apresentaremos os seguintes quadros que retratam esses critérios:

Quadro 1 - AOC e HIV/Aids

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS (AOC)		
CONDIÇÃO	CATEGORIA	EVIDÊNCIA
ALTO RISCO DE HIV	1	Em termos gerais, a evidência é contraditória com respeito à existência de maior risco de infecção por HIV em usuárias de AOC, em comparação com aquelas que não o usam.
INFECÇÃO POR HIV	1	Uma quantidade limitada de evidência sugere que não existe associação entre o uso de AOC e mudanças nos níveis de CD4 entre mulheres HIV positivas. Mesmo assim, é limitada a evidência que demonstra a ausência de uma associação entre o uso AOC e a transmissão do HIV de mulher a homem, e traz resultados variados no que diz respeito a um maior risco de transmissão de HIV e HVS (vírus herpes simples) entre as mulheres HIV positivas que usam anticoncepcionais hormonais.
AIDS C/ TARV	1 2	Se uma mulher usa tratamento antiretroviral (TARV), podem existir interações medicamentosas (ver quadro 6).

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

Quadro 2 - AIC e HIV/Aids

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC)		
CONDIÇÃO	CATEGORIA	EVIDÊNCIA
ALTO RISCO DE HIV	1	----
INFECÇÃO POR HIV	1	----
AIDS C/ TARV	1 2	---- Esclarecimentos: Se uma mulher usa tratamento antiretroviral (TARV), podem existir interações medicamentosas (ver quadro 6).

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

Quadro 3 - PP, AMP-D, EN-NET, LVG/ETG e HIV/Aids

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGENIO ou PÍLULAS PROGESTÍNICAS (PP), ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS DE PROGESTOGENIO (AMP-D – acetato de medroxiprogesterona de depósito e EN-NET – enantato de norestisterona), IMPLANTES DE ETONOGESTREL E DE LEVONOGESTREL (ETG/LVG).		
CONDIÇÃO	CATEGORIA	EVIDÊNCIA
ALTO RISCO DE HIV	1	Em termos gerais, a evidência é contraditória com respeito à existência de maior risco de infecção por HIV em usuárias de anticoncepcionais hormonais, em comparação com aquelas que não o usam.
INFECÇÃO POR HIV	1	Os estudos são contraditórios com respeito à existência de risco aumentado de transmissão de HIV e HVS entre mulheres HIV-positivas que usam AMP-D.
AIDS C/ TARV	1 2	---- Se uma mulher usa tratamento antiretroviral (TARV), podem existir interações medicamentosas (ver quadro 6).

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

Quadro 4 - DIU e HIV/Aids

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) [DIU-Cu (DIU de cobre) e DIU-LNG (DIU liberador de levonogestrel)]		
CONDIÇÃO	CATEGORIA	EVIDÊNCIA
ALTO RISCO DE HIV	2	Entre as mulheres com risco de HIV, o uso de DIU de cobre não aumentou o risco de infecção por HIV.
INFECÇÃO POR HIV	2	Entre as usuárias de DIU, há evidência limitada que demonstra aumento no risco de complicações gerais ou complicações relacionadas com a infecção, comparando-se mulheres HIV-positivas com mulheres não infectadas.
AIDS C/ TARV	3 2	Esclarecimentos para a continuação: Deve-se controlar atentamente o aparecimento de infecção pélvica nas usuárias de DIU com aids.

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

Quadro 5 - Condom, espermicida, diafragma e HIV/Aids

MÉTODOS DE BARREIRA (C – condons masculinos e femininos, E – espermicida D – diafragma)				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			EVIDÊNCIA
	C	E	D	
ALTO RISCO DE HIV	1	4	3	O uso repetido e em altas doses do espermicida nonoxinol-9 esteve associado com um incremento de risco de lesões genitais, as quais podem aumentar o risco de adquirir infecção por HIV. Se assinala categoria 3 para o uso do diafragma devido a preocupação sobre o espermicida que aumenta o risco de transmissão já presente nesses dois métodos.
INFECÇÃO POR HIV	1	4	3	
AIDS C/ TARV	1	4	3	

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

Quanto à contracepção definitiva, a esterilização, seja masculina ou feminina, por ser um método cirúrgico irreversível, requer um cuidado especial buscando assegurar uma escolha

voluntária e informada por parte do usuário e da usuária, com atenção especial às pessoas jovens, indivíduos com transtornos mentais e mulheres nulíparas, levando em consideração as leis nacionais e as normas para a realização dos procedimentos de esterilização (OMS, 2005).

Salienta-se que a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, dispõe sobre o planejamento familiar e regula no país a permissão para a esterilização voluntária, mediante situações e condições determinadas (FEBRASGO, 2004a).

A OMS (2005), define que para os casos em que não haja nenhuma restrição absoluta para elegibilidade desse método, devem ser consideradas certas precauções, que são classificadas em categorias que recomendam as seguintes ações a serem tomadas:

A - ACEITAR: Não há razões médicas para negar a esterilização a uma pessoa nesta condição;

C - CUIDADO: O procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precauções adequadas;

R - RETARDAR: O procedimento deve ser retardado para que uma condição seja avaliada e/ou corrigida. Devem ser oferecidos métodos temporários alternativos de anticoncepção.

E – ESPECIAL (ENCAMINHE): O procedimento deve ser encaminhado a um centro médico onde uma equipe cirúrgica experiente possa realizar o procedimento em um ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. Devem ser oferecidos métodos temporários alternativos de anticoncepção.

Novamente, esclarece-se que esses critérios não são considerados uma norma estrita, mas uma recomendação, que deve considerar as diversas realidades de cada país, ou seja, seus contextos sociais, culturais e as condutas de cada pessoa (OMS, 2005).

Quadro 6 - Esterilização Cirúrgica e HIV/Aids

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA (FEMININA e MASCULINA)		
CONDIÇÃO	CATEGORIA	EVIDÊNCIA E ESCLARECIMENTOS
ALTO RISCO DE HIV	A	Não são necessários exames de rotina. Devem-se observar cuidadosamente os procedimentos apropriados para a prevenção de infecções, incluídas as precauções universais em todo procedimento cirúrgico. Recomenda-se o uso de condons depois da esterilização.
INFECCÃO POR HIV	A	
AIDS C/ TARV	E	Se a mulher ou o homem tem atualmente uma enfermidade relacionada com a aids, o procedimento deve ser retardado.

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

Permanecendo sob a mesma linha de descrição, pautada nos critérios de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos (OMS, 2005), devemos destacar as interações medicamentosas resultantes da associação entre a terapia antiretroviral e os métodos anticoncepcionais. O quadro 7 (sete) expõe a categorização do tratamento antiretroviral para cada método anticoncepcional, apresentado na figura 1, com a respectiva evidência descrita. Salientam-se, no anexo B as interações medicamentosas, evidenciadas até o momento, entre ARV e AOC, por ser o método contraceptivo mais usual.

Quadro7 – Anticoncepcionais e interações farmacológicas com terapia antiretroviral

MÉTODO	CATEGORIA	EVIDÊNCIA DA TARV
a) AOC	2	Relaciona-se ao ARV em uso, cabendo destacar que os antiretrovirais têm o potencial tanto para diminuir como para aumentar a biodisponibilidade dos hormônios esteróides nos anticoncepcionais hormonais. Esclarecimentos: Os dados disponíveis são limitados, mas sugerem prováveis interações farmacológicas entre os ARV (particularmente alguns inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa e inibidores da protease) e os anticoncepcionais hormonais. Se uma mulher com tratamento ARV decide iniciar ou continuar o uso de anticoncepcionais hormonais, deve ser aconselhado paralelamente o uso de condons para prevenir a transmissão do HIV.
b) AIC	2	Esclarecimentos: Desconhece-se o comprometimento na efetividade dos anticoncepcionais injetáveis de progestogênio (AMP-D e EN-NET), já que estes métodos proporcionam níveis de hormônio no sangue maiores que os anticoncepcionais orais (AOC e PP). Aconselhar paralelamente o uso de condom para prevenir a transmissão do HIV. Este método pode compensar qualquer redução possível na efetividade da anticoncepção hormonal.
c) PP, AMP-D e EN-NET, IMPLANTE (LNG/ETG)	2	Esclarecimentos: Os dados disponíveis são limitados, mas sugerem prováveis interações farmacológicas entre os ARV (particularmente alguns inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa e inibidores da protease) e os anticoncepcionais hormonais. Se uma mulher com tratamento ARV decide iniciar ou continuar o uso de anticoncepcionais hormonais, deve ser aconselhado paralelamente o uso de condons para prevenir a transmissão do HIV.
d) DIU-Cu DIU-LNG	2 / 3 2 / 3	Esclarecimentos: Não se conhece nenhuma interação entre o tratamento antiretroviral e os DIU. No entanto, a aids é uma condição de categoria 3 para a inserção e de categoria 2 para a continuação, a menos que o estado clínico da mulher sob TARV seja satisfatório.
e)Condom	1	----
Espermicida	1	----
Diafragma	1	----

Fonte: Construído pela pesquisadora com base em OMS (2005).

2.6 Concepção e HIV

Normalmente, a reprodução remete à idéia de continuação da vida, permeando relações entre homens e mulheres que apontam para o exercício de papéis de maternidade e paternidade, representando a conjugalidade existente.

Os direitos reprodutivos e sexuais já comentados anteriormente, incluem o direito sobre as escolhas relativas à reprodução, isentas de quaisquer discriminações, coações ou violência (PORTELLA, 2002).

O contexto do HIV/Aids remete a uma reflexão acerca desses direitos, posto que, da discussão sobre desejo e possibilidade de ter filhos por um indivíduo com HIV, emergem algumas questões como respeito aos direitos individuais, por um lado, e aos direitos da criança que vai nascer, por outro. Nessa última questão, aparece as reflexões sobre condições de vida e saúde futura da criança e dos pais (ROHDEN, 2002).

Alerta-se para esse difícil dilema, que necessita de uma profunda e delicada reflexão, quando se considera que as representações e os valores associados à possibilidade de uma pessoa com HIV reproduzir é um dos aspectos mais significativos relativo ao desejo de ter filhos (ROHDEN, 2002).

Concordamos com Barsted (1999), quando ressalta as ambigüidades existentes no país entre os discursos de liberdade e repressão, característicos dos debates que envolvem pensar a família, a sexualidade e a reprodução, e nesse contexto enxerga a necessidade de aprofundar a compreensão que marca os impasses do campo democrático, onde aparecem traços de uma cultura com forte tendência autoritária e hierarquizante, resultante de referências culturais distintas que se opõem entre o tradicional e o moderno.

A reprodução frente ao HIV aponta para uma articulação na discussão da prevenção da transmissão vertical, dos direitos sexuais e reprodutivos e da reprodução assistida.

2.6.1 Transmissão vertical do HIV (TV-HIV)

Das três milhões de mulheres que dão à luz no Brasil, tem-se uma taxa de prevalência de 0,42% de mulheres portadoras de HIV, segundo estudo realizado em 2004. São estimadas cerca de 13 mil parturientes infectadas, evidenciando-se a necessidade do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (BRASIL, 2007c). Com o aumento dos casos entre as mulheres na faixa etária reprodutiva, aparecem as exigências de estratégias de assistência e prevenção nessa população, com destaque para o aumento da cobertura de testagem e uso da profilaxia da prevenção da transmissão vertical (ARAÚJO; VIEIRA; BUCHER, 2006).

Cada vez mais mulheres são infectadas pelo vírus HIV, passando estas a representar uma ameaça para o nascimento de crianças infectadas (BARBOSA, 1999). No Brasil a relação homem/mulher nos casos de aids vem apresentando mudanças, com uma tendência à predominância das mulheres nos casos novos, diminuindo a razão entre os sexos. Em 1986 essa razão foi de 15,1 homens por mulher, e em 2005 ficou em 1,5 (BRASIL, 2006a).

Frente às ações governamentais de incentivo a testagem anti-HIV no pré-natal, têm-se observado a descoberta da infecção pelo HIV durante a gestação, situação de grande impacto em momento de maior vulnerabilidade para a mulher, seja em termos biológicos ou psicológicos. Na categoria de exposição perinatal, observa-se no país a manutenção da redução dos casos devido à transmissão vertical em menores de 13 anos (BRASIL, 2006d), devido à adoção do protocolo de profilaxia de TV, além do incentivo a testagem no pré-natal e a testagem rápida pela chegada da gestante à maternidade.

Barbosa (1999), alerta para o fato de muitas mulheres serem diagnosticadas para HIV (muitas vezes compulsoriamente - durante a gestação, ao procurarem assistência pré-natal), pela introdução da oferta do teste anti-HIV na rotina de pré-natal. E, nesse tocante, Porto e Vargas (2000), comentam sobre a necessidade de impedir e combater a testagem de rotina e compulsória, posto que esta prática nada acrescenta à mulher, em termos de informação e conhecimento, e sabidamente não ajuda a pensar e a tomar decisões.

Acrescenta-se a esses argumentos, altamente plausíveis, a necessidade de enxergar no momento de oferta do teste uma possibilidade de interação do profissional com essas pessoas, gerando um acolhimento consubstanciado em informações que objetivem oportunizar uma reflexão sobre suas vidas e sobre a necessidade de testagem, esclarecendo sobre transmissão do HIV de mãe para filho, prevenção de infecção, métodos contraceptivos, uso de preservativos, aleitamento materno, entre outros.

O aconselhamento pré e pós-teste é prerrogativa fundamental, pois “pode ajudar a pessoa a lidar com as situações de estresse que se apresentam diante da necessidade de realizar o teste anti-HIV”, devendo estar presente nos serviços de atenção à mulher nas várias oportunidades que esta busca a unidade de saúde, seja para planejamento familiar, consulta ginecológica, pré-natal, entre outros atendimentos, e não somente em decorrência da gravidez (ARAÚJO; VIEIRA; BUCHER, 2006, p.18).

Mulheres e homens que vivem e convivem com HIV/aids têm o direito decidir conscientemente sobre ter ou não filhos, fazendo tal escolha com base no máximo de informações possíveis quanto à perspectiva de contaminação de seus bebês e parceiros soronegativos no momento da concepção, pois a maior parte dos casos de infecção pelo HIV em crianças ocorre por transmissão perinatal.

A transmissão do HIV de mãe para filho pode ocorrer na gestação (cerca de 35%), durante o parto (cerca de 65%) e decorrente da amamentação (risco acrescido de transmissão de 7% a 22%), embora se saiba que o período peri-parto represente o momento mais significativo (BRASIL, 2007a). Houve avanços no conhecimento dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical, no uso de antiretrovirais (na gestação, no parto e para o RN verticalmente exposto ao HIV) e do melhor manejo das práticas obstétricas das mulheres nessa condição (GRINSZTEJN, 2002).

A taxa de transmissão vertical do HIV (TV-HIV) ocorre em cerca de 25% das gestações de mulheres infectadas, quando intervenções profiláticas não são realizadas. No entanto, a taxa de transmissão cai para 8,3% se ocorrer a administração da Zidovudina (AZT) na gestação, no parto e no RN (BRASIL, 2007a).

O AZT é muito eficaz na diminuição da transmissão vertical comprovado pelos resultados do protocolo ACTG 076, representando uma redução em torno de 70% nas mulheres com uma condição imunológica ainda preservada. Para àquelas com doença mais avançada os esquemas antiretrovirais potentes, muitas vezes combinados com parto cesáreo, demonstram diminuir o risco da transmissão vertical pelo HIV, embora fatores como carga viral materna (maior determinante), estado imunológico, presença de processos inflamatórios e infecciosos, além de co-infecções e DST possam influenciar no aumento da taxa de transmissão (GRINSZTEJN, 2002).

Entende-se que aos serviços de saúde cabe a tarefa de se preparar para atender e orientar mulheres no que diz respeito ao exercício de sua sexualidade e mediante suas decisões reprodutivas (SANTOS, 2002). Cabe também, no campo das práticas obstétricas, a tarefa de melhorar a qualidade da atenção no pré-natal e durante o trabalho de parto, neste último, buscando a diminuição de procedimentos invasivos e do tempo de rupturas de membranas, que não deve exceder quatro horas, por serem fatores relacionados a maiores taxas de transmissão (GRINSZTEJN, 2002).

O aleitamento materno representa um risco adicional para a transmissão vertical, e por isso, mesmo que o HIV não seja descoberto na gestação, ou no momento do parto, a testagem anti-HIV no momento do puerpério, juntamente com a adoção de AZT para o bebê, poderá representar proteção para a saúde do recém-nato (GRINSZTEJN, 2002). Salienta-se que o AZT deverá ser administrado logo após o nascimento (ainda na sala de parto ou até duas horas após o parto) podendo ser administrado nas primeiras oito horas de vida. Não há comprovação de benefícios com AZT administrado após 48 horas do nascimento (BRASIL, 2007a).

2.6.2 Casais sorodiscordantes

Para fins de definição, a sorodiscordância diz respeito à situação onde uma pessoa que é soronegativa passa a ter um relacionamento com uma pessoa que é soropositiva (REMIEN, 2002). Nesse contexto, a sorodiscordância revela questões da ordem de comportamento sexual, marcada pela heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade.

Coerente ao objeto de estudo, que trata da reprodução e sexualidade na presença do HIV, as considerações que serão tecidas se voltam aos casais bissexuais e heterossexuais, mediante os dados já explicitados que apontam a ocorrência de gestações, mesmo com conhecimento de *status* sorológico positivo, além de dificuldade de negociação e pouco uso do preservativo presentes nas relações estáveis contidas na epidemia de HIV/Aids.

As estimativas sobre o número de casais sorodiscordantes inexistem, assim, como são poucos os estudos que tratam dessa questão, mas a prática dos que trabalham com a aids revela

que esses casais têm em comum vários aspectos que fazem parte da relação de casais onde os cônjuges são positivos (KNAUTH, 2002).

O aconselhamento quanto às escolhas reprodutivas de casais com essa característica é importante ferramenta podendo possibilitar diminuir o risco de infecção do parceiro soronegativo, garantir uma vida saudável para a pessoa com HIV, o parceiro e os filhos (MAKSUD, 2002).

Quando se fala em relações sorodiscordantes, devemos lembrar que a prerrogativa de “sexo seguro” é altamente recomendada, igualmente como para outras formas de relações sexuais, entendendo que este significa o uso de preservativos em qualquer relação sexual.

A sorodiscordância é um tema de grande repercussão, demandando para os profissionais de saúde a necessidade de trabalhar com questões como sexualidade, conjugalidade, reprodução, prevenção em situação de parcerias fixas, entre outros temas, assinalando a importante dimensão que é conferida às relações entre profissionais e pacientes.

A existência de terapias efetivas, notadamente desde o advento da terapia antiretroviral, tem aumentado a saúde das pessoas - no seu caráter mais positivo, que enxerga esta como a capacidade de enfrentamento da vida, mesmo com diagnóstico de alguma patologia -, e quando os indivíduos passam a viver com saúde renovada e mais qualidade de vida, estes começam a buscar mais relações sexuais num contexto de parceria estável (REMIEN, 2002).

É importante refletir que a maioria das transmissões sexuais do vírus HIV ocorre no contexto de relações estáveis, e se um dos parceiros é soropositivo em uso de terapia antiretroviral e transmitir o vírus para o parceiro soronegativo será observado um aumento da resistência viral, posto que a prevalência de vírus que são mais resistentes aumenta com a transmissão para pessoas que são novas infectadas (REMIEN, 2002).

O Ministério da Saúde afirma que os serviços de atenção à saúde devem, com urgência, se preparar para atenderem e orientarem mulheres com HIV, no que diz respeito ao exercício de sua sexualidade e de suas decisões reprodutivas, e se o desejo for a não gravidez, a eficácia e a conveniência do uso dos métodos contraceptivos deve ser bem orientada antes de optar por um ou mais métodos (BRASIL, 2003a). Entendemos que a inclusão do homem no contexto do planejamento reprodutivo deva ocorrer, deve-se incentivar sua participação nessas discussões e responsabilidades de escolhas para a realidade dos casais, onde a realidade de atendimento parece necessitar conhecer a esfera privada.

Para o caso de sorodiscordância, especificamente aquele onde o homem é soropositivo e a mulher soronegativa, existe a possibilidade de reprodução assistida, com bons resultados já comprovados.

A técnica de “purificação do sêmen” foi desenvolvida na Itália, em 1992, e desde então mais de mil e quinhentos casais HIV discordantes já geraram filhos sem riscos de contaminação materna ou do bebê. A técnica é utilizada em laboratórios de reprodução humana e combina dois procedimentos, chamados Isolate e Swim-up, que tem a finalidade de selecionar os espermatozóides (FAÚNDES, 2002).

A transmissão do HIV por via sexual pode variar em decorrência de fatores como: concentração de vírus no sêmen, número de relações sexuais, presença de lesões vaginais e coexistência de outras DST. No entanto, a transmissão do homem para a mulher decorre da presença do vírus no sêmen, que se constitui de líquido seminal, células não-espermáticas (leucócitos) e espermatozóides, sendo que o HIV não se encontra intracelularmente nos espermatozóides. Assim, a técnica consiste em separar o espermatozóide do líquido seminal e das outras células, para depois introduzi-lo no útero ou no óvulo, respectivamente mediante inseminação artificial ou fertilização *in vitro* (FAÚNDES, 2002).

Quanto à mulher HIV positiva que apresente a intenção de gerar filhos, depois de bem aconselhada para essa questão, atenta-se para o momento ideal, do ponto de vista clínico quanto à saúde individual e a redução da possibilidade de transmissão vertical do HIV, que inclui carga viral baixa ou indetectável, CD4 alto, e ausência de sintomatologia ou doenças oportunistas. Orienta-se a manutenção do uso do preservativo nas relações sexuais, excetuando-se no provável período fértil, período ideal para a tentativa de concepção (BRASIL, 2003a; GRINSZTEJN, 2002).



REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Teoria Humanística de Paterson e Zderad: bases teórico-filosóficas

Optamos pela Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979; 1988) como referencial teórico. A opção é justificada pela abordagem existencial-fenomenológica-humanista que permeia a teoria e ressalta a relação que ocorre entre a enfermeira/o e a pessoa que recebe o cuidado, buscando conceitualizar essa experiência vivida por ambos.

Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad, enfermeiras clínicas e docentes, construíram uma Teoria de Enfermagem sem, inicialmente, objetivarem tal fim. Almejavam desenvolver um processo de cuidado em enfermagem, como método para conceitualizar experiências vivenciadas. No entanto, emergindo da vivência prática das pesquisadoras, foi elaborada a Teoria de Enfermagem Humanística, quando editaram *Humanistic Nursing*, em 1976 - com reedição em 1988, resultante de anos de experiência clínica no cuidado com clientes psiquiátricos (PAULA; SCHAURICH; PADOIN; CROSSETTI, 2004).

A teoria tem origem paradigmática, que advém da filosofia existencial e da fenomenologia, e mantém uma relação entre o existencialismo e a fenomenologia, fundamentando a compreensão do fenômeno redirecionado para a assistência de enfermagem a partir das vivências entre a enfermeira e o cliente.

“Paterson e Zderad buscaram no existencialismo pressupostos para o desenvolvimento da enfermagem e na fenomenologia método para o encontro do cuidado”. A filosofia existencial acredita que as experiências e vivências pelo ser são fenômenos singulares e inexplicáveis, onde a presença da possibilidade de liberdade de escolha e a responsabilidade das atitudes existenciais são marcantes (PAULA; SCHAURICH; PADOIN; CROSSETTI, 2004, p. 426).

As teóricas entendem a enfermagem como uma experiência existencial, por tratar-se de uma experiência que advém da vivência de seres humanos (PATERSON; ZDERAD, 1988). Dessa forma, a situação de enfermagem é experimentada existencialmente como a “coisa em si”,

como encontro entre seres humanos, sendo o fenômeno da enfermagem percebido em seu cotidiano, pelas experiências compartilhadas no tempo e espaço vividos (PAULA; SCHAURICH; PADOIN; CROSSETTI, 2004).

Sob essa perspectiva filosófica, a teoria tem origem no encontro existencial entre enfermeira e cliente, no mundo do atendimento à saúde (LEOPARDI, 1999). Considera-se que a relação pesquisador-pesquisado é aberta e respeita a singularidade da espécie humana, permitindo compartilhar experiências vividas e gerar conhecimento pela sensibilidade e respeito mútuo (PINHEIRO, 1998). Assim, acredita-se que o encontro entre quem cuida e quem é cuidado, no caso enfermeira-pesquisadora e cliente-pesquisado/a, deve considerar o ser humano como único no contexto de suas vivências, e também como um ser que mantém relações com o outro.

Enraizada no pensamento existencial, a enfermagem humanística volta-se para as experiências fenomenológicas dos indivíduos, buscando a exploração das mesmas. Os homens são percebidos como uma estrutura existencial em que a escolha é a chave para o vir-a-ser individual (PRAEGER, 2000).

A enfermagem humanística tem a premissa de que “o homem é produto de suas decisões e de que o objetivo da enfermagem é ajudar o homem a um estar melhor ou a superar-se”, ressaltando que o esforço da enfermagem humanística se direciona a “incrementar as possibilidades da tomada de decisões responsáveis” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.37), numa convergência para as necessidades de cuidados que podem ser observadas na saúde reprodutiva.

Concordamos com Campos (2003) quando aponta para a necessidade de manter a observação sobre o fenômeno, sob o prisma que transcende a técnica e a prática rotineira, direcionando o profissional enfermeiro para uma prática livre de preconceitos e pré-julgamentos, apresentando sensibilidade para assumir um novo olhar sobre as questões às quais o ser humano está envolto.

Conforme Rolim (2003), torna-se necessário averiguar quais os valores, preconceitos, mitos e expectativas que envolvem as relações entre enfermeiro e cliente, entendendo estes como partes do processo entre pessoas, ao qual se entende como enfermagem.

A enfermagem humanística demanda para o profissional enfermeiro um compartilhamento autêntico com o outro, a partir de uma preocupação na presença como uma necessidade cuja meta é o bem-estar ou o vir-a-ser. Decorre da experiência intersubjetiva mediada pelo diálogo, cuja compreensão transcende à noção de enviar e receber mensagens,

implicando numa comunicação sobre chamados e respostas, configurando a enfermagem humanística num tipo especial de diálogo vivo (ROLIM, 2003).

Vários pensadores inspiraram a composição da Teoria Humanística, especialmente o filósofo e rabino Martin Buber, pelas suas idéias existencialistas e humanistas. Buber compôs a obra EU e TU, publicada em 1958, que traz reflexões sobre os tipos de relações essenciais para a existência humana verdadeira, caracterizando as relações entre as pessoas segundo três dimensões: a relação Eu-Tu (sujeito-sujeito), a relação Eu-Isso (sujeito-objeto) e a relação Nós (BUBER, 1974).

A relação Eu-Tu se verifica quando um ser humano se encontra com o outro, reconhecendo a singularidade do outro, marcada pelo diálogo intersubjetivo e intuitivo ao oferecer uma presença autêntica ao outro, como uma atitude de interesse verdadeiro pela pessoa que estamos interagindo. Contrariamente, a relação Eu-Isso, é marcada pelo não encontro. O outro passa a ser visto como um objeto, salientando que o ser humano como objeto pode dar-se a conhecer ou obstaculizar esse conhecimento. E por fim, apresenta-se a relação Nós como um fenômeno de comunhão, traduzido pelo envolvimento de pessoas verdadeiramente interessadas pelo outro, quando as pessoas se unem e lutam por um objetivo comum, representa o “entre” presente nas interações humanas (BUBER, 1974).

A compreensão sobre esses tipos de relações, proposta por Buber, mostrou-se significativa para a prática da enfermagem humanística, focalizando a interação humana no mundo vivido (CARDOSO; PAGLIUCA, 1999).

Para Paula, Schaurich, Padoin e Crossetti (2004) a enfermagem humanística é por si própria um objetivo, visto que, por meio, desta o cuidador possibilita ajudar a si e ao outro no desenvolvimento do potencial humano, adquirindo, mediante a intersubjetividade presente no encontro de cuidado, a possibilidade de escolhas livres e responsáveis, o bem-estar e o estar-melhor.

Dessa maneira, a Teoria de Enfermagem Humanística aponta na direção da descrição do conhecimento originado do encontro de cuidado, como um momento ímpar entre o ser que cuida e o ser que é cuidado.

Nesta Teoria o ser humano tem alguma perspectiva do fenômeno que experimenta, no entanto, quando reconhece e considera a perspectiva particular na qual vivencia, se torna mais aberto à coisa em si. “A singularidade de cada enfermeira determina uma responsabilidade para

compartilhar seu conhecimento particular com outros homens em luta”, e o avanço da prática da enfermagem repousa na necessidade de conceitualização, onde a descrição construída aponta para correção e síntese nesse campo de experiência (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.115).

Portanto, alcançar o significado da “coisa em si”, como fenômeno cotidiano, a partir das experiências compartilhadas entre pessoas que (con)vivem com HIV, no que tange à sexualidade e reprodução, nos converge aos pressupostos e conceituações da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad como norteadores nessa vivência de encontro vivido e dialogado.

Entender o contexto da pandemia de HIV, para um encontro com seres humanos infectados por um vírus que gera uma doença sem cura, faz-nos refletir para a necessidade de uma abordagem que considere as perdas e ganhos às quais essas pessoas estiveram, e estão expostas.

Como a relação temática de investigação (HIV/Aids – sexualidade e reprodução) pode gerar desconfortos, principalmente entre os profissionais de saúde, decorrentes dos constructos arraigados ao surgimento da Aids, nos é posto que esse encontro de investigação por si próprio seria um encontro de cuidado em torno da temática levantada, causando a necessidade de informações relevantes e consistentes.

3.1.2 Metapadigmas na Teoria Humanística de Enfermagem

Os conceitos são elementos significativos para a compreensão de uma teoria, embasando uma ciência na concepção e determinação de sua práxis. Na visão humanística de Paterson e Zderad (1979) os metaparadigmas da enfermagem são os seguintes: seres humanos, saúde, enfermagem e ambiente.

Considera-se a referência de que

“Os seres humanos (paciente e enfermeira) em um encontro (ser e tornar-se), numa transação intersubjetiva (estar com e fazer com), dirigido a uma meta (nutrir o bem-estar e o estar melhor) ocorrendo no tempo e no espaço (como medidos e vividos pela enfermeira e pelo paciente e pela enfermeira) em um mundo de homens e coisas” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.45; 1988, p.21).

Aparecem, portanto, como elementos presentes nos metaparadigmas da estrutura da Teoria da Enfermagem Humanística: bem-estar e estar melhor, potencial humano, transação intersubjetiva, ser e fazer, compromisso autêntico, processo de escolha e intersubjetividade (LEOPARDI, 1999). Destaca-se a existência de uma relação entre elementos, fator que considera a enfermagem como um diálogo vivido.

Os **seres humanos** são vistos a partir de uma estrutura existencial são considerados capazes de fazer escolhas responsáveis em suas vidas, num processo de vir-a-ser através de suas escolhas (PRAEGER, 2000), e vivem nesse processo de vir-a-ser relacionados com homens (relação Eu-Tu) e coisas (relação Eu-Isso), num mundo de tempo de espaço vivos, compartilhado intersubjetivamente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A situação humana proporciona um marco de referência no qual se situa o estado e desenvolvimento da enfermagem humanística, onde enfermeira/o e paciente apresentam modos diferentes de ser ao compartilharem uma situação humana, mesmo que tenham a mesma meta: o bem-estar e o estar melhor (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Saúde é vista como potencial para o bem-estar e estar melhor. Considerada como uma questão de sobrevivência pessoal, num processo de encontrar sentido para a vida na relação com os outros como presença totais (LEOPARDI, 1999).

A relação autêntica com as experiências da vida é entendida como saúde, encontrada na vontade individual de estar aberto para as experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo e emocional. Portanto, dista da descrição de saúde como ausência de doença, há muito ultrapassada.

A **Enfermagem** é percebida como um ato de vida; toma forma pela resposta para uma situação humana a partir da abertura ao encontro de cuidado, fator que favorece o conhecimento existencial do eu e do outro aonde a comunicação que se estabelece permite o compartilhar de vivências, sentimentos e percepções com vistas a escolhas responsáveis (PAULA; SCHAURICH; PADOIN; CROSSETTI, 2004).

A enfermagem alimenta o potencial humano do ser cuidado para a eleição responsável ao co-experimentar e apoiar o processo por ele experimentado, posto que a enfermagem humanística é considerada uma transação intersubjetiva dirigida à nutrição de bem-estar e de estar melhor, incluindo neste material as respostas humanas e inter-humanas (PATERSON; ZDERAD, 1979).

No cotidiano da Enfermagem, teoria e prática se entrelaçam harmoniosa e articuladamente, direcionando o fazer da enfermagem. O uso da teoria humanística pelo profissional enfermeiro, altamente articulada à sua práxis, em resposta ao conhecimento e à necessidade do ser-cuidado, constitui a arte e a ciência da Enfermagem (CAMPOS, 2005).

O conceito de **ambiente**, apesar de não estar claramente definido, encontra-se presente na teoria e a fundamenta. “É algo concebido de forma subjetiva, transcende e vai mais além do espaço físico” (ARAÚJO; PAGLIUCA, 2005, p. 44).

Paterson e Zderad (1979), sugeriram três conceitos, que usados em conjunto, proporcionam a base para a prática da enfermagem: o diálogo, a comunidade/comunhão e a enfermagem fenomenológica.

A enfermagem é considerada como um **diálogo** vivo. O termo diálogo denota um conceito mais amplo, implicando na enfermagem um encontro especial entre seres humanos que acontece em resposta a uma necessidade percebida, pela comunicação entre a enfermeira que espera cuidar e o cliente que espera ser cuidado. Assim, a enfermagem, pelo compartilhar verdadeiro, é descrita como uma experiência intersubjetiva, onde para o desenvolvimento do diálogo estão envolvidos o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A comunidade é um termo abstrato, amplo e de difícil medição. Não representa apenas um espaço físico, sendo compreendido como o local aonde ocorre interações e trocas intersubjetivas, que favorecem o aprendizado e o ser humano encontra razões para sua existência (ARAÚJO; PAGLIUCA, 2005).

É descrito pela situação em que “as pessoas lutam unidas pela sobrevivência, porém a compreensão da comunidade só é possível pela compreensão da singularidade”, e partilham suas experiências e se desenvolvem (LEOPARDI, 1999). Configura-se pela experiência de pessoas, na relação com os outros, em torno de um propósito comum, onde é possível tornar-se pessoa, e onde “as pessoas descobrem significado em suas existências ao compartilharem e relacionarem-se com as outras” (PRAEGER, 2000).

Muito além de estar fisicamente junto, da interação, que é o foco da enfermagem humanística, é que se origina a oportunidade de compartilhar experiências, favorecendo a interação subjetiva ocorrida entre a enfermeira e o cliente, constituindo o significado de comunhão pessoal com a situação humana, componente que representa a forte influência humanística da teoria (ARAÚJO; PAGLIUCA, 2005).

3.1.3 A Enfermagem Fenomenológica

Pensada como um método de inquirição para a solução de problemas do processo de enfermagem, a Enfermagem fenomenológica busca a compreensão da experiência entre a enfermeira e o cliente, de forma que ambos possam estar na situação de cuidado de maneira mais humana (PRAEGER, 2000).

São propostas cinco etapas para a aplicação da Enfermagem humanística ou Enfermagem fenomenológica:

1ª ETAPA - Preparação da enfermeira cognoscente para chegar ao conhecimento: representa o vir-a-conhecer, como uma fase preliminar pela busca do conhecimento de si próprio, para abrir-se para a experiência única entre ele e outro ser humano. Observa-se a necessidade de preparação, expondo-se a uma gama de situações e estudos, buscando tornar seus pensamentos e atitudes mais humanas.

2ª ETAPA – A enfermeira conhece o outro intuitivamente: nessa fase, a busca se dá pela exigência sobre a enfermeira de tentar compreender as experiências vividas pelo outro, estabelecida na relação “Eu-Tu”. Possibilitada pela dilatação da imaginação e permeada pela mobilidade e ritmo do outro, é manifestada como algo que ocorre num plano não puramente objetivo, considerado através de fatores acumulados durante a vida, tais como símbolos, lembranças, percepção” (LEOPARDI et al., 1999).

3ª ETAPA – A enfermeira conhece cientificamente o outro: a partir da interpretação do diálogo intuitivo vivenciado se acrescenta o diálogo científico conhecido, estabelecendo-se a relação “Eu-Isso”. Inclui a conceitualização da experiência, que surge do relacionamento entre as partes, expressa de acordo com seus potenciais humanos, onde o fenômeno é analisado, comparado, interpretado, de acordo com o conhecimento que acumulou. Essa fase favorece o estabelecimento de metas para a reestruturação da prática de cuidado.

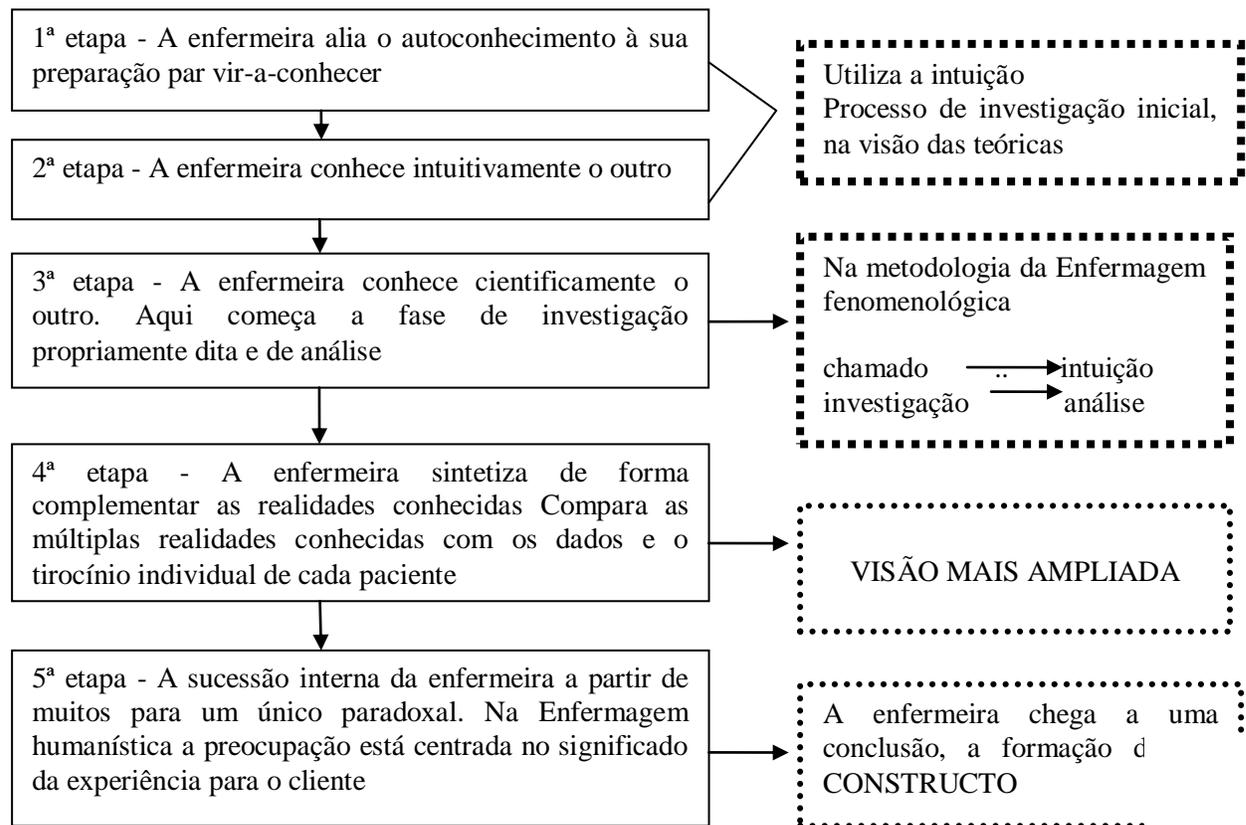
4ª ETAPA – A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas: o enfermeiro compara e sintetiza múltiplas realidades conhecidas que cada um desses outros não pode conhecer particularmente. Pode reconhecer diferenças em realidades similares e

semelhanças em realidades diferentes. É um processo que implica em representações mútuas e a iluminação de uma realidade por outra, de modo que se possa identificar um diagnóstico da situação.

5ª ETAPA – Sucessão de muitos para o único paradoxal como processo interno da enfermeira: É uma fase extremamente necessária, na qual o enfermeiro considera a relação em múltiplas referências, expandindo sua própria visão “angular” e a corrige pelo *insight*, de modo que se expresse como um todo coerente. É uma espécie de refinamento da fase anterior.

Campos (2005), apresenta uma síntese das etapas que compõem o processo da Enfermagem fenomenológica, que ora utilizamos buscando a melhor compreensão dessas etapas.

Diagrama 2 – Síntese do processo de Enfermagem Fenomenológica.



Fonte: Campos (2005).

3.2 O Desenho Metodológico

3.2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. No intuito de alcançar os objetivos propostos nessa investigação, optamos por instrumentalizá-lo pela metodologia da Enfermagem Fenomenológica em suas cinco etapas, utilizando o referencial teórico-metodológico da Enfermagem Humanística, de Paterson e Zderad (1979; 1988).

Definimos a pesquisa descritiva mediante a necessidade de *navegar* por uma situação não conhecida, explorando uma realidade que forneça várias informações, como características, mudanças e regularidades (LEOPARDI, 2002).

A utilização da pesquisa qualitativa se volta para os aspectos subjetivos, podendo responder a questões específicas, em concordância com os objetivos, e dentro de uma realidade que não pode ser quantificada.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão em um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos, ao lidar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2002).

Pope e Mays (2005), argumentam que a pesquisa qualitativa se relaciona às significações sobre as experiências do mundo social atribuídas pelas pessoas, assim como estas compreendem esse mundo, e explora as compreensões subjetivas que dizem respeito à vida diária dos indivíduos.

Corroborando essa assertiva, Leopardi (2002), ressalta o caráter qualitativo de um estudo, ao definir que esse tipo de pesquisa busca a compreensão do problema na perspectiva dos que a vivenciam cotidianamente, com todas as suas facetas, como sentimentos, desejos, surpresas, desapontamentos, satisfação e outras emoções que estejam presentes.

Sob esse ângulo o método qualitativo nos conduziu à construção de respostas aos questionamentos que emergiram e motivaram a necessidade deste estudo sobre o tema em questão, em busca do aprofundamento que possibilitou uma compreensão mais ampla do objeto.

3.2.2 O cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no ambulatório de infectologia, referência no atendimento de pessoas com HIV/aids, situado na cidade de Juazeiro do Norte, interior do Estado do Ceará. O ambulatório faz parte de uma unidade de infectologia que conta fisicamente com mais duas áreas (internamento e hospital-dia) já construídas, mas ainda sem funcionamento.

A referida instituição é referência para atendimento em DST/Aids na região sul do Ceará, atendendo por parceria firmada entre governos municipal, estadual e federal e a Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – FMJ (instituição privada de ensino superior), com gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte. Assiste aos 28 municípios conveniados, por pactuação de células regionais de saúde, além de alguns municípios fronteiriços de estados vizinhos, como Pernambuco e Paraíba.

O atendimento aos usuários acontece no período da tarde em três dias semanais (segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira, sendo este dia reservado exclusivamente para a entrega de medicamentos). Essa atividade faz parte das atribuições da enfermeira da unidade.

Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos infectologistas (2), enfermeira (1) e assistente social (1), que prestam assistência a mais de 270 usuários com HIV/Aids cadastrados (incluindo 10 crianças verticalmente expostas), conforme registros disponíveis na Unidade de Infectologia até o dia 05 de dezembro de 2007. Um profissional de psicologia fazia parte da equipe, mas solicitou seu desligamento no início de 2006, permanecendo até a conclusão da coleta de dados sem esse profissional. Prestam ainda assistência médica nessa unidade um oftalmologista e uma ginecologista, estando suas ações em fase de organização. Estes são preceptores da FMJ e realizam o atendimento como parceria para aperfeiçoar o campo de estágio da instituição.

A escolha por esse cenário ocorreu em virtude do mesmo ser um serviço de referência ambulatorial que mantém em seu quadro pessoal uma equipe multidisciplinar, área física adequada, de fácil acesso, além de manter um número elevado de clientes atendidos, fator que facilita o acesso aos sujeitos do estudo.

Anteriormente à coleta de dados, estabelecemos um momento de aproximação com o campo de investigação. Para tanto, essa fase contou com a apresentação aos profissionais atuantes na unidade ambulatorial, quando foi exposto o projeto da pesquisa à Coordenadora da Unidade e

solicitamos autorização para o desenvolvimento do estudo (Apêndice A), como também solicitamos a nossa permanência no serviço, no período correspondente ao encontro com os usuários e à coleta dos dados.

3.2.3 Sujeitos da pesquisa

Fizeram parte deste estudo dezesseis (16) pessoas que convivem com HIV, sete (7) homens e nove (9) mulheres, atendidos/as no ambulatório de infectologia pesquisado.

Tendo a pesquisa um caráter qualitativo, destacando o fato de o mais importante não estar focalizado no número de vezes que uma variável aparece, mas sim a percepção, compreensão e vivência dos participantes da pesquisa, estabelecemos as seguintes características para a participação dos sujeitos no estudo: conviver com HIV; declarar ter orientação sexual bissexual ou heterossexual, visto que o interesse da presente pesquisa volta-se aos aspectos sobre a saúde sexual e reprodutiva no que se refere ao planejamento da mesma; ter maioria civil, dentro da faixa etária de 18 a 65 anos para homens e de 18 a 49 anos para mulheres, correspondendo respectivamente à idade adulta e à idade reprodutiva; ser acompanhado/a pelo serviço campo de investigação; aceitar participar da pesquisa voluntariamente.

Foram excluídas do estudo as pessoas que não apresentaram as características citadas acima, pessoas impossibilitadas de dialogar, pessoas que supostamente indicassem suspeitas ou risco, como também aquelas com dano cognitivo que inviabilizasse a compreensão das questões investigadas. Sendo assim, a pesquisa teve um caráter de intencionalidade na composição da amostra, coerente ao objeto de estudo.

3.2.4 Posicionamento ético

Durante a pesquisa, estivemos comprometidos em atender as normas e exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, regulamentadas na Resolução 196/96, do

Conselho Nacional de Saúde, referente às questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Leopardi (2002), argumenta o mérito da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, ao dar ênfase aos compromissos éticos com os indivíduos envolvidos na pesquisa.

Em respeito às exigências dispostas na referida Resolução, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará, recebendo parecer favorável na reunião de 24 de maio de 2007, mediante o Protocolo COMEPE nº 95/07 (ANEXO C).

Após a aprovação do projeto, visitamos o ambulatório de infectologia, a fim de um encontro com os sujeitos do estudo, momento em que iniciamos nossa permanência na instituição buscando o estabelecimento de contato com os mesmos, criando-se a oportunidade de aproximação e diálogo com essas pessoas. Seguido ao primeiro contato, realizamos o convite à participação no estudo, mediante o uso da técnica de entrevista, ocorrida conforme a aceitação e disponibilidade de cada sujeito.

Foi apresentado a cada sujeito do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), apontando os rumos da pesquisa, seus objetivos e métodos, direitos pertinentes aos sujeitos, explicitando os aspectos quanto ao anonimato - sigilo de identidade - e a autonomia, mediante a decisão voluntária em participar ou não da investigação pela assinatura do referido Termo. Buscando assegurar o sigilo garantido quanto à identidade dos entrevistados, optamos por utilizar como pseudônimos nomes de origem Tupi, em substituição aos seus verdadeiros nomes, que designam relação com a natureza, em analogia a origem da vida, das causas, dos fenômenos, da essência, da beleza, do encantamento e da liberdade. Não intencionamos relacionar o significado de cada nome escolhido ao da pessoa que foi assim denominada. Acrescentamos, ainda, a letra M ou F em referência ao sexo Masculino e ao sexo Feminino, visando ajudar na apresentação e análise dos dados.

Foram observados os referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, contidos na mencionada Resolução (BRASIL, 1996).

3.2.5 Detalhando a coleta e o processo de análise de dados

A pesquisa qualitativa, freqüentemente, emprega diversos métodos, que envolvem uma aplicação lógica, planejada e meticulosa para a coleta dos dados, precedente a uma análise cuidadosa, ponderada e rigorosa (POPE; MAYS, 2005).

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de junho a novembro de 2007, perfazendo seis meses de inserção no serviço e de encontro com as pessoas pesquisadas. Inicialmente havíamos programado um período de coleta de dados menor, porém a suspensão do atendimento durante semanas alternadas nos meses de julho e agosto, decorrente de paralisação para negociação da parceria na gestão do serviço, contribuiu para o prolongamento desse prazo.

Destacamos que foi necessário o estabelecimento de três momentos para essa fase da investigação, em concordância às cinco etapas da Enfermagem fenomenológica, com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979).

O *primeiro momento* correspondeu à preparação da enfermeira/pesquisadora para vir-a-conhecer. Essa fase correspondeu à nossa busca pelo conhecimento de si para abertura à experiência entre ela e outro ser humano, permeada por introspecção, leituras e diálogo com a equipe de saúde da instituição fonte da investigação.

O *segundo momento* correspondeu ao conhecimento intuitivo da enfermeira/pesquisadora ao iniciar a coleta dos dados. Essa fase representa a fase inicial do processo de enfermagem fenomenológica, tendo ocorrido à aproximação com o campo e com os sujeitos da pesquisa, nas dependências da unidade de infectologia.

Após esse momento de interação e diálogo pesquisadora-cenário-sujeitos, foi apresentado aos sujeitos do estudo o objetivo da nossa presença na unidade, o objetivo da pesquisa, como também o convite a fazerem parte da investigação, salientando os aspectos éticos constantes na Resolução 196/96. Este momento foi fundamental para integração da pesquisadora com os sujeitos do estudo e com as ações desenvolvidas e rotinas da unidade, identificando os usuários atendidos diariamente e favorecendo a aproximação com as pessoas a serem pesquisados, além de favorecer o agendamento dos encontros necessários para realização da entrevista.

Pope e Mays (2005), salientam que toda investigação científica toma como base o método observacional, em que a primeira tarefa é a escolha (tipicamente intencional) e o acesso ao campo de investigação, sendo que o impacto causado pela presença de um observador poderá ser reduzido se este participa das atividades ao observá-la.

Utilizamos como técnicas de investigação: observação livre, durante a permanência na unidade de infectologia, utilização de diário de campo durante todo o processo, consulta aos prontuários de atendimento, para subsidiar a enfermeira/pesquisadora na composição da amostra e busca de dados que contribuíssem na compreensão do fenômeno, e entrevistas semi-estruturadas.

A *observação livre ou não estruturada* deu-se com vistas a conhecer, por meio deste instrumento útil, o olhar sobre o atendimento à clientela e o comportamento da mesma durante a assistência, onde os aspectos emergiram espontaneamente, com relação ao objeto de estudo, foram anotados pela pesquisadora. Essa técnica foi utilizada durante todo o período de coleta dos dados.

Polit, Beck e Hungler (2004), argumentam que esse tipo de observação pode propiciar um entendimento mais rico dos comportamentos humanos e das situações sociais.

Pope e Mays (2005), acreditam que o registro do material observacional é essencial e deve ser efetuado tão logo seja possível, através de relatos detalhados e descritivos, organizados de forma cronológica. Argumentam, ainda, a necessidade que o pesquisador tem de registrar suas impressões, sentimentos e reações pessoais às observações descritas, sendo esses dados mais reflexivos, registrados num diário de campo.

A *consulta aos prontuários* proporcionou familiarização com os dados dos usuários do serviço em questão, com vistas à obediência às características de participação dos informantes do estudo, bem como serviu para coleta dos dados iniciais para caracterização dos sujeitos da pesquisa, como idade, estado civil, escolaridade, naturalidade, além de dados relacionados à descoberta e viver com HIV, tais como: forma de contaminação; motivo, tipo e data da primeira sorologia; data início da TARV; TARV em uso, entre outros. Esse meio mostrou-se necessário à otimização das informações relevantes que foram abordadas na entrevista.

Quanto à técnica de *entrevista*, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice C). A escolha dessa técnica deveu-se ao fato de ser conduzida tendo como base uma estrutura solta, consistindo inicialmente de questões abertas que definem a área a ser explorada, e “a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes” (POPE; MAYS, 2005, p.22).

Salienta-se que a entrevista em pesquisa qualitativa objetiva conhecer a estrutura de sentidos própria do entrevistado sendo, portanto, tarefa da pesquisa conduzi-la, evitando impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado (POPE; MAYS, 2005).

A entrevista consentida pelos sujeitos foi gravada em equipamento eletrônico de áudio e seu roteiro dividido em três partes: a primeira composta por questões que caracterizaram os sujeitos do estudo e a segunda por dados referentes à descoberta do HIV, etapas subsidiadas por informações constantes do prontuário de atendimento e pelas informações dadas pelo sujeito do estudo; a terceira parte foi guiada por questões norteadoras, listando-se os aspectos concatenados ao objeto de estudo.

Para *validação da entrevista*, lançamos mão de duas entrevistas-piloto, realizadas com dois usuários (um homem e uma mulher). Salientamos que estas entrevistas não compuseram os dados analisados, serviram para adequação do roteiro de entrevista proposto e da postura de encontro que necessitaríamos, configurando-se em base para ajuste desta etapa metodológica, sendo o resultado usado no aprimoramento das técnicas de coleta de dados.

Turato (2003), considera que a entrevista-piloto configura o instrumento de pesquisa construído e aplicado para avaliar se os seus componentes foram entendidos claramente pelo sujeito-alvo do estudo, além de evidenciar se esse instrumento de coleta se mostra adequado e suficiente para a coleta de dados.

Todos os encontros ocorreram no turno da tarde, de acordo com a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora. Utilizou-se sala disponível na própria unidade, sendo o ambiente físico preparado previamente para tal, verificando-se: posicionamento de poltronas, ventilação do ambiente, ruídos na sala, possibilidades de interrupção da entrevista e privacidade ofertada ao entrevistado/a.

Ressaltamos que não consideramos conveniente estipular tempo para a realização da entrevista, tendo em visto aos pressupostos da teoria Humanística de Enfermagem, no estabelecimento da relação Eu-Tu. Assim, os entrevistados tiveram tempo de se expressar livremente sobre suas vivências.

A princípio acreditávamos que seria inevitável a realização de visitas domiciliares neste momento de coleta, pensando que essa ação poderia favorecer um encontro mais efetivo com os usuários, além da captação de elementos que poderiam passar despercebidos na unidade de infectologia. Contudo, com a aproximação com os usuários, percebemos as dificuldades que enfrentaríamos com a ação de visita domiciliar, uma vez que o desconhecimento do *status* sorológico de inúmeras pessoas que vivem com o HIV, acompanhadas pelo serviço em questão, está presente no contexto familiar, fator confirmado na etapa seguinte da investigação.

Entretanto, consideramos que devido à boa ambientação do campo de investigação e à adoção dos pressupostos da Teoria Humanística a entrevista requerida, e o encontro proposto não formam afetados.

Devemos lembrar que o conceito de ambiente vai mais além do espaço físico, é concebido de forma subjetiva e transcendente (ARAÚJO; PAGLIUCA, 2005). Portanto, verificamos não haver necessidade de estabelecer o número de encontros necessários para a coleta dos dados, nem tão pouco a duração da entrevista. Buscou-se o diálogo genuíno de que trata a Teoria.

O conceito de comunidade presente na Teoria Humanística, proveniente do termo *community*, é utilizado tanto para designar o fenômeno da comunidade, considerado como espaço geográfico onde as pessoas com interesses comuns se reúnem e lutam por seus objetivos, como também apresenta o significado de comunhão, como sendo união de idéias, opiniões e sentimentos presentes no partilhar da relação humana, que ocorre pelo encontro verdadeiro entre enfermeira/pesquisadora e cliente (PAGLIUCA; CAMPOS, 2003).

No entanto, fez-se necessário prever a ocorrência de um encontro sucessivo para confirmação dos dados já coletados, ou ainda, caso houvesse necessidade, de retomar pontos importantes para satisfação das informações sobre a temática levantada e esclarecimento de dúvidas deixadas em encontro anterior. Esse encontro posterior foi facilitado pelo tempo de permanência da pesquisadora na unidade, o que proporcionou o re-encontro com todos os sujeitos que vinham em busca de consulta com os profissionais da equipe ou de medicação.

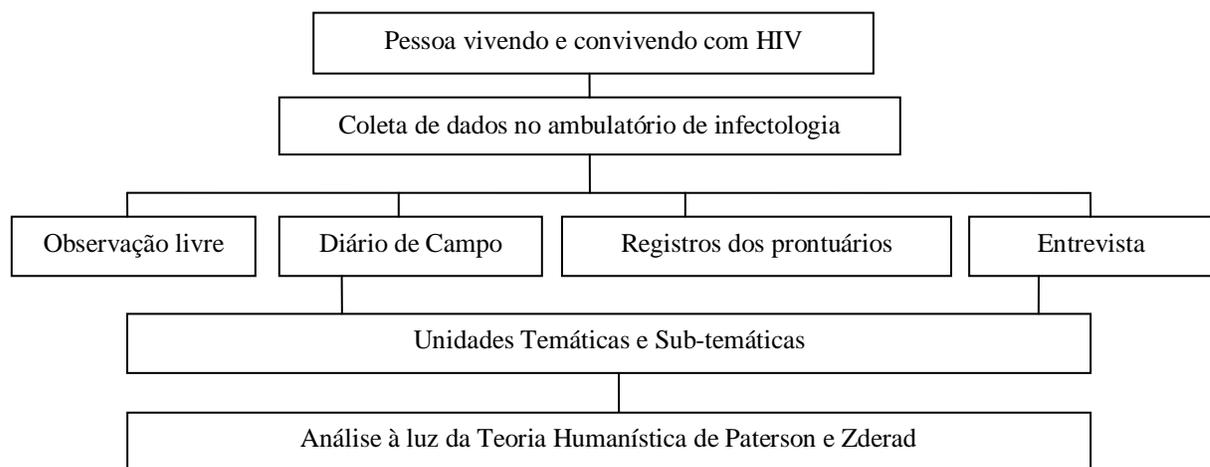
O encerramento da coleta dos dados deu-se por saturação dos dados, fundamentada na assertiva de que esta condição aparece quando se atinge a redundância de informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Em corroboração, Bauer e Gaskell (2002), afirmam que quando temas comuns começam a aparecer, juntamente com uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno, dá-se conta do ponto de saturação do número de entrevistas necessários para proceder à compreensão proposta.

O *terceiro momento*, com base na teoria humanística, corresponde à análise dos dados provenientes do primeiro e segundo momentos, captados por meio de observação livre, entrevista e registro em diário de campo, refletindo a terceira, quarta e quinta etapas do processo de Enfermagem fenomenológica, descritas no capítulo 3 (três) e esplanada a sua realização nos capítulos 5 (cinco) e 6 (seis) correspondente à preparação e à análise dos dados.

Os dados registrados em diário de campo, decorrentes da observação livre, foram compreendidos e descritos, com enfoque nas relações interpessoais entre a pessoa que convive com HIV e a pesquisadora. As entrevistas foram ouvidas e transcritas na íntegra, quando adotamos a tarefa de ler e reler esses materiais exaustivamente, para submetê-los à análise de conteúdo nas três etapas preconizadas por Bardin (2004).

A análise de conteúdo, sinteticamente, trata da pré-análise (leitura flutuante do material), da exploração do material (leituras exaustivas, necessárias ao aprofundamento sobre o material, buscando a análise em termos de operação de codificação, desconto ou numeração), com a composição final das unidades temáticas. Bardin (2004, p. 99) descreve que “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. O tratamento e interpretação dos dados foram organizados à luz dos pressupostos conceituais da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

Diagrama 3 - Síntese da Metodologia



3.3 Rumo ao desconhecido

3.3.1 Preparação Para Vir-a-Conhecer

A primeira etapa da Enfermagem fenomenológica da Teoria Humanística de Paterson e Zderad refere-se à preparação da enfermeira para vir-a-conhecer. Esta etapa diz respeito à preparação da enfermeira/pesquisadora para conhecer o vivenciado pelas pessoas que convivem com HIV sobre sexualidade e reprodução.

Para que os encontros vivenciados junto às pessoas que vivem e convivem com HIV ocorressem conforme os pressupostos da Teoria Humanística, refletindo num diálogo-vivido que proporcionasse compreensão e cuidado sobre as realidades de con-vivência entre casais heterossexuais com HIV, com vistas aos aspectos sexuais e reprodutivos, adentramos num universo de leituras, indagações, busca do fortalecimento interno para buscar o mundo do outro (tu), re-leituras de mundo, do próprio eu e das temáticas entrelaçadas que envolviam nosso estudo (epidemiologia, políticas públicas, direitos sexuais e reprodutivos, sexualidade, transmissão vertical, transmissão horizontal em contexto de parcerias fixas e reprodução, nos aspectos da contracepção e concepção), além da busca da ampliação da compreensão sobre a Enfermagem, pela expressão da ação de cuidar característica dessa ciência.

Várias obras e autores permearam esse processo de preparação interior com inúmeras leituras e re-leituras compreensivas que visavam o fortalecimento do autoconhecimento para o alcance dos objetivos propostos nesta investigação. Paterson e Zderad (1979; 1988) Buber (1974), Araújo e Pagliuca (2005), Campos (2003; 2005), Cardoso e Pagliuca (1999), Leopardi (1999), Pagliuca e Campos (2003), Paula et al.(2004), Praeger (2000) e Rolim (2003). O suporte teórico de suas obras e argumentos ampliaram a compreensão sobre a Teoria Humanística, suas premissas e aplicação desta na prática e na pesquisa em enfermagem.

Pelo contexto desta investigação que trata da sexualidade e reprodução de pessoas que vivem e convivem com HIV, travamos contato com inúmeras pesquisas, livros, artigos, editoriais, manuais, políticas públicas, legislações, protocolos de assistência, relatos de conferências, visitas constantes em *sites* governamentais e não-governamentais, que versavam sobre HIV, Aids, DST, sexualidade, reprodução, planejamento familiar, mulher, gênero, políticas públicas, enfermagem e cuidado, listados nas referências desta obra. Contudo, é necessário destacar a importância de algumas obras e autores fundamentais à condução deste aprofundamento para o ‘vir-a-conhecer’ descrito pela Teoria Humanística de Enfermagem.

Conhecer o campo de investigação também foi fundamental, ajudou na preparação e na condução do encontro de cuidado que travaríamos ao adentrar nesse universo particular de enfrentamento do HIV no contexto da conjugalidade.

3.3.2 Conhecendo intuitivamente as pessoas

Representada como fase inicial do processo de enfermagem fenomenológica, Paterson e Zderad (1979; 1988) referem que o conhecimento intuitivo da enfermeira/pesquisadora dá-se ao iniciar a coleta dos dados. Para tanto, enxergamos a necessidade de aproximação com o campo e com os sujeitos da pesquisa, ocorrida nas dependências da unidade de infectologia.

Dividimos essa fase, correspondente à segunda etapa da Teoria Humanística, em dois momentos que permearam a busca pelo conhecimento intuitivo sobre as pessoas com HIV.

Cabe, no entanto, salientar a necessidade que senti de me preparar também espiritualmente para iniciar essa etapa, buscando dissipar ansiedades e orando para adquirir sabedoria, como preparação para iniciar e conduzir o presente estudo buscando uma preparação íntima com vistas à contribuir com a melhoria do cuidado às pessoas que vivem e convivem com HIV, atendidas no campo de investigação desta pesquisa, acreditando que as mesmas passem por diversas dores e necessitem de intervenção espiritual.

A partir desse momento interior, iniciamos nossa caminhada metodológica de encontro e diálogo com os participantes do estudo, em dois momentos:

Momentos antes da entrevista

Diante da autorização expressa da Coordenadora da Unidade de Infectologia, com conhecimento da equipe multiprofissional que lá atua, e com parecer favorável do Comitê de Ética, iniciamos a investigação em 04 de junho de 2007. A partir daí, nossa rotina incluiu estar presente na unidade nos dias de atendimentos propostos (segundas-feiras, quartas-feiras e quintas-feiras), sempre no turno da tarde.

Cabe salientar a receptividade da equipe do serviço em questão, que não mediu esforços para que a pesquisa ocorresse a contento. Tivemos acesso livre e irrestrito a todos os documentos envolvidos no atendimento dos usuários, além da imensa contribuição da enfermeira e da assistente social em apontar dentre os usuários da unidade aqueles que experienciavam, à época da coleta de dados, um modelo de união estável e que atendiam às características de inclusão dos participantes. Esse cuidado ofertado foi fundamental para ter acesso aos informantes-chave do estudo, sem gerar qualquer situação constrangedora, devido ao fato de ficarem todos aguardando o atendimento conjuntamente em sala de espera ou na área jardina de frente ao ambulatório, fator que dificultaria, mediante a presença de outrem, preservar as pessoas ao tocar na temática da pesquisa.

Superada essa fase de busca dos possíveis sujeitos a serem pesquisados, começamos a coleta dos dados. A nossa inserção no serviço, prevista inicialmente, ocorreu de forma tranqüila, familiarizando-nos com os usuários que me abordavam como se já fizesse parte do serviço. Nesses momentos era exposto o motivo da inserção da pesquisadora no serviço, a temática e os objetivos de pesquisa e as características dos participantes do estudo. Apresentava-me como enfermeira, estudante do mestrado em enfermagem da UFC e professora do curso de enfermagem da URCA, e oportunizava, nesses momentos, a interação com esse público que se mostrava interessado pela pesquisa e pela minha presença.

Desenvolvemos várias ações rotineiras na recepção do serviço, destacando que estas são executadas por todos os membros da equipe de saúde devido à ausência de um profissional que secretarie a recepção. Há um compasso e uma autonomia na dinâmica de atendimento que faz com que todos os profissionais colaborem com as atividades iniciais para proceder-se o atendimento, seja consulta médica, de enfermagem ou de assistência social. Isto posto, realizávamos várias atividades na linha de frente do ambulatório, como verificação da ordem e triagem no atendimento, busca por prontuários, verificação de peso e orientações diversas sobre a dinâmica do serviço e esclarecimento de dúvidas sobre exames, medicamentos, reações colaterais, entre outras. Foi interessante perceber que essas atividades eram realizadas por todos os membros da equipe de saúde e, conforme essa dinâmica estava instalada, qualquer um podia fazer o mesmo serviço ao passo que este se mostrasse necessário.

Mesmo percebendo a limitação causada pela ausência de um profissional na recepção aos usuários no ambulatório, ficou explícita a comunicação entre os membros da equipe de saúde,

demonstrando o interesse em atender à demanda existente, percebida como importante elemento diante dos poucos horários de atendimento em contraste à demanda crescente. Observamos ainda que esse fato aproximava os usuários de todos os profissionais da equipe de saúde, além de expressar maior confiança quanto às questões éticas que envolvem a atenção à pessoa que vive com HIV.

Conhecendo e fazendo parte da execução dessa atenção, tivemos a oportunidade de estabelecer contato e iniciar a segunda etapa da enfermagem fenomenológica. Uma vez que os usuários e os profissionais já estavam familiarizados com a nossa presença, não obtivemos, em sua maioria, dificuldades em abordar e convidar as pessoas a fazerem parte do estudo. Manifestado o entendimento sobre a pesquisa e sobre a possibilidade de fazerem parte da mesma, verificamos a concordância em participar, procedendo ao agendamento quanto ao momento da entrevista.

Esse primeiro contato mostrou-se importante meio de aproximação e confiança desenvolvida quanto à nossa postura para o encontro de cuidado de que trata a Teoria Humanística. Este aspecto é ressaltado por Araújo e Pagliuca (2005), alertando que a interação entre a enfermeira e a pessoa que recebe o cuidado vai mais além do estar fisicamente juntos. Surge dessa interação a oportunidade de compartilhar as experiências que levam à intersubjetividade, a um estar com.

Reconhecemos a receptividade das pessoas que freqüentavam esse serviço de saúde em participar do estudo, podendo significar traços de confiança e respeito criados pelos profissionais que as atendem, inclusive por autorizarem e referenciar a nossa permanência e trabalho de pesquisa na unidade.

As recusas em participar ocorreram principalmente em situações de sorodiscordância pela não anuência do parceiro. Por duas vezes, mulheres com sorologia negativa, em união conjugal com homem que apresentava sorologia positiva e em uso de medicação, freqüentavam o serviço para manter o tratamento do companheiro, demonstraram interesse em participar do estudo, mas não o fizeram pelo não consentimento do parceiro. Ficou evidente, nesses casos, a dependência emocional presente nessas relações, somada ao fato dessas ocorrências só serem verificadas em mulheres, remetendo aos papéis assimétricos de gênero desenvolvidos numa sociedade machista e patriarcal que atribui à mulher um papel de subserviência e resignação.

Acreditamos, inicialmente, que poderíamos buscar um número maior de participantes no estudo, mas também tínhamos em mente a obediência aos passos descritos pela Teoria Humanística e diante desses passos, conseguimos várias vezes manter o primeiro contato e não estabelecer o encontro posterior, invalidando a participação desses sujeitos.

Pensar no segundo momento demandava providências a serem cheçadas a cada encontro, como sala, aparelho de áudio, instrumentos de coleta de dados, postura profissional, e habilidade na condução do encontro e do cuidado.

Verificamos a melhor forma de realizar a entrevista para obtenção dos dados, visto que falar em sexualidade e reprodução remete a temas que fazem parte da esfera privada e, portanto, podem ser verificadas restrições e dificuldades naturais para expressá-las. Adequamos essa fase à conveniência do entrevistado convidando-o à realização da entrevista em sala disponível na própria unidade de infectologia, apresentando-se como ambiente reservado e aprazível ao diálogo e à informalidade, fator que facilitou o encontro entre pesquisadora e pesquisado.

Momentos durante a entrevista: vivenciando a relação dialógica

A realização de cada entrevista ocorreu em sala previamente organizada, pensando-se nos detalhes que favoreceriam a vivência da relação dialógica de que trata a Teoria Humanística. Preocupávamos que cada indivíduo estivesse confortavelmente acomodado e checávamos não haver determinantes externos ou internos que pudessem atrapalhar o encontro, buscando deixá-los à vontade e familiarizados com o ambiente e com a entrevistadora.

Durante a entrevista nossa intenção era promover o encontro inter-humano, a partir do diálogo, com vistas à compreensão e cuidado sobre a realidade existencial da pessoa que vive e convive com HIV/aids, de acordo com a Teoria proposta. Para tanto, essas pessoas já sabedoras da pesquisa, do seu objetivo e da necessidade de partilhar, caso concordassem, suas vivências, foram conduzidas às formas de relações inter-humanas de que trata Buber (1974), observando-se as relações Eu-Tu (ato essencial do homem numa atitude de encontro entre dois parceiros na reciprocidade e na confirmação mútua / relação), Eu-Isso (experiência e utilização da atitude objetivante / relacionamento), e a comunhão do Nós.

Sobre essas relações Buber (1974, p. 20) comenta que “o Isso é a crisálida, o Tu a borboleta. Porém não como se fossem sempre estados que se alternam nitidamente, mas, amiúde, são processos que se entrelaçam confusamente numa profunda dualidade”.

Para Buber (1974), diálogo é plenitude, sendo profundamente vivencial, concreto e existencial, caracterizando seu pensamento como filosofia do diálogo / filosofia do encontro, esta manifestada por conceitos, cuja essência se revela estruturada como um círculo, cujo ponto central de sua reflexão é a relação e o maior compromisso de sua reflexão é a experiência concreta. Ele fala ainda sobre a verdadeira comunhão/comunidade como uma estrutura que nasce a partir de duas coisas: de estarem todos em relação viva e mútua; e de estarem unidos uns aos outros em uma relação viva e recíproca.

Foram ocasiões ora de momentos mais distantes (por anseio ou relutância de falar sobre determinado tema) e ora da mais estreita relação com o outro (numa verdadeira comunhão). A cada questão posta em relevo, aguardávamos que os relatos expressassem livremente a experiência vivenciada, contudo, alguns esclarecimentos foram por nós solicitados quando tínhamos dúvidas sobre algo que estava sendo contado, ou sobre quem emitira tais colocações presentes nas falas, buscando manter um diálogo compreensivo com cada pessoa.

Araújo e Pagliuca (2005), ao comentarem sobre a Teoria de Paterson e Zderad, com base nos conceitos de Buber, enfatizam que a relação estabelecida entre a enfermeira e a pessoa recebedora do cuidado, objetiva dar uma resposta fenomenológica vivida por ambos, numa interação que vai além do estar fisicamente juntos, pela intersubjetividade advinda da oportunidade de compartilhar experiências, levando a um ‘estar com’.

Conforme prevíamos cada encontro seria também percebido como um encontro de cuidado, pois imaginávamos que algum dos elementos por nós abordados, vislumbrando compreendê-lo, poderia ser expresso por noções errôneas na sua fundamentação, podendo ainda produzir desconhecimento e maior vulnerabilidade para a vida sexual e reprodutiva. Tínhamos em mente, abordar temas ainda pouco discutidos iria de encontro ao interesse dessas pessoas, por não disporem, muitas vezes, de espaço para discutir e esclarecer tais questões. E se essas informações eram esperadas pelas pessoas que vivem e convivem com HIV, não oferecê-las representaria para nós, naqueles encontros, uma omissão de cuidado. Em muitos momentos, foi essencial fornecer esclarecimentos, aconselhando sobre algo vivenciado e relatado pelos entrevistados.

Descortinar temas pouco comentados na assistência à pessoa que vive e convive com HIV, como uso de métodos contraceptivos, transmissão vertical do HIV, desejo de ter filhos, sexualidade, entre outros, ajudava com o andamento da entrevista, estabelecendo-se um diálogo vivo entre nós, com abertura de ambas as partes ao encontro e à revelação das vivências sexuais e reprodutivas, para que se alcançasse a compreensão destas.

Paula et al. (2004, p. 427) comentam acerca da Enfermagem Humanística que esta é por si própria um objetivo, “e através desta o ser que cuida tem a possibilidade de ajudar a si e ao outro a desenvolver potencial humano e obter, por meio da intersubjetividade e de escolhas livres e responsáveis, o bem-estar e o estar-melhor”.

Confirmamos nossos anseios a cada encontro e a opção pela Teoria Humanística de Enfermagem, pelo seu caráter prático e metodológico, foi considerada louvável.

Observamos ainda, que os encontros foram diferentes entre homens e mulheres, com expressões vinculadas, natural e culturalmente, a cada um dos gêneros. Nos encontros com as mulheres, observamos com mais frequência confissões e identidade de gênero com a entrevistadora, onde a abertura inicial ao encontro pareceu ser maior. Já entre os homens observávamos que, inicialmente, estes se apresentavam mais reservados, com certo constrangimento, mediante a abordagem de questões de contexto íntimo que envolvia a sexualidade. Perceber esses aspectos nos possibilitou lidar com particulares, como a dificuldade de lidar com questões de foro íntimo, entre alguns homens, exigindo mais habilidade na comunicação diante dos constrangimentos observados.

Para Nascimento e Trentini (2004), o diálogo vivido (inserido neste quesito, o encontro, as relações, a presença e os chamados e resposta) é entendido como conceito central da Teoria Humanística e a enfermagem, a partir dele, concilia razão e sensibilidade, objetividade e subjetividade no ato de cuidar.

Ressalta-se que, no geral, os momentos de diálogos-vividos foram mediados por expressões verbais e não-verbais. Silva (1996), afirma que podemos aumentar a efetividade na comunicação ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no tocante à proximidade, postura e contato visual.

Expressões não-verbais foram reveladas pela alternância de olhares (por vezes com olhos marejados), constrangimentos expressos na face, sorrisos, rubor facial, seriedade, segurar de mãos, flexão de tronco, entre outras formas não-verbais de expressões corporais. Contudo, essas

percepções sobre o outro (relação Eu-Isso), se mesclava à relação dialógica (Eu-Tu), pelo vínculo advindo da relação existencial, em que a postura adotada (preparada previamente), tanto cognitiva como corporal (olhos nos olhos, sorrisos breves, face calma, preocupação com o outro, demonstração de disponibilidade, falar, calar) favoreceu o encontro inter-humano genuíno. Concordamos com Campos e Cardoso (2006, p.75), quando inferem que “o cuidado humanístico deve ser permeado por um processo de comunicação efetivo”.

.



APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DISCURSOS

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DISCURSOS: do conhecimento científico sobre os muitos ao único paradoxal

A análise inicial do processo de Enfermagem fenomenológica corresponde à *terceira etapa* da Teoria Humanística, quando a enfermeira/pesquisadora conhece cientificamente o outro, fase que emerge após a vivência do conhecimento intuitivo.

Buscamos fundir temas acerca da compreensão do significado das vivências perante as situações apresentadas, com base na interpretação das experiências dentro de cada realidade vivida com cada pessoa que vive e convive com HIV, configurando o liame do conhecimento intuitivo e científico, onde as relações Eu-Tu e Eu-Isso se mesclam e se entrelaçam. A comparação dos diálogos intuitivo e científico que deve ocorrer nesta etapa da Teoria, busca a compreensão da pessoa que vive e convive com HIV ao vivenciar aspectos da sexualidade e a da reprodução.

Ao buscar essa compreensão, experimentamos a *quarta etapa* do processo de Enfermagem fenomenológica, quando sintetizamos de forma complementar as realidades conhecidas, chegando a três temáticas de análise e onze sub-temáticas. Com base no conhecimento científico e subjetivo, analisamos os dados e, em seguida, comparamos, contrastamos e sintetizamos em uma visão mais ampliada.

Finalmente, na *quinta etapa* da Enfermagem fenomenológica, ocorreu a nossa sucessão interna a partir de muitos para um único paradoxal. Ao conhecer as várias realidades existentes, buscamos expandir a nossa visão de mundo para tecer considerações relevantes acerca do fenômeno percebido após o diálogo vivido.

Essas etapas se complementam e, sob o ponto de vista de resultados, fundem-se, necessitando dessa unidade para a exposição das considerações sobre o fenômeno investigado. Prosseguimos com a descrição dos achados.

4.1 Apresentação dos participantes do estudo

Anauá-F

É uma mulher jovem de vinte e oito (28) anos, casada há quatro (4) anos e em situação de soroconcordância ao HIV. Mãe de dois filhos tem um menino com quinze (15) anos de idade, nascido de um relacionamento anterior, e uma menina com três (3) anos, fruto da união atual, todos soronegativos ao HIV.

Atualmente reside em Crato, juntamente com o esposo e filhos, na casa da sua irmã e do cunhado, totalizando seis pessoas no domicílio. Antes da descoberta da infecção pelo HIV residiam em Penaforte. Estudou até a 7ª série do ensino fundamental e declara cabeleireira como sua profissão, mas no momento do estudo não estava trabalhando. Conta com a renda do marido que é caminhoneiro (aproximadamente R\$ 150,00), sendo que o suporte financeiro são os parentes, com os quais reside, responsáveis hoje pela manutenção da família, especificamente salientando o imenso apoio da irmã.

Descobriu estar infectada pelo HIV há mais de três (3) anos por meio dos exames solicitados no pré-natal, durante a sua última gestação. O marido descobriu estar infectado pelo HIV após esse período, pela necessidade de testagem do parceiro. Realizou o protocolo com as medidas profiláticas para redução da transmissão vertical em todas as suas etapas, tendo nascido uma menina, que foi acompanhada pelo período de dois (2) anos, com o descarte da transmissão materno-infantil.

Refere a via sexual como forma de contaminação, advinda de relação extraconjugal dele, embora também refira ter mantido também relações extraconjugais. Suspeita conhecer a pessoa que os infectou e essa suspeita recai devido saber do adoecimento da pessoa que tinha envolvimento com seu marido, mas como não é uma certeza, as dúvidas os ajudam a lidar com a questão da culpa.

O contexto da descoberta ocorreu quando residiam em Penaforte, referiu ficar chocada diante do resultado positivo do exame anti-HIV, porém afirma que esse choque inicial foi confortado diante do conhecimento do risco presente em suas vidas, pela multiplicidade de parceiros de ambos, fator que ajudaria a não buscar um culpado pela contaminação e apoiarem-se mutuamente.

Apresentava registrado em seu prontuário, confirmado verbalmente, diagnóstico de HPV (Papiloma Vírus Humano) e de sífilis anteriormente, tendo, esta última, sido tratada. Refere estar buscando atendimento para o tratamento do HPV, mas ainda não se sente fisicamente saudável para a resolução desse problema que necessita de tratamento cirúrgico.

Por várias vezes, veio à unidade no primeiro mês da coleta de dados (junho/2007), pois necessitava de acompanhamento médico, referindo sempre desconforto físico e fraqueza, quando foram solicitados novos exames avaliativos, como as contagens de CD₄, CD₈ e Carga Viral (CV), culminando com a introdução de ARV no dia que realizou a entrevista. Relatou também a ocorrência de pneumonia em dezembro de 2006.

Posteriormente, mantivemos contato apenas com sua irmã que nos informou do internamento de Anauá, por duas vezes, em hospitais da cidade de Crato. No primeiro internamento foi tratada para pneumonia, obtendo alta para continuação da terapêutica em domicílio. O segundo internamento foi mais prolongado, com passagem pelo Centro de Terapia Intensiva (CTI), culminando com a morte da mesma em setembro de 2007.

Este óbito foi uma surpresa para todos os membros da equipe, uma vez que ela estava iniciando o uso de ARV e o prognóstico é bom nessa fase da aids. Por fim, soubemos que sua morte não estava associada somente às doenças oportunistas pela aids, mas também a uma possível leucemia, aparentando que o olhar sobre as doenças oportunistas ocultou e dificultou o diagnóstico diferencial da possível leucemia.

Descrever os encontros com Anauá remonta às angustias e medos diante do novo e das descobertas que estavam por vir e com as alegrias que tal encontro despertou. No entanto, como nos apoiamos na Teoria Humanística e estávamos preparadas para esse momento, ansiávamos por essa oportunidade de interação, de descoberta e de cuidado.

A princípio, travamos uma conversa agradável com Anauá e sua irmã, que a acompanhava sempre, sobre o atendimento que necessitada, o diagnóstico, descoberta da soropositividade durante a gestação, família, filhos e vida.

Ao iniciarmos a entrevista, em local pré-estabelecido e clareadas as questões inerentes à pesquisa e aos aspectos éticos, percebemos ser Anauá, uma mulher simples, alegre, simpática e eloqüente tratava os assuntos abordados com simplicidade e otimismo, o que favoreceu ainda mais o nosso encontro. Não sentimos resistência nas respostas que emitia, ao contrário, Anauá se mostrava aberta e pronta para satisfazer as perguntas que lançávamos, e atenta diante das

respostas às suas dúvidas ou explicações que se apresentavam necessárias, mencionando a vida com HIV com muita naturalidade. Nesse tocante, talvez a “normalidade” que tenhamos percebido tenha surgido da relação Eu-Tu, estabelecida nesse diálogo. Trocas de olhares profundos e apoiadores foram efetuados.

O interesse e respeito demonstrado teriam provocado o acolhimento necessário para experienciar o encontro verdadeiro e a comunhão presente no partilhar da relação inter-humana, de que trata a Teoria de Peterson e Zderad (1979). Alcançamos esse objetivo, mediante o seguimento da primeira e segunda etapas da Enfermagem Fenomenológica, respectivamente, pela busca do autoconhecimento aliado à preparação para vir-a-conhecer e a busca da intuição sobre o outro e sobre o fenômeno.

Soma-se ao fato anterior uma descoberta marcante neste encontro: descobrimos que havíamos cuidado de Anauá, há mais de três anos, por ocasião de um sangramento no último trimestre gestacional, fato que a conduziu à emergência da maternidade que prestávamos serviços. Lembro-me de ter ido ao encontro dela, recebeu-me de forma alegre e sem demonstrar constrangimentos, como percebemos algumas vezes em mulheres na mesma situação, embora a mesma tenha notado que as auxiliares de enfermagem não sabiam o que fazer e talvez demonstrassem preconceito diante da gravidez de uma mulher com HIV. Essas profissionais de enfermagem, não experientes com essa situação, iriam iniciar sua capacitação para atendimento a gestante com HIV e RN verticalmente exposto, mediante a introdução do Projeto-Nascer Maternidades. Dentre os vários cuidados de enfermagem realizados, diante dessa intercorrência, destacaram-se a orientação junto as auxiliares de enfermagem, frente à expectativa em atendê-la, quando comunicou ser portadora do HIV, e o diálogo com esta cliente, explicitando a inexperiência daquelas profissionais na situação específica, buscando minimizar as dores desse enfrentamento, pedindo, inclusive, que compreendesse a atitude e as dificuldades perceptíveis daquelas profissionais. Na época, ela demonstrou entender a situação e partilhamos algumas observações sobre o pré-natal e sobre o momento do parto que se aproximava.

Na época, esse momento nos chamou a atenção pela expressão facial doce e segurança que Anauá demonstrava na vivência daquela gestação. Recordar essa experiência singular, durante esta investigação, nos ajudou a aprofundar a relação com um ser humano que vivência a experiência da aids, há mais de três anos, favorecendo a segunda fase da Teoria Humanística, principalmente, que discorre sobre o se colocar no lugar do outro, expresso na denominada

relação Eu-Tu, sem, no entanto afetar o olhar sobre a fenômeno vivenciado, expresso na relação Eu-Isso, configurando a relação inter-humana, que caracteriza a natureza humanística ao se aplicar a Teoria.

Amanari-M

Homem de trinta e nove (39) anos, casado há onze (11) anos, vive em situação de soroconcordância há mais de dois (2) anos. Morou em São Paulo por dez (10) anos, ao vir para a região do Cariri no Ceará conheceu a esposa, casando-se pouco tempo depois. Têm três (3) filhos desta união, todos soronegativos ao HIV e concebidos anteriormente ao conhecimento do *status* sorológico. Foi realizada laqueadura tubária na esposa antes de se descobrirem infectados.

Procedente de Jardim-CE, estudou até a primeira série do ensino fundamental, encontrando-se desempregado. A composição da renda familiar, em torno de R\$150,00, advém de programas de governo, além da ajuda de parentes e pessoas solidárias.

Anamari diz não saber como se contaminou, mas assegura que foi por via sexual. Descobriu a contaminação pelo HIV há mais de dois (2) anos quando foi internado por dezessete (17) dias, acometido de pneumonia devido a aids. Tal fato fez com que o diagnóstico do casal fosse de conhecimento de toda a família, evidenciado pelo longo internamento e frente à descoberta na fase sintomática da infecção. Não considera ser um problema o fato de a família saber, embora relate ter sido muito ruim no começo, contanto com o apoio de muitos familiares, principalmente os mais próximos, entre eles, pai, mãe e irmãos. Faz uso de TARV desde a descoberta da aids em sua vida. A sua esposa faz acompanhamento regular no serviço e não usa ARV. Não houve relato ou registro de outra DST.

Caiubi-M

Homem de trinta e quatro (34) anos, casado há nove (9) anos, vive em situação de soroconcordância ao HIV há mais de dois (2) anos. Procedente de Juazeiro do Norte-CE, concluiu o ensino médio e trabalha como vendedor autônomo (“viajante”), com uma renda pessoal em torno de R\$800,00, correspondente à renda familiar.

Tem uma (1) filha com oito (8) anos, concebida anteriormente ao diagnóstico, foi testada com resultado de sorologia anti-HIV não reagente.

Caiubi diz ter sido infectado pelo HIV por via sexual e assume relações extraconjugais antes e após o diagnóstico, porém afirma que após o conhecimento do diagnóstico adotou o uso do preservativo e diminuiu a ocorrência dessas relações. Descobriu a soropositividade ao HIV há mais de dois (2) anos, quando apresentou Pneumonia. Nega internamento e iniciou TARV três (3) meses após realização de sorologia anti-HIV, mediante resultados de exames específicos (CD₄, CV). Não houve relato ou registro de outra DST.

Apuã-F

Do sexo feminino, Apuã é uma adolescente de dezoito (18) anos, residente em Milagres-CE, concluiu o ensino médio e não tem renda pessoal. Casada com Coaraci há oito (8) meses, vive em situação de sorodiscordância ao HIV há quatro meses, tendo o seu esposo (10 anos mais velho) sorologia negativa ao HIV.

Encontrava-se gestante (no sexto mês ao nosso primeiro encontro) do seu primeiro filho, e os exames solicitados na gestação culminaram com a descoberta do HIV em sua vida há quatro meses, porém o obstetra que a assistia não iniciou imediatamente a profilaxia da transmissão vertical (P-TV), encaminhando-a ao serviço de referência (Ambulatório de Infectologia). A segunda sorologia anti-HIV, novamente com resultado reagente, ocorreu no final de abril de 2007, e o início da TARV como profilaxia da transmissão vertical (P-TV) aconteceu logo seguida.

Percebemos que o fato de Apuã ser ainda adolescente (anti-HIV reagente) e seu parceiro ser mais velho (anti-HIV não reagente), geraram dúvidas sobre a soropositividade e a sorodiscordância, consubstanciada no argumento de ambos que enfoca ser ele o primeiro parceiro sexual dela. No entanto, os resultados foram confirmatórios, instituiu-se a P-TV, atribuiu-se o desconhecimento à forma de contaminação, e, mais uma vez no cenário da aids, derrubaram-se estigmas e construíram-se novas formas de pensar o cuidado às pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids.

Ela afirma desconhecer a forma de contaminação e informa, supondo alguma associação, ter realizado tratamento dentário com profissional que tem seu falecimento associado à aids.

Outras formas sexuais e violência foram negadas, ressaltando-se a formação religiosa (evangélica) de Apuã. Assim, não encontramos abertura para desenvolver tal assunto, mas ela acrescentou ter realizado teste anti-HIV, com resultado não reagente, um ano antes de casar, ao que interrogamos o motivo, esclareceu-nos ter sido devido adoecimento (dores intensas - musculares e ósseas) que levou o médico a solicitar todos os exames possíveis, inclusive a sorologia anti-HIV, afirmando acreditar ser normal tal conduta numa investigação diagnóstica.

Mesmo sendo adolescente, o casamento e a gravidez ocorreram de forma planejada, tendo usado anticoncepcional oral combinado (AOC) por dois meses. Conta com apoio de seus pais e irmãos que conhecem sua condição de viver com HIV.

Muitas dúvidas iniciais sobre a contaminação permanecem sem resposta e com pouco espaço para abordá-la, mas a postura de enfrentamento diante da infecção e de prevenção da transmissão vertical foi observada, referindo muita preocupação com a saúde do futuro bebê

Coaraci-M

Homem de vinte e oito anos (28) anos, procedente de Milagres-CE, concluiu o ensino médio, trabalha como técnico em contabilidade. Responsável pela renda familiar, conta com salário em torno de R\$500,00.

Soronegativo ao HIV é casado há oito (8) meses com Apuã, esperam seu primeiro filho, sendo o evento gestacional representante do momento de descoberta do HIV na vida de Apuã e no seu conviver com o vírus. O casamento e a gravidez aconteceram de maneira planejada. Convive a situação de sorodiscordância há quatro (4) meses. Afirma ter realizado por duas vezes sorologia anti-HIV, todas negativas e motivadas pela necessidade de testagem de parceiro, principalmente pela vivência sexual, sem uso do preservativo, antes de conhecer o *status* sorológico de Apuã.

Ele foi o primeiro, informado pelo obstetra, a conhecer a soroconversão da esposa. Depois de alguns dias, os dois contaram a Apuã sobre o resultado positivo do seu teste. Relata ter sido este um momento difícil e tê-la ajudado a enfrentar o momento da descoberta. Acredita que o mais complicado foi quando ela soube que o exame dele teve resultado não-reagente, por ela acreditar que ele e sua família iriam ter preconceito ou abandoná-la. Diante dessa circunstância,

narra ter mantido relação sexual, destacando o uso do preservativo nessa ocasião, como forma de mostrar o companheirismo que os cercava.

Enquanto Apuã afirma desconhecer a forma de contaminação, Coaraci coloca a possibilidade de contaminação da esposa distante da forma sexual, atribuindo à provável infecção duas suspeitas: através de tratamento dentário com um dentista que se comenta na cidade ter morrido por aids ou através de um pacto de sangue entre amigas, que somente ele referiu. Por fim, argumenta que preferia acreditar nesse pacto, e por terem de viver essa situação, não interessava a forma de aquisição.

Verificamos uma postura de elevada reserva sobre a contaminação de Apuã (adolescente, virgem, mulher, evangélica), e atentamos para possíveis momentos na vida dessa mulher, os quais encobertos ou não aceitos socialmente, como a prática de outras formas de relações sexuais (oral e anal) ou a violência sexual.

Nunca havia utilizado preservativo, justificando que só teve três parceiras sexuais durante a sua vida. Passou a usar diante da atual situação conjugal e fala da necessidade de estar se adequando a este dispositivo. Embora, refira não ter medo de se infectar com a esposa, chegou a adotar uma “técnica” particular para testar o preservativo após seu uso: após o ato sexual penetrativo, retira o preservativo e enche-o d’água para verificar possíveis aberturas ocorridas durante a relação, depois dessa análise é que joga fora o condom.

Sobre a transmissão vertical, refere ter medo do risco, mas demonstra esperança diante das taxas de transmissão mediante a aplicação das condutas na gestação, parto e puerpério. Sua esposa encontra-se fazendo uso de profilaxia da transmissão vertical.

Na sua família ninguém sabe da situação, exceto pelo apoio de uma irmã que está se formando em Enfermagem. Acredita que a família da esposa os ampara por ele não ser o responsável pela contaminação dela. Pensa que se fosse o contrário essa realidade seria diferente.

Iraí-M

Aos trinta e cinco (35) anos, Iraí é um homem natural de Juazeiro do Norte-CE, com ensino médio completo, trabalha como agente penitenciário o que lhe confere uma renda pessoal e familiar em torno de dois salários mínimos (R\$700,00).

Casado há um ano e meio (1,5) com uma jovem de vinte e dois (22) anos, acadêmica de Serviço Social, foi mediante exames solicitados no pré-natal da esposa que a entrada do HIV se deu em suas vidas. Têm um (1) filho de três (3) meses de idade, acompanhado devido à exposição vertical ao HIV.

Convive com a soroconcordância há quase um (1) ano, quando foi detectado o HIV primeiramente em sua esposa, sendo testado em seguida por triagem do parceiro, revelando a sua soropositividade. Os testes que se seguiram (CD₄, CV e outros) definiram a sua terapêutica com uso de ARV neste mesmo período.

A sua contaminação é associada à forma sexual, e sobre isto, após sabidamente infectado, especulou suas parcerias sexuais, ouvindo comentários sobre a soropositividade de uma moça (por ele denominada “filhinha de papai”) com a qual se relacionou há aproximadamente cinco (5) anos. Este fato o deixou perplexo por referir o uso do preservativo na maioria das relações sexuais, embora aluda abolir o mesmo diante do prolongamento da relação afetiva. Isto posto, não acreditava contrair HIV com alguém de tal situação, revelando que a exposição ou não ao risco se dava sustentada em estereótipos e confiança.

Atribui-se a culpa pela infecção da esposa, sobre a qual demonstra grande admiração, e pelo risco de contaminação do filho, sofrendo e deprimindo-se com esse fato.

Vive com a mulher e o filho na casa dos sogros juntamente com uma cunhada, esta representa o apoio dos dois por ser a única pessoa que sabe da situação da soroconversão do casal. Menciona que o fortalecimento para o enfrentamento da vivência com HIV/aids relaciona-se ao laço com a esposa, alicerçado na esperança de futuro que o filho trouxe.

Itaú-M

Dentre os participantes do estudo, Itaú é o que vive há mais tempo com o HIV, há quase onze (11) anos. Aos quarenta e seis (46) anos, este homem é aposentado em decorrência da aids numa empresa de telefonia, o que lhe confere uma renda de R\$420,00 (renda pessoal e familiar). Procedente de Penaforte - CE estudou até a quinta série do ensino fundamental, tendo trabalhado e residido em vários estados do país.

Vive seu terceiro casamento e em situação de soroconcordância ao HIV. Quanto às uniões anteriores: a primeira união encerrou- em 1983, com dois filhos, e a segunda em 1987, também

com dois filhos. Após o término do segundo casamento narra uma vida dissoluta, permeada por álcool e sexo sem proteção. Já o terceiro casamento ocorreu há quinze (15) anos, em 1992, quando afirmava viver com mais tranquilidade se comparada às experiências prévias, tendo nascido um filho (à época da investigação com 10 anos de idade) dessa união.

A descoberta da soropositividade ocorreu durante a gestação da esposa concomitante ao aparecimento de doenças oportunista em Itaú. Foram realizadas as intervenções para a prevenção da TV, com exclusão da contaminação do filho do casal há vários anos. Lembra, no entanto, que chegaram a pensar em abortar quando imaginavam a possibilidade da criança nascer doente.

Por se considerar, à época da descoberta, muito debilitado, acredita não ter tomado consciência do resultado do exame. Passada a fase de adoecimento, iniciou o uso dos ARV (há 10 anos), tendo mudado várias vezes essa terapêutica medicamentosa, motivada pelo acompanhamento dos marcadores virais e/ou falha na adesão à TARV, levando a estar usando a última classe de drogas no combate à aids (inibidor de fusão - droga injetável –administrada duas vezes ao dia).

Conta com o apoio de uma irmã sua e das irmãs da esposa.

Iaciara-F

Casada há dez (10) anos e com um filho com oito (8) anos de idade, Iaciara é uma mulher de vinte e nove (29) anos, procedente de Juazeiro do Norte – CE, ensino médio concluído, dona de casa, com renda familiar de R\$1.800,00 (decorrente de renda marital mediante aposentadoria por aids) e vivia em situação de soroconcordância ao HIV há quase cinco (5) anos. O filho realizou exame anti-HIV com resultado não-reagente. Veio a ficar viúva após ter participado do estudo, mas como ainda permanecíamos na unidade e em contato com Iaciara, foi tomado conhecimento que o estado de saúde do marido agravara, evoluindo ao óbito num período de quinze (15) dias.

Atribui a sua contaminação pelo HIV ao esposo, seu único parceiro sexual durante a vida, com a descoberta da soroconversão após internamento do mesmo devido doença oportunista (neurotoxoplasmose). Por triagem da parceria sexual foi testada e confirmada a sua soropositividade. Não faz uso de TARV. Relatou a ocorrência de outra DST (herpes genital),

também registrada em seu prontuário, acrescentando que esta ocorreu durante o período gestacional e assim deveria ter levado a obstetra a solicitar o anti-HIV naquela época.

Tem apoio de toda a família, sua e do esposo. Todos souberam em decorrência do internamento prolongado dele com a realização de vários exames até a conclusão diagnóstica.

A mágoa com o esposo foi evidenciada em Iaciara, embora demonstrasse ser companheira do mesmo, a confiança depositada e o comportamento que era associado a ele foram elementos quebrados ao saber do HIV em suas vidas, gerando indignação pela sua conseqüente contaminação.

Alegre e forte, enfrenta o HIV/aids com muita garra e dignidade, porém eventos como a associação da pessoa que vive com HIV ao acompanhamento somente com médico infectologista a faz evitar ir a outros serviços de saúde, pela postura de receio que relata destes, e, diante da revelação do HIV, enxerga constrangimento e evita tal situação, resultando em não realização de citologia oncológica há mais de três (3) anos.

Içara-F

Mulher, com vinte e quatro (24) anos, Içara é soronegativa ao HIV e convive há mais de dois (2) anos com um homem que vive com HIV, conhecendo essa situação de sorodiscordância desde o início da união estável. Ela tem um filho, com três (3) anos de idade, anterior a essa união, o qual vive com a avó, sua mãe.

Procedente de Juazeiro do Norte – CE, com ensino médio concluído, não trabalha além das tarefas domésticas do lar, não tem renda própria e a renda do companheiro (motorista) é em torno de um (1) a dois (2) salários mínimos.

Já namorava há quase um (1) ano e ao decidirem viver sob o mesmo teto, ele contou sobre sua soropositividade ao HIV. Desde que estão morando juntos (há mais de dois anos) já realizou exame anti-HIV por três vezes, referindo que os atos sexuais só acontecem com o uso do preservativo, com um evento de relação em que este dispositivo furou.

Comentou sobre o desejo de ainda ter outro filho, discordando da posição do companheiro, chegando até a propor relacionar-se com outro homem. Acreditava que a vivência conjugal com alguém soropositivo seria mais fácil e só a convivência vai mostrando as

dificuldades inerentes a uma relação com sorologias distintas. Acrescenta sobre o comportamento agressivo por ele demonstrado, revelando contexto de possível violência doméstica.

Jaci-M

Homem de trinta e sete (37) anos, procedente de Brejo Santo – CE estudou até a quinta série do ensino fundamental, trabalhando como auxiliar de serviços gerais em um depósito de cosméticos, com renda (familiar e pessoal) de R\$200,00.

Em sua terceira relação conjugal, vive a sorodiscordância ao HIV em união consensual estável há mais de dois (2) anos com uma mulher de trinta (30) anos, soronegativa ao HIV, sem filhos dessa relação. Comunicou sobre seu *status* sorológico com sua atual companheira antes de se unirem, quando ainda namoravam.

Dos casamentos anteriores, teve quatro (4) filhos com a primeira esposa que reside em São Paulo. Separou-se e casou novamente, tendo mais um (1) filho. Desta união ficou viúvo em 2003, quando a esposa teve aneurisma cerebral. Nenhum dos filhos vive com ele.

Descobriu estar infectado pelo HIV há mais de cinco anos, devido emagrecimento expressivo, sem, no entanto, ter passado por internamento hospitalar em nenhum momento da sua vivência com HIV. Afirma ter sido a forma sexual responsável pela sua contaminação, desconfiando de uma pessoa com a qual mantinha relação sexual, também acompanhada pelo ambulatório de infectologia. Faz uso de TARV há quase cinco anos e há registro de DST (Gonorréia) em seu prontuário, não referida por Jaci.

Afirma usar preservativo em todas as relações depois de se descobrir infectado, embora considere as dificuldades em aderir a essa prática, salientada pela postura da companheira que deseja, solicita terem filhos e parece não pensar nos riscos da transmissão horizontal e vertical, deixando a responsabilidade de pensar essas questões sobre ele.

Assevera que como emagreceu bastante, muitas pessoas da sua família desconfiam, mas conta com o apoio de uma irmã que está se formando em Enfermagem.

Jupi-M

Jupi é um homem de trinta e cinco (35) anos, procedente de Juazeiro do Norte – CE, com ensino médio completo e desempregado à época da pesquisa. Havia trabalhado por vários anos como balconista de farmácia, sua fonte de renda é o seguro desemprego decorrente do desligamento dessa função e também a trabalhos autônomos ocasionais. Já tentou trabalhar em no campo, mas não suportou a exigência física do trabalho rural no semi-árido.

Casado há mais de três (3) anos e sem filhos vive em situação de oroconcordância ao HIV, nesta que é sua quarta união, tendo convivido conjugalmente por cinco (5) anos com a primeira mulher, por dois (2) anos com a segunda e por cinco (5) com a terceira. Sem prole de nenhuma das uniões, refere criar como seu, o filho de nove (9) anos de sua atual esposa (de outra união).

Diz não saber como ocorreu a sua infecção, embora atribua essa contaminação à forma sexual. Foi testado devido triagem do parceiro em decorrência de adoecimento (tuberculose ganglionar) da esposa ainda no primeiro ano de casamento, quando esta passou por internamento hospitalar levando também à descoberta de neurotoxoplasmose, condição que a aposentou pelo INSS.

Não faz uso de ARV, mas mantém os controles de CD₄ e CV de forma regular.

A situação de soroconversão só é conhecida pela mãe de sua esposa, afirmando que esta, ao invés de ampará-la, contribui para o preconceito, criticando e desprezando-a, tendo, esta posição, contribuído para que abandonassem o local de origem e residissem hoje em Juazeiro do Norte. Este fato parece favorecer o apoio mútuo do casal no enfrentamento do HIV/aids. Jupi enuncia colocar-se no lugar da esposa para compreender os obstáculos que esta encara diante das seqüelas advindas de neurotoxoplasmose. Acredita ainda que se alguns membros da família de ambos viessem, a saber, as atitudes seriam dicotômicas, mescladas por amparo e abandono.

Irajá-F

Unida pela terceira vez, há mais de dois (2) anos, em relação conjugal sorodiscordante ao HIV e com um (1) filho de oito (8) anos de idade, do primeiro casamento, Irajá é uma mulher de trinta (30) anos, procedente de Juazeiro do Norte – CE, com ensino fundamental completo, trabalha em casa compondo peças artesanais em *biscuit*, com uma renda familiar em torno de R\$700,00, decorrente em sua maioria da profissão do marido que é vendedor (viajante).

Seu primeiro casamento durou dois (2) anos e oito (8) meses. Quando ainda morava em São Paulo, depois de divorciada teve um relacionamento de dois (2) anos com um homem sabidamente infectado com HIV (em uso de ARV), porém o mesmo escondia sua condição, vindo a descobrir só após ela ter realizado teste anti-HIV. Revela dessa relação uma vida permeada por álcool, drogas, medo e violência. No entanto, refere o uso de preservativo em todas as relações sexuais com essa pessoa, que depois confessou a intenção de contaminá-la chegando a furar a camisinha, alegando, segundo ela, com a seguinte expressão: ‘porque se não fosse dele, não ia ser de mais ninguém’.

O contexto de descoberta do HIV na vida de Irajá vincula-se à transmissão sexual e aconteceu após a realização de uma consulta preventiva do câncer de colo uterino. Como a enfermeira que a atendeu conhecia seu parceiro, solicitou também a sorologia anti-HIV, sem oferecer-lhe maiores explicações. Ao descobrir-se infectada permaneceu por mais um ano unida a este, quando todos esses fatos foram descortinados e ela resolveu voltar para sua terra natal.

Há quase seis (6) anos vive com HIV, sem necessidade de TARV. Esse estado de viver com HIV provocou mudanças na percepção sobre a vida que levava, dizendo-se hoje uma pessoa mais calma e mais centrada. Tornou-se evangélica há quatro (4) anos, e na igreja que frequenta conheceu seu atual marido, oito (8) anos mais novo, também evangélico e soronegativo ao HIV.

Assevera que tinha muito medo de uma nova relação, até que ele veio pedir-lhe em namoro e ela rebateu essa possibilidade narrando a situação que enfrentava, ao que ele afirmou já saber (a mãe dela contou) e estar consciente da decisão que tomara. Namoraram oito meses até casarem-se, sem terem mantido relações sexuais antes da união.

Afirmou não ter tido relações sexuais sem uso de preservativo no atual casamento, sendo essa negociação um ponto ainda difícil na relação do casal, uma vez que o esposo parece querer compartilhar da situação que ela vivencia. Este fato aparenta sobrecarregar a mesma com a responsabilidade de consciência do risco, sendo relatadas algumas dificuldades que existem numa relação conjugal com sorologias distintas, destacando elementos como proteção, reprodução, prazer e pensar no outro.

Toda a sua família, a mãe do esposo e alguns amigos conhecem a condição que vivenciam ofertando-lhes apoio.

Iraputã-F

Iraputã é uma mulher de vinte e um (21) anos, procedente de Juazeiro do Norte – CE que estudou até a sexta série do ensino fundamental e trabalha como auxiliar de serviços gerais, com renda pessoal e familiar de R\$ 350,00. Convive conjugalmente em situação de oroconcordância ao HIV há mais de dois (2) anos com homem de vinte e sete (27) anos (primeira união dos dois), fruto de arroubo amoroso após uma (1) semana de namoro, estando gestante (7º mês) à espera de seu primeiro filho. Foram morar juntos na casa da mãe de seu companheiro, com quem vive até hoje e responde pelas despesas do lar, residindo neste domicílio ao todo cinco pessoas (Iraputã, esposo, sogro, sogra e cunhado).

Sabidamente soropositiva ao HIV há mais de três (3) meses, quando realizou exame anti-HIV no pré-natal, aos quatro (4) meses, com resultado reagente, já convive com o HIV há mais de dois (2) anos, quando foi descoberta a soropositividade em seu companheiro. Relata que surgiram verrugas (HPV) na região genital após começar a manter relação sexual com ele, levando-os a procurar ajuda médica e solicitação do anti-HIV, cujo exame positivo à época foi o do esposo. Observamos estar ela um pouco retraída, sem querer comentar muito sobre essa fase vivenciada e enfatizando que estaria sempre ao lado dele enfrentando o que fosse. Não tinha medo de se infectar por saber que isso aconteceria porque queria ter filho com ele.

Atribui ter adquirido o HIV por via sexual com seu esposo que, em vida pregressa abusava do álcool e mantinha relações com pessoas com comportamento de risco. Após a descoberta do HIV em suas vidas, seu esposo foi acometido de tuberculose ganglionar (estando em tratamento) tendo deixado de trabalhar a pedido da mãe (trabalhava em um restaurante), passando a ganhar algum dinheiro ao realizar trabalhos ocasionais.

Iraputã vive afastada de sua família, pois esta não aprova sua união, referindo-se ao fato de seu companheiro ser negro e de situação sócio-econômica inferior a de sua família. Conta com o apoio de sua sogra, única pessoa que conhece essa vivência do casal.

Utiliza ARV como profilaxia da transmissão vertical, iniciada tardiamente aos seis meses, embora tenha tomado conhecimento do resultado da sorologia anti-HIV aos quatro meses. Essa demora verificada para o início da profilaxia da transmissão vertical foi estranhada e por nós questionada. Iraputã esquivou-se, a princípio, em responder, mas com evidente constrangimento afirmou acreditar que o RN não seria infectado.

Percebemos uma entrega gradual de Iraputã a esse encontro, levando-a a se desarmar e expor suas necessidades de cuidados. Estas foram evidenciadas pelo medo do julgamento profissional diante do seu desejo de ser mãe, imaginando até que poderia ser solicitado aborto, além de desconhecer as formas de redução da TV, o que levou ao conseqüente distanciamento do serviço até que considerasse a impossibilidade de não ser solicitada tal conduta. Encontro marcado por chamados e respostas atendidas pela imersão na possibilidade de “estar com”, junto àquele que manifesta uma necessidade de cuidado que é atendida pela plenitude da presença e pela observação do fenômeno (Eu-Isso), na fusão destas formas relação com o outro.

Jaciaba-F

Aos vinte três (23) anos de idade, procedente de Juazeiro do Norte – CE, com escolaridade concluída até a segunda série do ensino fundamental, encontra-se desempregada da função de doméstica, sem renda pessoal e dependente da renda do esposo (R\$350,00). Em situação conjugal de soroconcordância ao HIV, é casada há mais de quatro (4) anos e convive há mais de dois anos e meio (2,5) com a soropositividade, quando descobriu a infecção durante o período gestacional e realizou profilaxia da TV, tendo gerado uma filha livre da infecção.

Após seis (6) meses de namoro casou-se com um viúvo sabidamente infectado pelo HIV, caminhoneiro, dependente de álcool, e que escondeu sua condição de soropositivo. Acabou descobrindo esta situação ao engravidar através de uma vizinha que veio contar-lhe, esta guardava os remédios do esposo na geladeira de sua casa. Desconfiada por ele retirar os rótulos dos medicamentos, a vizinha perguntou ao agente comunitário de saúde que respondeu só haver necessidade de manter refrigeradas medicações para aids. A partir daí, procurou um serviço de saúde, foi testada, confirmou sua infecção e iniciou o protocolo para redução da transmissão materno-infantil.

O esposo tem um filho de quatro anos fruto do primeiro casamento, este foi testado com sorologia anti-HIV não reagente. Jaciaba desconfia que a morte da primeira esposa de seu companheiro foi devido à aids, quando esta se encontrava no sexto mês de gestação, mas revela que a família da mesma esconde tal fato. Relata ainda a preocupação que tem por ele (esposo) ser alcoólatra e ser caminhoneiro, expondo, a ele e a outros, a constante risco, fato citado como

encoberto por seu patrão (ex-sogro) para, possivelmente, proteger-se da revelação social sobre a causa da morte da filha.

Recebe apoio de alguns membros de sua família (avó, prima, tia e pai) que conhecem sua situação sorológica, mas enfrenta dificuldades decorrentes da perda de emprego (sem vínculo formal), ao revelar sua condição de viver com HIV mediante a necessidade de ter ausências ou turnos mais curtos quando vinha ser atendida no ambulatório de infectologia. Diante das reclamações dos patrões chegou a afastar-se da assistência e tomar os ARV do esposo, que, segundo ela, são iguais aos seus. Complementa dizendo que o esposo já não apresenta adesão aos ARV e só usa preservativo pelo medo de ter outro filho.

Japira-F

Ela é procedente de Assaré – CE tem vinte e seis (26) anos, estudou até a primeira série do ensino fundamental, é trabalhadora rural com produção voltada à subsistência da família, portanto, não declarando renda familiar ou pessoal uma vez que o companheiro também trabalha da mesma forma.

Casada há quase um (1) ano, vive em situação de oroconcordância ao HIV há dois (2) meses, tendo descoberto sua soroconversão devido solicitação de exames gestacionais. Embora o resultado da primeira sorologia refira-se ao mês de maio (por volta do sexto mês gestacional), refere não terem sido prescritos os ARV do protocolo de redução da TV, apresentando encaminhamento do Programa Saúde da Família a que pertence ao ambulatório de infectologia somente em julho (oitavo mês), quando foi iniciada a TARV (profilaxia da TV). Seu parceiro foi testado com resultado do primeiro exame positivo, aguarda confirmação da sorologia anti-HIV.

No dia da realização da entrevista desta pesquisa, encontrava-se no vigésimo (20º) dia de puerpério, em cujo parto (cesário) nasceu um menino. Assevera ter usado ARV, por via oral, até o parto e por via endovenosa na maternidade, durante o parto, tendo realizado teste anti-HIV (rápido) por duas vezes, com o primeiro apresentando resultado negativo e o segundo resultado positivo. RN permanece em uso de zidovudina xarope enquanto foi suspenso o ARV de Japira, que se apresenta assintomática e aguardando realização de exames de controle (CV, CD₄).

Mãe solteira, por um namoro de adolescência, teve uma menina de sete (7) anos de idade, cuja sorologia anti-HIV foi solicitada. Após essa filha, afirma ter tido mais cinco parceiros além

do genitor desta. Retrata um panorama de relações sexuais desprotegidas com uso esporádico de preservativo e método anticoncepcional.

Ela vive um momento muito particular de descoberta recente da soroconversão, mas nota-se um desconhecimento evidente sobre o HIV/aids e sobre as particularidades decorrentes dessa situação. Cita que quem a ajuda são as pessoas que sabem: sua família e a enfermeira do PSF.

Potira-F

Aos trinta (30) anos de idade e procedente de Lavras da Mangabeira – CE, Potira estudou até a quarta série do ensino fundamental, e não trabalha fora de casa.

Casada há mais de quinze (15) anos, casou-se quando tinha dezesseis (16) anos com seu primeiro e único parceiro sexual, vive em situação de soroconcordância ao HIV. Teve seis (6) filhas, das quais cinco (5) estão vivas e, respectivamente, com as seguintes idades: quatorze (14), doze (12), onze (11), sete (7) e dois (2) anos. Todas as filhas foram testadas com sorologias anti-HIV negativas. A segunda filha morreu ainda no primeiro ano de vida.

Informa que a descoberta do HIV em sua vida ocorreu por necessidade de testagem da parceira sexual após o adoecimento (sem conseguir especificar a doença) do esposo há sete (7) meses, quando apresentou também calazar. Aponta a forma sexual com o esposo a única possibilidade de se ter infectado e ressalta, no entanto, que aguarda confirmação de sua soropositividade, uma vez que o primeiro exame apresentou resultado positivo e o segundo resultado negativo. Mostra-se ansiosa, com esperança de um exame negativo, mas consciente da provável confirmação desse achado.

Este cenário de descoberta e vivência é conhecido por sua mãe, seu pai e pela filha mais velha, com a incredulidade e o amparo dos genitores de Potira sob essa circunstância.

Sintetizamos a caracterização dos participantes do estudo no Quadro 8, apresentado a seguir.

Quadro 8 – Caracterização dos participantes no estudo quanto aos dados sóciodemográficos e econômicos. Juazeiro do Norte – CE. 2007.

Codiname	Idade	Sexo	Procedência	Relação sorológica com parceiro	Estado civil atual	Tempo de união	Escolaridade	Ocupação atual	Renda familiar (R\$)	Renda Pessoal (R\$)	Nº de Filhos	Filhos após descobriro HIV
Anauá-F	28	F	Crato	SC	C	4 a	EF / 7ª	Desempregada	150,	N	2	1
Amanari-M	39	M	Jardim	SC	C	11 a	EF / 1ª	Desempregado	150,	N	3	N
Caiubi-M	34	M	J. do Norte	SC	C	9 a	EM	Vendedor autônomo	800,	800,	1	N
Apuã-F	18	F	Milagres	SD (+)	C	8 m	EM	Estudante	500,	N	N	G
Coaraci-M	28	M	Milagres	SD (-)	C	8 m	EM	Técnico em Contabilidade	500,	500,	N	N
Iraí-M	35	M	J. do Norte	SC	C	1,5 a	EM	Agente Penitenciário	700,	700,	1	1
Itaú-M	46	M	Penaforte	SC	C	11 a	EF/ 5ª	Aposentado/aids	420,	420,	4	1
Iaciara-F	29	F	J. do Norte	SC	C	10 a	EM	Do lar	1.800,	N	1	N
Içara-F	24	F	J. do Norte	SD (-)	U.E.	2 a	EM	Do lar	350-700,	N	1	N
Jaci-M	37	M	Brejo Santo	SD (+)	U.E.	2 a	EF / 5ª	Serviços gerais	200,	200,	5	N
Jupi-M	35	M	J. do Norte	SC	C	3 a	EM	Desempregado	N	N	N	N
Irajá-F	30	F	J. do Norte	SD (+)	C	2 a	EF	Do lar/artesanato	700,	120,	1	N
Iraputã-F	21	F	J. do Norte	SC	U.E.	2 a	EF / 6ª	Serviços gerais	350,	350,	N	G
Jaciaba-F	23	F	J. do Norte	SC	C	4 a	EF / 2ª	Desempregada	350,	N	1	1
Japira-F	26	F	Assaré	SC	C	1 a	EF / 1ª	Trabalhadora rural	SR	SR	2	1 (P)
Potira-F	30	F	Lavras da Mangabeira	SC	C	15 a	EF / 4ª	Do lar	SR	N	5	N

Legenda:

A = ano / anos
 F = Feminino
 P = puérpera
 U.E. = União estável

C = casado / a
 G = gestante
 SC = Sorocordância
 (+) = sorologia reagente (positiva)

EF = Ensino Fundamental
 M – Masculino
 SD = Sorodiscordância

EM = Ensino Médio
 N = não
 SR = sem resposta

(-) = sorologia não-reagente (negativa)

4.2 O (con)viver com HIV

Entre os dezesseis (16) participantes do estudo, nove (9) são do sexo feminino e sete (7) são do sexo masculino.

Nos últimos anos, no aumento da aids no Brasil, observa-se o panorama da soroconversão em pessoas heterossexuais e em mulheres, estreitando-se a razão de casos entre os sexos masculino e feminino. No Brasil, até outubro de 2007, apresenta-se a razão M/F de 1/4 casos. Confrontando com os dados dos últimos 20 anos, temos a razão de 2/4 em 1996 e 15/1 em 1986 (BRASIL, 2007a).

Quanto ao estado civil, treze (13) pessoas relataram ser casado/a civilmente e três (3) apontaram viver sob união estável consensual, com tempo de união correspondendo aos dados apresentados na Tabela 1.

Quadro 9 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de união conjugal. Juazeiro do Norte - CE. 2007.

Tempo de União	N
< 1 ano	2
> 1 ano	2
> 2 anos	4
> 3 anos	1
> 4 anos	2
> 9 anos	1
>10 anos	1
> 11 anos	2
> 15 anos	1
Total	16

Embora o aumento de casos de aids venha atingindo homens e mulheres, o crescimento da aids entre as mulheres revela que estas são, no geral, casadas ou têm parceiro fixo, contraindo o vírus dentro de uma relação afetiva estável, envolvidas numa realidade de subordinação feminina a um modelo de relacionamento onde a relação afetiva e sexual, e tudo

que a cerca (significados, valores, obrigações e papéis), é governado pelo homem, estando, muitas vezes, submetidas e silenciadas em seu direito de usar preservativo (AMARO, 2005). Essa concepção de “feminilidade”, associada à submissão sexual das mulheres aos homens, tem sido apontada como um dos obstáculos na prevenção do HIV pelas mulheres (IPG, 2003).

Sobre os relatos quanto ao tipo de experiência afetivo-sexual vivenciada em concordância à soropositividade pelo HIV, temos doze (11) pessoas soroconcordantes e cinco (5) pessoas sorodiscordantes. Em termos percentuais tivemos, na nossa amostra, 69% de relações soroconcordantes e 31% de relações sorodiscordantes.

O aumento de relações estáveis entre pessoas com sorologias anti-HIV distintas nos defronta com o panorama da sorodiscordância, que responde por parte de nossos sujeitos, revelando a associação da aids como doença crônica e interfaces relacionadas a esta condição. Observamos várias modalidades de sorodiscordância entre as cinco pessoas do estudo que vivenciam essa situação conjugal, ou seja, um (1) homem soropositivo em relacionamento conjugal com mulher soronegativa, um (1) homem soronegativo em relacionamento conjugal com mulher soropositiva, duas (2) mulheres soropositiva em relacionamento conjugal com homem soronegativo e uma (1) mulher soronegativa em relacionamento conjugal com homem soropositivo.

A sorodiscordância nos coloca *vis-à-vis* com aspectos em construção na epidemia de HIV, como um tema de grande repercussão e desafiante aos profissionais de saúde que trabalham com pessoas que vivem com HIV, em busca do compasso entre orientação adequada e direção para temas pouco abordados nos serviços, afastando-se do foco apenas medicamentoso.

As recomendações de pesquisadores e ativistas no enfrentamento da epidemia de HIV/aids combinam quatro conjuntos de ações: 1. Ações que impeçam as pessoas de contraírem o vírus; 2. Ações que impeçam as pessoas com o vírus de terem aids; 3. Ações que impeçam as pessoas que têm aids de morrerem por essa causa; 4. Ações que garantam a qualidade de vida e a saúde das pessoas que têm o HIV ou a aids (IPG, 2003).

A faixa etária variou de 18 a 46 anos, estando os casos de soropositividade concentrados na faixa etária de 20 a 40 anos. No Brasil, de 1980 a 2007, os casos de aids estão concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos, tanto em homens quanto em mulheres, correspondendo, respectivamente, a 86% e 82,6% do total de casos.(BRASIL, 2007a)

Quanto à procedência, todos são de municípios da região sul-cearense, sendo provenientes de Crato (1), Assaré (1), Jardim (1) Penaforte (1), Brejo Santo (1), Lavras da Mangabeira (1), Milagres (2) e Juazeiro do Norte (8). O número de pessoas atendidas no ambulatório de infectologia segue as características mundiais da epidemia, entre as quais figuram moradores de cidades do interior e periferias de grandes centros, fenômeno denominado de interiorização da infecção, confirmado no presente estudo.

Até março de 2002, a maioria dos casos de aids ainda se concentravam nas regiões sudeste e sul, direcionado às grandes metrópoles. No entanto, a epidemia vem destacando mudanças no perfil epidemiológico desde então, alcançando municípios com populações menores, revelando padrões distintos nos diversos níveis de agregação geográfica (SILVA, 2004).

Dos dezesseis (16) sujeitos do estudo, nove (9) só estudaram até o ensino fundamental, mas somente um (1) concluiu esse nível escolar, e sete (7) chegaram a concluir o ensino médio. Esse fator social remonta aos dados seguintes quanto à renda familiar e à ocupação principal relatada: Dez (10) dos participantes do estudo afirmaram ter nenhuma renda ou renda até um salário mínimo (à época, R\$ 350,00), enquanto das seis (6) pessoas restantes, cinco (5) mantinham rendas entre R\$ 400,00 a R\$ 800,00 e uma (1) relatou renda de R\$ 1.800,00. Aqueles que declararam nenhuma renda contavam com apoio de familiares, agricultura de subsistência e/ou incentivos oficiais, sob forma de programas sociais do Governo Federal.

Quanto à ocupação profissional principal, podemos visualizar no quadro oito (8) um panorama da diversidade de ocupações e atividades desempenhadas pelos sujeitos, na sua maioria, caracterizadas por atividades não-formais, porém chama atenção o fato de apenas cinco (5) das pessoas que participaram deste estudo estar trabalhando na época da coleta de dados, em confronto com as onze (11) pessoas sem atividade laboral, das quais: quatro se declararam “do lar”, quatro se encontravam desempregadas, um aposentado pela aids, uma estudante e uma trabalhadora rural para subsistência.

Quanto aos dados sócio-econômicos podemos considerar que a vivência da soropositividade pelo HIV remonta à questão da pauperização apontada como fenômeno da epidemia de aids. Lembra-se, no entanto, que condição sócio-econômica privilegiada não se constitui fator protetor para a infecção pelo HIV.

O final da década de 80, mostra feições mais definidas na epidemia da aids, caracterizando-se por uma distribuição mundial, alcançando regiões mais pobres da sociedade (SILVA, 2004).

Ao longo da década de 90, demonstrou-se a presença de fatores estruturais que facilitam a transmissão do HIV e sua concentração em áreas geográficas e populações particulares. Tais fatores podem ser agrupados em categorias distintas, mas interconectadas e revelam (sub)desenvolvimento econômico e pobreza; mobilidade, incluindo migração, trabalho sazonal, e convulsão social em razão de guerras e de instabilidade política, que interagem freqüentemente com a pobreza, condicionando a vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS, além de desigualdades de gênero, que interagem com a pobreza (e a contínua feminização da pobreza), colocando mulheres e homens em situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV (PARKER; CAMARGO, 2000).

Entre os/as participantes do estudo, a distribuição de número de filhos apresenta-se da seguinte forma: seis (6) pessoas com um filho, duas (2) pessoas com dois filhos, uma (1) pessoa com três filhos, uma (1) pessoa com quatro filhos, duas (2) pessoas com cinco filhos e quatro (4) pessoas ainda sem filhos.

Com a descoberta da soropositividade ao HIV em suas vidas, evidenciamos a ocorrência de novas gestações (Quadro 10), em pessoas com diagnóstico já conhecido ou sendo esse o evento que contribuiu para a descoberta.

Quadro 10 – Distribuição do número de filhos quanto número de filhos gerados após conhecimento de *status* sorológico. Juazeiro do Norte – CE. 2007.

Filhos após o diagnóstico	N
Não tiveram filhos	9
Gestante	2
Um (1) filho	5
Total	16

Sete (7) pessoas reproduziram após o conhecimento de seu *status* sorológico, das quais cinco (5) haviam tido um filho e duas (2) encontravam-se gestantes no período de coleta de dados. Nove (9) pessoas não tiveram filhos após o conhecimento da soropositividade e apenas

três pessoas do estudo não haviam experienciado a maternidade ou paternidade em suas vidas, antes ou após a descoberta da sua soropositividade.

Estudo realizado, em 2004, com 85 gestantes infectadas pelo HIV, assistidas no Pré-Natal de Alto Risco do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, investigou características referentes à infecção e paridade evidenciando que em 60% dos casos a mulher recebeu o diagnóstico durante a triagem sorológica pré-natal ou no momento do parto. Quanto ao número de gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV, a maioria (67,3%) apresentou uma gestação, porém foram identificadas mulheres com duas a sete gestações (32,7%) após o diagnóstico (ROMANELLI et al., 2006).

Na análise do Quadro 11, observamos que, em sua maioria, a transmissão do HIV relatada foi do tipo sexual. Quinze (15) participantes apontam esta como a possível via de contaminação, enquanto uma (1) afirma desconhecer a provável forma de contaminação.

Dados nacionais do Boletim Epidemiológico DST/aids (até out/2007) trazem a via sexual como principal forma de contaminação, em indivíduos com mais de 13 anos, desde a descoberta do HIV, respondendo por 61,8% dos casos entre os homens e 89,9% dos casos entre as mulheres (BRASIL, 2007a).

Quanto à forma de descoberta da soropositividade, foram vários os motivos que desencadearam o ciclo “suspeita”-exame-confirmação. Na descrição destas formas tivemos: cinco em decorrência de gestação (última ou atual); três por gestação da esposa; seis por doença oportunista (sua ou do parceiro); uma como triagem de DST e uma por comunicação realizada pelo parceiro que já conhecia sua condição sorológica. Salientamos que nenhum participante referiu ter realizado exame por iniciativa própria.

Dentre os motivos para solicitação da sorologia anti-HIV, constantes nos prontuários de atendimento, observamos: cinco devido exame do pré-natal; cinco devido testagem do parceiro; cinco devido doença oportunista e um devido DST.

Destacamos a significância do ciclo gravídico-puerperal para a descoberta do HIV, referida pela metade do grupo desta investigação e nos registros dos motivos que levaram à solicitação da sorologia anti-HIV. Estes dados, embora digam respeito a uma amostra específica, norteiam-nos quanto à necessidade de testagem de gestantes, que culmina com a descoberta de casos neste grupo populacional e nos seus parceiros, como também com a prevenção da transmissão materno-infantil.

Quadro 11 – Caracterização dos participantes do estudo quanto à descoberta do HIV. Juazeiro do Norte – CE. 2007.

Codinome	Forma de contaminação	Forma de descoberta	Motivo da sorologia	Resultado da sorologia	Tempo de (con)vivência com o HIV
Anauá-F	Sexual	Gestação	PN	(+)	>3 a
Amanari-M	Sexual	Internamento	DO	(+)	>2 a
Caiubi-M	Sexual	Pneumonia	DO	(+)	>2 a
Apuã-F	Desconhecida (+) SD	Gestação	PN	(+)	<1 a
Coaraci-M	(-) SD	Gestação da esposa	Testagem do parceiro	(-)	<1 a
Iraí-M	Sexual	Gestação da esposa	Testagem do parceiro	(+)	>1 a
Itaú-M	Sexual	Gestação da esposa	Testagem do parceiro	(+)	>11 a
Iaciara-F	Sexual	Internamento do esposo	DO	(+)	>5 a
Içara-F	(-) SD	Parceiro informou antes da união	Testagem do parceiro	(-)	>2 a
Jaci-M	Sexual (+) SD	Emagrecimento	DO	(+)	>5 a
Jupi-M	Sexual	TB ganglionar	DO	(+)	>3 a
Irajá-F	Sexual (+) SD	Investigação pós-citologia oncológica	DST	(+)	>5 a
Iraputã-F	Sexual	Gestação	PN	(+)	<1 a
Jaciaba-F	Sexual	Gestação (esposo sabia / não contou)	PN	(+)	>2 a
Japira-F	Sexual	Gestação	PN	(+)	<1 a
Potira-F	Sexual	Doença do esposo	Testagem do parceiro	(+)	<1 a

Legenda:

DO= doença oportunista

DST= doença sexualmente transmissível

E= Elisa

PN= pré-natal

SD= Sorodiscordância ao HIV

N= não

(+) =sorologia reagente (positiva)

(-) = sorologia não-reagente (negativa)

Neste estudo, verificamos a efetivação da triagem sorológica para o HIV no início da gestação, contudo o início da terapia antiretroviral profilática se deu, por vezes, tardiamente, podendo revelar possível desconhecimento da severidade da infecção.

Sobre essa perspectiva, estudo que buscou identificar percepções de mães soropositivas ao HIV acerca da severidade da infecção, demonstrou a complexidade da aids e suas contradições emanadas em duas categorias, o *não pensar na doença*, que nega a existência da aids relegando-a para segundo plano pela não presença de sintomas, e o *medo da morte*, mais evidente principalmente na revelação do diagnóstico e manifestada de maneira desigual nos

diferentes grupos sociais e mais fortemente nas camadas mais desfavorecidas. Com o tempo a morte perde sua imediatez frente à ausência de sintomas da aids (NEVES; GIR, 2007).

Observamos ainda, após o primeiro exame positivo realizado na gestação, relatos de sucessivos encaminhamentos para novas testagens e centro de referência, postergando-se a introdução da profilaxia da transmissão vertical. Tal fato chama-nos à atenção pela possibilidade de precariedade da assistência à gestante e corrobora com os dados de pesquisa de coorte, retrospectiva, sobre a qualidade da assistência prestada à gestante/parturiente infectada pelo HIV, cuja população foi de 1475 mulheres soropositivas e seus RN expostos, assistidos de 1996 a 2003, em 17 maternidades públicas de quatro regiões brasileiras. Comprovou-se ter havido aumento do diagnóstico sorológico para HIV, sendo que 80% dos casos ocorreram antes do parto, dos quais 35% antes da gestação, 45% durante a gestação e 11% na maternidade por testagem rápida. Entretanto, os resultados apontaram que 24% das gestantes não tiveram acesso sequer ao AZT oral, 19% não tiveram acesso ao AZT intravenoso, 8% dos bebês não foram medicados com solução oral de AZT e 10% tiveram risco adicional pelo aleitamento materno, apresentando um coeficiente de TV de 5,6% (variação de 2,9% a 7,5%), muito aquém do esperado (coeficiente de 2% ou abaixo desse nível) se adotadas as medidas preventivas da TV. Com isso, atenta-se para a fragilidade da organização administrativa e para avaliação dos serviços de saúde na busca da redução da TV do HIV (VASCONCELOS; HAMANN, 2005).

Quanto ao tempo de (con)vivência com o HIV, observamos que o tempo médio de soroconversão dos participantes do estudo foi de 3,2 anos, variando de menos de um ano a mais de 11 anos, correspondente a: cinco (5) pessoas com menos de um ano de diagnóstico, uma (1) pessoa com mais de um ano, quatro (4) pessoas com mais de dois anos, duas (2) pessoas com mais de três anos, três (3) pessoas com mais de cinco anos de diagnóstico e uma (1) pessoa com mais de onze anos de diagnóstico. Dessas pessoas, duas (2) são sorodiscordantes, com sorologia anti-HIV negativa, convivendo com o HIV há menos de três anos, sendo que uma convive a menos de um ano e a outra a mais de dois anos.

Embora tenhamos verificado que cinco pessoas vivenciem o HIV há menos de um ano, também fica clara a vivência do HIV por um período maior nas suas vidas, corroborando com a condição de cronicidade que envolve a epidemia de HIV/aids e seu enfrentamento, demandando novos desafios para o século XXI na condução dessa problemática mundial.

A aids vem sendo pensada e considerada como doença crônica, após o desenvolvimento da terapêutica medicamentosa, que demonstrou eficácia na melhoria da sua morbi-mortalidade, e facultou às pessoas com aids mudanças de valores, crenças, hábitos e conhecimentos, individuais e coletivos (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Quadro 12 – Caracterização quanto ao tratamento e ao atendimento. Juazeiro do Norte – CE. 2007.

Codínome	TARV em uso	Início TARV	Tempo de atendimento institucional	Frequência Atendimento	DST Anterior (referida ou registrada)
Anauá-F	S	05/2007	3 a	Trimestral	HPV e Sífilis
Amanari-M	S	01/2005	2 a	Mensal	N
Caiubi-M	S	05/2005	2 a	Mensal	N
Apuã-F	S (P-TV)	05/2007	1 m	Mensal	N
Coaraci-M	N (SD)	N	1 m (SD)	SD	N
Iraí-M	S	2006	1 a	Mensal	N
Itaú-M	S	08/1997	5 a	Mensal	N
Iaciara-F	N	N	4 a	Trimestral	Herpes Genital
Içara-F	N (SD)	N	2 a (SD)	SD	N
Jaci-M	S	11/2002	4 a	Mensal	Gonorréia
Jupi-M	N	N	2 a	Mensal	N
Irajá-F	N	N	3 a	Mensal (c/esposo)	Sífilis
Iraputã-F	S (P-TV)	07/2007	1 m	Fez um retorno	HPV
Jaciaba-F	S	08/2004	2 a	Mensal	N
Japira-F	S (P-TV)	07/2007	1 m	Mensal	N
Potira-F	N	N	7 m	Trimestral	N

Legenda:

S = sim

SD = Sorodiscordância

a = ano

N = não

P-TV = Profilaxia da transmissão vertical

m = mês

De acordo com o Quadro 12, quanto ao uso de TARV podemos observar que dez (10) entrevistados fazem uso da mesma, sendo que três (3) encontravam-se no período gestacional e utilizavam dessa terapêutica como profilaxia da transmissão vertical (P-TV).

O início da TARV ocorreu na vida dessas pessoas no período de tempo apresentado na Quadro 13. Das seis pessoas que não utilizam TARV, duas são soropositivos e duas soronegativos e con-vivem com HIV/aids em decorrência da relação conjugal.

Quanto ao tempo de atendimento na instituição pesquisada, podemos observar a seguinte relação de tempo: cinco pessoas são atendidas na instituição há menos de um ano; uma

pessoa é atendida há mais de um ano; quatro pessoas há mais de dois anos; três pessoas há mais de três anos; duas pessoas há mais de quatro anos e uma pessoa há mais de cinco anos.

Quadro 13 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de início de TARV. Juazeiro do Norte – CE. 2007.

Início TARV	N
Não Usa	6
< 1 ano	4
1 ano – 5 anos	4
5 anos – 10 anos	1
> 10 anos	1
Total	16

Quanto à referência de DST, relatada pelos/as entrevistados/as ou registrada nos prontuários de atendimento, excetuando-se a condição que já vivenciam, tivemos cinco pessoas (31%) com ocorrência de alguma DST, porém onze pessoas (69%) não relataram apresentar qualquer DST e não apresentaram registro das mesmas em seus prontuários. Dentre as cinco pessoas (quatro mulheres), que tem relato e/ou registro de DST, observamos a ocorrência de Gonorréia, Herpes genital, HPV (Papiloma vírus humano) e Sífilis.

Alerta-se para a associação significativa entre DST e aids como elemento contribuinte à expansão do HIV e possibilidade de agravamento da aids.

Estudo em mulheres, infectadas ou não pelo HIV-1, apresentando neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) - lesões precursoras do câncer de colo uterino, cujo escopo foi analisar a influência da infecção pelo HIV-1 sobre a presença do HPV (tipos oncogênicos 16 e 18), evidenciou infecção ativa pelo HPV em todas as mulheres, com frequência maior do HPV16, seguido pelo HPV18. Em mulheres com HIV-1 que apresentavam redução no número de linfócitos T-CD₄ foi demonstrada infecção aumentada de HPV oncogênicos, com predomínio de HPV16, figurando como provável fator etiopatogênico para a instalação das NIC (FERNANDES et al., 2004).

Diante de tais dados, atenta-se para a possibilidade inclusive de câncer de colo uterino nas mulheres infectadas pelo HIV, uma vez que esse tipo de carcinoma está relacionado ao HPV e o imunocomprometimento pelo HIV-1 pode influenciar os tipos oncogênicos do HPV.

Infecções vaginais, doença inflamatória pélvica e câncer de colo uterino, são postos em relevo como problemas ginecológicos que afetam a vida de mulheres com HIV. Embora sejam comuns também entre mulheres não infectadas, podem ocorrer com maior frequência ou severidade mediante a infecção pelo HIV (IPG, 2003).

Ressalta-se que o aumento de HIV/aids entre as mulheres, especialmente durante a idade reprodutiva, revela a importância de se discutir a saúde sexual e reprodutiva e os contextos de sua promoção.

O preservativo feminino pode representar importante elemento de poder e autonomia feminina na prevenção das DST/HIV e na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Estudo sobre conhecimento de médicos e enfermeiros, atuantes em unidades de referência para atendimento de DST em Fortaleza-CE, com relação ao preservativo feminino e a dinâmica para promoção deste método, demonstrou que os profissionais apresentavam déficit de conhecimento sobre o preservativo feminino, sendo as orientações sobre o método oferecidas eventualmente e não como parte do atendimento, não estando aptos a promoção do insumo (OLIVEIRA; MOURA; GUEDES; ALMEIDA, 2008).

Após a apresentação e caracterização dos participantes desta investigação e discussão das conexões e paradoxos evidenciados, segue-se à terceira etapa que trata do conhecimento científico da enfermeira sobre o outro, coerente à Enfermagem Fenomenológica. Esta etapa é fundamentada pela relação Eu-Isso, relatada por Buber (1974).

4.3 Temáticas e sub-temáticas

Após o conhecimento intuitivo, buscamos o conhecimento científico descrito por Paterson e Zderad e, diante do fenômeno observado e das falas analisadas, chegamos a três (3) unidades temáticas e destas foram abstraídas onze (11) sub-temáticas, apresentadas no Quadro 14 e analisadas na seqüência textual.

Segue-se à explanação das temáticas e categorias mediante aplicação da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1974) interpretação à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad e da literatura pertinente.

Quadro 14 – Unidades Temáticas

Temáticas	Sub-temáticas
Vivência sexual	O preservativo nas relações sexuais
	Alterações no desejo após a descoberta da soropositividade ao HIV
	Alterações na prática sexual após a descoberta da soropositividade ao HIV
Vivência Reprodutiva	Métodos contraceptivos usados antes da vivência e convivência com o HIV/aids
	O preservativo como referência contraceptiva e de proteção nas relações sexuais
	Desconhecimento do uso de outros métodos contraceptivos na infecção pelo HIV
	Desejo de ter filhos
	Medo da transmissão vertical do HIV
	(Des)conhecimento das medidas profiláticas na redução da Transmissão Vertical do HIV
Vivência da Conjugalidade	Modificação na relação conjugal frente ao cuidado consigo e com o outro
	A quebra da confiança depositada no outro frente ao HIV

TEMÁTICA - Vivência Sexual

Como uma característica própria do ser humano, a sexualidade está presente em todas as fases da vida, manifestada de várias formas como resultado de uma construção histórica permeada por valores e a moral de cada sociedade. A sexualidade envolve mais que o intercursos sexual, implicando em nuances que perpassam por questões de gênero, sexo, orientação sexual, práticas do sexo, atitudes, intimidade, entre outros elementos.

A OMS estabelece a seguinte definição:

A sexualidade é uma dimensão central dos seres humanos ao longo de seu ciclo de vida, abrange o sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada através dos pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papeis e relações. No entanto, nem sempre todas essas dimensões são experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, sociológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2002).

Já a saúde sexual é definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, e requer enfoque positivo e de respeito à sexualidade e às relações sexuais, com possibilidade de que essas experiências sejam seguras, livres de coerção, discriminação e violência (WHO, 2002).

Mediante estas definições, verificamos a multiplicidade de aspectos que envolvem a sexualidade e podem modular a vida dos casais que (con)vivem com o HIV.

Percebemos que ao falar sobre a esfera sexual, as manifestações orais geraram conteúdos direcionadas para os eixos da genitalização e dos papéis sexuais, vinculados principalmente à entrada do preservativo na vida conjugal, após a soroconversão, sobrepondo-se à amplitude da temática. Elementos diversos sobre não uso, introdução e adaptação ao preservativo mediaram modificações no desejo sexual mascararam a discussão sobre práticas sexuais, evidenciando uma expressão sexual vinculada à entrada do preservativo ao se descobrirem vivendo e convivendo com o HIV/aids, revelando a dualidade –provável uso (hoje) e desuso (ontem) – desse contexto sexual.

Sub-temática – O preservativo nas relações sexuais

O preservativo é reconhecido como um acessório multiuso, fácil e oportuno, que oferece segurança à atividade sexual, podendo ser utilizado para prevenir DST e gestações indesejadas.

Sabe-se que o uso do condom no Brasil tem crescido desde o evento da epidemia de HIV/aids, quando comparadas estimativas de uso de condom masculino nos primeiros momentos da epidemia e após a década de 90, dez anos após seu aparecimento. Entretanto, o percentual de uso de uso permanece abaixo do ideal, com percentual mais elevado entre os não unidos. (VILELA; BARBOSA; DINIZ, 2007).

Percebemos que o uso do preservativo não era uma rotina na vivência sexual dos sujeitos entrevistados, sua prática, quando existia, foi relatada como sendo de forma inconsistente.

Os depoimentos abaixo relatam o não uso de preservativo associado a uma despreocupação com a proteção individual gerada por este dispositivo.

“Nós não usamos. Pra falar a verdade eu nunca usei preservativo. Ao todo eu só tive três parceiras. Nunca usei preservativo. Não precisava!”. Coaraci-M

“Agora, antes da descoberta (pausa) não tinha essa preocupação (de usar o preservativo). Eu acho que foi daí que eu adquiri, mas não sei quando, aonde, com quem, não imagino”. Caiubi-M

Constatamos também que emerge das falas uma concepção que associa a auto-imagem de “ser saudável” à necessidade de uso ou não do preservativo, masculino ou feminino. Cabe salientar que essa idéia volta-se aos constructos advindos da veiculação dos primeiros casos de aids, favorecedores da disseminação dessa imagem de associação a grupos específicos –grupos de risco, que, como vemos, ainda permeia o imaginário e determina a ação de não proteção desses indivíduos que não se vêem pertencentes a nenhum grupo.

Oliveira, Barroso e Soares (2006) ressaltam que as campanhas veiculadas pelo Ministério da Saúde tiveram enfoques variados, tendo abordado desde questões como o preconceito ao homossexualismo masculino, aos travestis, às profissionais do sexo e aos portadores do HIV, até a focalização de alguns grupos específicos (caminhoneiros, adolescentes e usuários de drogas injetáveis), buscando o direcionamento para o campo da prevenção, sugerindo o uso do preservativo como a principal medida preventiva à aids.

O trabalho no sentido de focalização e delimitação da doença nos grupos de risco ocultou o alcance da epidemia aos heterossexuais e, por conseguinte, as mulheres, contribuindo para que a mídia disseminasse a idéia de que a aids era uma doença moral, melhor dizendo, da imoralidade (AYRES; FRANÇA; CALAZANS; SALETTI FILHO, 1999).

O uso restrito do preservativo apresenta-se como realidade nas relações conjugais, e o HIV/aids ainda é visto como “doença do outro”, havendo pouca discussão desse tema entre os casais. Esse pensamento implica na restrição da adoção de comportamentos preventivos, calcados por valores culturais sobre amor e fidelidade associados ao casamento, observando-se, nesse cenário, categorias de vulnerabilidade individual, social e cultural (MAIA; GUILHEN, FREITAS, 2008).

Buscando focar o significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da aids, estudo realizado com homens casados demandou dois universos de significados da fidelidade

dentro do casamento com relações sexuais diferenciadas, no espaço “dentro” e “fora de casa”, adequado ou não ao uso do preservativo, com sugestão de que as relações sexuais conjugais não oferecem risco (SILVA, 2002).

Em contraponto ao não uso do preservativo nas relações sexuais, por não haver uma preocupação com o aspecto da proteção, encontramos também, em algumas mulheres, o não uso do preservativo anterior à descoberta da soropositividade, atrelada a vivência conjugal estável, sendo essa a justificativa para esse comportamento.

No imaginário masculino, mediante estudo com homens casados, o uso do preservativo é considerado obrigatório nas relações extraconjugais. Já a relação sexual não é vista como perigosa, sendo o uso da camisinha recomendado nas relações sexuais com pessoas “desconhecidas” (pensamento que entende “conhecer a pessoa” como um método de prevenção), vinculando, no casamento, o uso do preservativo à contracepção (SILVA, 2002).

Estudo realizado com homens e mulheres identificou que a justificativa mais freqüente entre as mulheres (24%) para o não uso do preservativo em situações de parceria fixa foi a confiança no companheiro (MAIA; GUILHEN, FREITAS, 2008).

Vejamos os depoimentos:

“Tu sabe, antes ele já deve ter tido muitas namoradas, muita mulher, porque é muito difícil o homem dizer que só teve uma mulher na vida. E a gente, mulher, depois que se casa não vai usar camisinha, né? Porque a gente não acha que tem necessidade de usar com o marido todo dia”. Iaciara-F

“Por que como eu estou casada, casada nunca vai usar preservativo, né? Ai eu imaginava que um dia pudesse acontecer comigo, mas também nunca pensei em me prevenir, também ele não queria. Ele dizia ‘- não, não gosto não desse negócio de preservativo’”. Potira-F

Várias pesquisas anunciaram que antes da soroconversão ao HIV, práticas preventivas não faziam parte da vida da maioria das mulheres pesquisadas (VERMELHO; BARBOSA; NOGUEIRA, 1999; GALVÃO; RAMOS-CERQUEIRA; FERREIRA; SOUZA, 2002; SANTOS et al., 2002).

Em investigação quanto ao uso de medidas contraceptivas que também se aplicam à proteção da transmissão do HIV, entre mulheres portadores de HIV, obteve-se os seguintes

dados: 86,3% referiram formas adequadas de evitar gravidez conjuntamente à evitar transmissão ou reinfecção pelo HIV e 13,7% referiram formas inadequadas. Salienta-se que as mulheres não-casadas (96,6%) usaram mais formas adequadas de prevenção e proteção do que as casadas (79,5%) (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004).

Entre os relatos de uso do preservativo, alguns depoimentos retrataram o uso ocasional do mesmo, destacando-se o fato de não haver motivos que identificassem a intenção desse movimento de uso e não uso, numa evidente situação que desconsidera o risco e o coloca vinculado ao outro.

“Antes eu usava só de vez em quando [...]”. Jaci-M

“Não, todas não! Tinha vez que tinha (pausa) tinha vez que não (falando sobre relação sexual com preservativo). Mas não usei dessa vez que eu saí grávida desse menino. Com outros, antes dele (marido) tinha (pausa), quer dizer, tinha vez que eu me preocupava, mas às vezes não preocupava não [...]. Não imaginava que podia pegar, já tinha ouvido falar de aids, não achava que podia pegar (silêncio)”. Japira-F

“Eu lembro que eu fui uma vez no posto por que eu tava abusada de tomar anticoncepcional, aí eu peguei com a enfermeira lá e peguei umas camisinhas, aí ele usou bem pouquinho [...]”. Potira-F

Nesse movimento, que ousamos denominar “uso / desuso”, desta vez relatado por alguns homens, verificamos uma nova expressão, em contextos de parceria fixa (estável) se relata o não uso de preservativo e em contextos de parceria extraconjugal (ocasional) se inseri a referência ao uso do preservativo.

“Antes eu não usava não. Quando eu saía (em referência a parceria fixa) era que eu usava. Mas teve um tempo que eu bebia muita cachaça, aí tinha vez que eu não usava”. Jaci-M

“Já, já tinha usado camisinha. Assim, quando eu separava que passava uns quatro - cinco meses sem ter outra pessoa (pausa), eu, eu (pausa), a preocupação era total. É como eu tô dizendo a você, jamais eu imaginava que ia acontecer comigo [...]”. Jupi-M

A estabilidade na relação tende a diminuir o uso do preservativo, significando que a idéia de segurança como parte da atividade sexual ainda está longe de se ter incorporado (VILELA; BARBOSA; DINIZ, 2007).

Somente uma pessoa, entre as entrevistadas, referiu usar, consistentemente, o preservativo, tendo abolido, no entanto, diante do desejo de engravidar, associando o preservativo às questões contraceptivas, assunto versado em categoria adiante.

“A gente usava (preservativo) antes, todos os dias, mas esse ano eu não queria mais usar por que eu queria ter filho”. Iraputã-F

Observamos também a referência ao desuso do preservativo como uma responsabilidade e escolha masculina, aonde a “intenção” da mulher em usar este meio de proteção é validada somente pela anuência do companheiro, sendo a colocação do preservativo uma atribuição do homem.

“Ele dizia assim: ‘-não gosto disso, não, porque é grosso, não sei o quê, não tem gosto de nada’. E aí pronto, foi só uma vez mesmo que a gente usou”. Potira-F

“[...] Ele é que usava, aí eu não sei como ele coloca”. Japira-F

Romanelli et al. (2007), comentam que as mulheres dependem do parceiro na utilização do preservativo, salientando que alguns conceitos são enraizados culturalmente numa referência que o preservativo afeta a virilidade, fazendo os homens negarem o seu uso.

Nesse ínterim, reafirma-se o poder masculino exercido dentro das relações conjugais, onde parece haver naturalização das relações de dominação dos homens sobre as mulheres, em concordância ao pensamento por Oltramari (2005).

Diante dos elementos analisados, evidencia-se a predominância da ausência do preservativo na vivência sexual de pessoas que (con)vivem com HIV antes da descoberta do resultado sorológico, salientando que o uso ocasional está relacionada à prevenção nas situações de parcerias eventuais e à contracepção em situação de parceria estável.

Considera-se o percentual de uso do preservativo abaixo do ideal, embora esse índice venha demonstrando elevação. De 1998 a 2005, a utilização de preservativo masculino passou

de 23, 87% para 35,37%, entre pessoas com idade de 16 a 65 anos, sexualmente ativas (BERQUÓ; KOYAMA, 2005). Contudo, a taxa de uso do condom, no Brasil, não se apresenta homogênea entre os diversos grupos populacionais, e torna-se preocupante pelo fato deste insumo ainda ser mais utilizado para prevenir gestações indesejadas do que para prevenir IST, sendo esta não considerada como uma prática regular (VILELA; BARBOSA; DINIZ, 2007).

Como observamos, a maioria dos entrevistados afirmou não usar tal dispositivo de proteção antes de saber-se infectado pelo HIV, e os relatos demonstram a introdução do preservativo masculino nas relações sexuais a partir desta descoberta em suas vidas. Vejamos os depoimentos:

*“A gente [...] começou a usar preservativo quando descobriu o HIV”.
Iaciara-F*

*“Nunca tinha usado [...]. Agora eu faço com ele só com camisinha”.
Jaciaba-F*

“Depois que descobriu, a gente passou a usar preservativo sempre. Depois que eu descobri, tive relações sempre evitando, sempre com preservativos”. Caiubi-M

“No mesmo dia que eu descobri eu já passei a usar. E ela (que ainda não sabia): ‘- meu filho, por que é que tu tá usando?’ Não, nada não! (pausa) Aí ela ia jogando: ‘- é porque tu tá doente, porque tu adoeceu? [...]’”. Jupi-M

Nesta investigação, o preservativo feminino não foi citado na vivência contraceptiva de pessoas que (con)vivem com HIV antes da infecção.

Oliveira, Moura, Guedes e Almeida (2008), afirmam que a concepção de que a mulher não faz uso do preservativo feminino por desconhecê-lo é preconceituosa e generalizada, e mesmo que seja uma realidade, constitui-se objeto a ser trabalhado por médicos e enfermeiros. Destarte, Santos et al (2002), atentam para a possibilidade do uso do preservativo feminino como alternativa ao masculino, com orientações consistentes e claras quanto ao risco aumentado para adquirir DST nas relações sexuais no período menstrual e na presença de lesões genitais. Argumentam que a orientação quanto ao uso do preservativo não deve ser apenas ao referir que as relações sexuais (anais, orais e vaginais) devam ser com o uso do

preservativo, mas explicitar as diferentes probabilidades de ocorrências de DST nos diversos tipos de relações sexuais.

Pesquisa realizada em 2006, com mulheres soropositivas do ambulatório de infectologia de Juazeiro do Norte – CE, sobre percepções de mulheres com HIV frente às experiências sexuais, encontrou que a situação de infecção pelo HIV demandou, para suas vidas, concepções positivas quanto ao uso do preservativo masculino, em contraste a não utilização na fase pré-infecção, levando à compreensão que o conhecimento obtido para a mudança de comportamento foi incorporado ao vir-se frente à contaminação pelo HIV, cujos efeitos e visibilidade trazida pelo HIV se situavam apenas no plano imaginário. (CORIOLANO; VIDAL; VIDAL, 2008).

O uso do preservativo, como método de proteção por pessoas que vivem com HIV/aids, objetiva evitar a transmissão horizontal do vírus e a re-infecção, além de responder, universalmente, pela proteção para aquisição de novas DST. Nesse ínterim, essa modalidade de prevenção foi citada pelos entrevistados:

“Passei a usar porque não pode, se não, passa de um pra outro”.
Anauá-F

“[...] tem que usar camisinha por que você pode estar com o organismo fraquíssimo, então ela pode passar pra você mais ainda”. *Jupi-M*

Se a introdução do preservativo aparece com forte significado na vivência sexual de pessoas que (con)vivem com HIV, observamos nos conteúdos presentes nas falas uma referência à também significativa orientação profissional para adesão ao uso do preservativo masculino na vida sexual após a revelação diagnóstica.

“Quando a gente vem pra cá (ambulatório de infectologia), a enfermeira ensina bem direitinho como usar, pra não acontecer da camisinha estourar”. *Jaci-M*

“Inclusive foi passado pra nós, a partir de hoje todas as relações que vocês forem ter tem que usar camisinha [...]”. *Jupi-M*

“Não, quer dizer, só na primeira consulta, a enfermeira falou sobre a camisinha, me deu camisinha, falou sobre a feminina (risos) [...]”. Iaciara-F

“[...] ele passou a usar depois que foi descoberto, por que a enfermeira disse que como o segundo (exame) deu negativo a gente tinha que ficar usando preservativo”. Potira-F

“No pré-natal me falaram pra usar preservativo”. Anauá-F

O preservativo é um dos meios mais seguros para a prevenção das DST/HIV, no entanto é preciso que os profissionais estejam bem informados sobre o método para repassar de forma segura e com convicção as informações à clientela, que poderá decidir o que é melhor para si (OLIVEIRA; MOURA; GUEDES; ALMEIDA, 2008).

Embora os entrevistados deste estudo tenham anunciado a introdução do preservativo em suas vidas sexuais após a descoberta da infecção pelo HIV, dados nacionais revelam que mesmo tendo aumentado o consumo de preservativo masculino em cerca de 15 vezes, nos últimos 10 anos, sabe-se que a taxa de uso ainda é pequena e o uso consistente desse método de proteção está associado aos contextos de parcerias eventuais, verificando-se uma redução significativa no seu uso quando as pessoas estão em situação de parceria fixa.(IPG, 2003).

De acordo com Reis (2004) entre casais sorodiscordantes existe maior motivação para uso do preservativo, implicando num processo de transformações e incorporação de hábitos nem sempre fácil para o casal, principalmente, por este uso representar uma condição obrigatória para proteger a parceria contra a infecção pelo HIV.

Com efeito, a eficácia e segurança do preservativo dependem da conservação, da técnica de uso e do uso correto e consistente em todas as relações sexuais. Isto posto, o uso de preservativo (masculino ou feminino) apresenta-se como a forma mais segura e eficaz para a redução do risco de aquisição do HIV e outros agentes sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2005).

Ressalta-se que a orientação para uso do preservativo associa-se, inúmeras vezes, a outro método de contracepção, configurando essa ação numa dupla-proteção (prevenção de DST e de gravidez indesejada). No entanto, esta não é a única forma dupla que verifica esta proteção, uma vez que, conforme afirma Berer (2007), os preservativos continuam a ser o maior apoio à dupla-proteção, embora existam vários métodos de dupla-proteção (ANEXO F).

Entre os conteúdos analisados, resultantes das entrevistas nos encontros vivenciados por nós, observamos que a entrada do preservativo masculino na vida sexual das pessoas que (con)vivem com HIV provocou mudanças com a necessidade de adaptação a esse novo dispositivo que passou a habitar esses contextos conjugais.

Entre os relatos, houve referência a boa adaptação ao uso do preservativo, uma vez que este já transitava, eventualmente, nas cenas sexuais de algumas pessoas, levando à compreensão que a boa adaptação referida associava-se ao uso prévio do preservativo.

Alguns dos depoimentos:

“A gente se adaptou fácil, porque de vez em quando já usava, aí ele já era treinado. Oxe, ele disse: ‘isso aqui é fácil, aí pronto!’” Anauá-F

“Eu não senti muita diferença não (pausa), por que quando eu me separei do rapaz que eu vivia com ele, a gente já tinha (relação sexual) com camisinha. Então já vinha de longo tempo [...]”. Irajá-F

Em oposição aos recortes anteriores, houve relatos que expressaram dificuldade ao iniciar o uso do preservativo, uma vez que este não fazia parte da rotina sexual da pessoa. Essas colocações expressavam dificuldade na introdução de um dispositivo ao qual não se estava habituado, entretanto, seguidamente se deu alusão à adaptação individual, mediante a necessidade de proteção percebida. Vejamos:

“Começar a usar foi um pouco estranho. Pra quem não tem o costume é esquisito, mas depois acostuma”. Caiubi-M

“Não, pelo contrário, eu me adaptei. De início foi difícil, mas depois me adaptei tanto que hoje eu acho até melhor”. Itaiú-M

Essa dificuldade percebida entre os entrevistados foi evidenciada nos seus relatos, e, se comparada à primeira subcategoria, confirma o não-uso de preservativo na vida sexual dessas pessoas.

Reis (2004), em estudo com casais sorodiscordantes, apontou que após o conhecimento do diagnóstico ocorrem mudanças no comportamento preventivo daquelas pessoas, e a atribuição de condição necessária ao preservativo, nessas relações, encontra-se permeada por

conflitos, contradições e dificuldades por parte do portador do HIV, representando, para muitos, interferência na intimidade do casal e no prazer sexual. Essa situação se manteve entre aqueles com mais tempo de convivência da sorodiscordância ao HIV.

Neste estudo, alguns depoimentos expressam em seu conteúdo que a introdução do preservativo masculino foi difícil, mediada, principalmente, por não saber como usar, tornando claro que desconheciam o manejo deste método de barreira. Contudo, destaca-se novamente a alusão a necessidade de adaptação individual, como uma necessidade percebida diante da condição de viver ou conviver com HIV/aids.

“As relações são com preservativo. Passar a usar é difícil, porque eu com 28 anos tenho que me adequar a aprender a colocar o preservativo, porque eu não sabia (risos). É difícil se adequar, mas eu tenho que me adequar (pausa), daqui por diante eu tenho que me adequar”. Coaraci-M

“Ele (marido) aceita, mas é porque é o jeito, e ele tem medo de ter outro filho. Ele não se cuida, não se trata. Não tá tomando remédio [...]”. Jaciaba-F

Além das dificuldades realçadas diante da utilização e adaptação ao preservativo masculino, encontramos um relato de não adaptação a este dispositivo. Todavia, neste mesmo caso, observamos haver um enfrentamento do desejo de não usar o preservativo, pela não adaptação, mediado pela consciência da necessidade de proteção.

“Não (sobre a adaptação). Às vezes dá vontade de escapar, mas não pode não!” Jaci-M

Ao buscar a compreensão sobre os aspectos da adaptação ao condom masculino mediante o viver e conviver com HIV/aids, encontramos em Carvalho, Morais, Koller e Piccinini (2007), reflexões apoiadas no conceito de resiliência, concebida como a capacidade humana de superar adversidades. Tais autores comentam que o conceito de resiliência esteve muito relacionado à idéia de “invulnerabilidade” e de “adaptação”, contudo essas associações têm sido criticadas, em virtude de seu caráter estático e absoluto, observando-se uma perspectiva mais processual e dialética que, “no contexto humano, implica ‘superação’ da

dificuldade enfrentada possibilitando uma re-significação e/ou a construção de novos caminhos diante da adversidade”, representando uma capacidade que é construída durante o processo de desenvolvimento humano (CARVALHO; MORAIS; KOLLER; PICCININI, 2007:2025).

Diante do conceito de resiliência, observamos nas pessoas deste estudo, que a experiência da soropositividade, embora adversa, representou a transformação de hábitos de vida, pelo cuidado com a saúde ao informarem ter o preservativo adentrado na rotina sexual dos casais.

Em síntese, a entrada do preservativo masculino na relação sexual evidenciou a experiência da adaptação a um novo dispositivo, entremeada por referências de boa adaptação, por já ter havido uso prévio, e de dificuldade, por não saber usar ou por que este não fazia parte da rotina sexual, mas sempre ressaltada a necessidade de uso deste diante da situação que passaram a vivenciar.

Sub-temática – Alterações no desejo após a descoberta da soropositividade ao HIV

A libido, palavra proveniente do latim, significa desejo ou anseio e é caracterizada como a energia aproveitável para os instintos de vida (WIKIPÉDIA, 2008). Destarte, representa um dos aspectos da sexualidade, e esta possui conceituação diversa e ampla e não se resume apenas ao intercurso sexual.

Segundo Reis (2004), à sexualidade se associam hábitos, costumes, significados e atitudes, relacionados à história de cada indivíduo, sendo a sexualidade compreendida como a energia que impulsiona o indivíduo para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo, e não apenas para a reprodução.

As alterações no desejo sexual, referidas pelas pessoas deste estudo, reduziram-nas as associações entre elementos que foram postos de frente à condição de (con)viver com HIV/aids, decorrentes da introdução do preservativo masculino e do sentimento de traição disposto na relação conjugal.

Quanto às alterações no desejo sexual mediadas pela introdução do preservativo, observamos que esta introdução passa a exhibir uma nova dinâmica na esfera sexual em que são reveladas modificações de ordem física (sensações) e de ordem emocional (envolvimento),

mais presentes, nessa ordem, entre homens e mulheres, culminando com uma nova forma de ver e fazer sexo.

“Não é a mesma coisa! As relações anteriores, como é que eu digo, assim, na relação tinha mais vontade. A vontade era maior. A gente sentia que no outro tem um calor maior. Com a camisinha, com o preservativo, a gente não sente do mesmo jeito. Conseguir ter relação, a vontade não diminui, mas o calor é diferente, sabe?” Iraí-M

“[...] É difícil, assim, é muito chato (pausa), porque você tá lá naquele carinho, é gostoso, e tem que parar pra colocar a camisinha (risos). Eu acho chato demais.” Irajá-F

A quebra da confiança presente na relação conjugal (pormenorizado na temática Vivência da Conjugalidade, sub-temática A quebra da confiança depositada no outro frente ao HIV), revela-nos que esta permeia as alterações no desejo sexual, com possível núcleo vinculado à traição (possível ou conhecida).

Em pesquisa com mulheres soropositivas, Cechim e Selli (2007), identificaram o que denominaram de “vítima passiva”, mulheres que se diziam traídas e contaminadas pelo próprio marido/companheiro dentro de seu próprio lar, constatando que a confiança no parceiro constitui uma situação que ofusca o risco da contaminação.

Em outro estudo, realizado por Coriolano, Vidal e Vidal (2008), sobre as implicações da soropositividade na vida de mulheres com HIV, com relação ao desejo sexual, observaram, entre outros aspectos, que foram agregados ao sexo sentimentos negativos em decorrência de traição associada à infecção, havendo negativas quanto ao exercício da sexualidade e obtenção do prazer.

Vejamos esses depoimentos:

“A gente convive (pausa) convive bem! A única coisa que mudou foi em relação ao sexo. Pra ele eu acho que não, assim, não dá mais vontade (pausa), eu nem quero mais, mesmo gostando do marido!” Iaciara-F

“Tinha prazer! (risos) e não é que não goste dele. Não é que veja outro homem e deseje sexualmente, não! Nunca aconteceu isso, entendeu? Só que ficou uma coisa assim (pausa), não sei nem explicar (pausa), ficou aquela coisa ruim, aquela gastura. Saber que aquela pessoa ali

(pausa), saber que ela saiu com outra, pegar aquela doença e dizer que gostava de você, fazia isso!” Iaciara-F

Também verificamos, em alguns depoimentos, que as alterações quanto ao desejo sexual referidas, não apresentaram motivos aparentes, alertando-nos para outras causas às quais essas pessoas não conseguiram encontrar associação com a diminuição da libido. Esses relatos, advindos de mulheres, podem ter causas de outra ordem, inclusive mediadas pelo uso de ARV.

“A gente não tinha relação na gestação, não! Por que não tem vontade não! E agora, ainda não tive depois do parto não!” Japira-F

“Assim (pausa,) pra ele não, é a mesma coisa! Eu acho que não mudou não! Ele não fala nada. É muito difícil eu ter vontade. Muito difícil muito difícil (pausa). Eu não sou mais como eu era antes, assim (pausa) é diferente. Não é mais a mesma coisa, a gente não tem mais o prazer como a gente tinha antes”. Potira-F

Podemos observar que as mudanças provocadas pela soropositividade geram dificuldades na dinâmica conjugal quanto ao desejo sexual, mediante essa nova realidade de relação afetivo-sexual, seja do tipo concordante ou discordante.

Reis (2004), reitera que tanto o comportamento inicial sexual quanto o baixo nível de receptividade sexual marca a diminuição do desejo sexual, pois não ser receptivo às necessidades sexuais do parceiro que deseja esta atividade o faz se sentir frustrado, rejeitado, isolado e, destarte, o parceiro não receptivo pode se sentir culpado pela não disposição à necessidade do outro.

Para tanto, Reis (2004), considera que a equipe de saúde deva trabalhar com aspectos emocionais, os quais interferem com a qualidade e prazer sexual, numa atitude que busque desmitificar os significados atribuídos à aids e com a culpa em relação à sexualidade que permeia nos cenários da conjugalidade, ajudando no enfrentamento do medo da transmissão sexual do HIV, além de oportunizar comunicação e diálogo entre os casais e a equipe.

Welbourn (2007), afirma que o bem-estar sexual é parte essencial da vida de cada um. Sobre esse aspecto, ela complementa que mulheres com HIV, em todo o mundo, têm, constante e reiteradamente, seus direitos humanos em relação ao prazer e a reprodução restringidos

quando as pessoas ficam sabendo de sua condição sorológica, inclusive entre os profissionais de saúde.

A sexualidade deve ser compreendida como elemento essencial na vida de todo ser humano e pode sofrer influência multifatorial (biológica, cultural, psicológica e social), revelando ser sua discussão fundamental no (con)viver com HIV, pelas demandas de relações impostas frente à complexidade do HIV/aids nos tempos atuais, e pela necessidade de re-significações nas vivências afetivos e sexuais, com vistas à promoção da saúde sexual.

Sub-temática - Alterações na prática sexual após a descoberta da soropositividade ao HIV

Após saber-se soropositivo, entre as pessoas entrevistadas, verificamos relatos de alterações nas práticas sexuais com repercussão na vida afetivo-sexual. Analisando as falas, observamos que o foco quanto às práticas sexuais não foi direcionado para o comportamento adotado durante o ato sexual, mas como foram percebidas as alterações durante o intercuro sexual, notadamente com a adesão ao preservativo.

Houve referências sobre diminuição da quantidade de relações sexuais e interferência nas práticas sexuais, associando esta última à traição masculina, evidenciada com a soropositividade e parecendo levar à diminuição da disponibilidade feminina e da qualidade do ato sexual para ambos, homens e mulheres.

“mudou, ah, mudou, antes disso, era freqüente a gente fazer sexo, de vez em quando, quase toda noite, noite sim, noite não, agora tanto faz, eu não sinto vontade de fazer nada, tanto faz fazer com oito dias, quinze dias... ele também não... não sei por que, né? Mas assim, eu acho que ele se sente mal de me procurar, por que às vezes, eu fico jogando na cara dele que só ta acontecendo isso comigo por causa de você, às vezes a gente ta conversando e eu passo muito na cara, aí eu acho que ele não procura por isso”. Potira-F

“Péssimo! É muito ruim! Sexo sem camisinha é ruim e com camisinha é pior! (risos) Eu achei ruim, por causa da história (referindo-se à confiança quebrada – traição), eu fiquei com trauma, fiquei achando ruim, com nojo, entende o que eu quero dizer? A gente gosta da pessoa por dentro, não é do sexo”. Iaciara-F

“Ela mudou um pouco. Fechou-se mais. Eu acho que ela me culpou um pouco por isso (pausa), não sei o que se passa na cabeça dela, mas ela me culpou por isso. Eu disse: você não pode me culpar, nem eu culpar você. Aí se fechou um pouco mais nessa parte aí (pausa). Às vezes eu falava pra ela: Você não gosta de mim não, aí ela dizia: ‘gosto’. Gosta não! Você tá se afastando, aí (pausa)” Jupi-M

Quanto à prática sexual após a (con)vivência com HIV, Santos (2002) revela que a maioria dos homens e mulheres soropositivos, mantém sua atividade sexual apesar da angústia impelida pelo diagnóstico da infecção pelo HIV. O Instituto Patrícia Galvão (IPG, 2005), em dossiê sobre mulheres com HIV, ressalta o sexo como importante dimensão na vida das pessoas, podendo ser fonte significativa de prazer, alegria e estímulo no enfrentamento do HIV. Informa ainda que, passado o impacto que sobrevém o diagnóstico, de se saber com o vírus e pelo medo da transmissão e da re-infecção, as mulheres tendem a retomar a vida sexual.

Welbourn (2007), em estudo com mulheres com HIV, comenta que muitas pessoas acreditam que as mulheres devem parar completamente de fazer sexo, numa visão que negaria a sexualidade de todos os indivíduos, soropositivos ao HIV ou não. Contudo, argumenta haver grande potencial para redução do ato sexual

Observamos que alguns entrevistados ter referido a doença oportunista como responsável pela alteração na prática sexual do casal, e, nesses casos, percebe-se que o fator crucial para enxergar mudanças significativas na atividade sexual recaiu sobre o momento de adoecimento, decorrente de alguma co-infecção.

“Mudou muito! Assim, a relação não mudou muito. Nossa relação mão mudou muito, não! Mudou porque veio a infecção oportunista e com isso eu tô com esse problema. Aí mudou!” Anauá-F

Percebemos, ainda, que o medo faz parte da rotina afetivo-sexual de pessoas que vivem e convivem com HIV, provocando modificações na prática sexual do casal por temor de infectar-se, de vir a infectar, ou de uma gravidez indesejada, além deste comprometer os momentos de carícias e intimidade do casal. Sobre esse fato, Paiva (2002b), aponta que o medo da transmissão do HIV representa um dos principais motivos argumentados para a piora na vida sexual de mulheres com HIV.

“Por que não pode fazer tudo (sexo), por que não pode ter filho, por que não pode ter uma relação segura, sem medo (pausa) assim!” Içara-F

“Difícil é (pausa), assim, antes (pausa), assim antes de acontecer o ato sexual (pausa), a agente sempre tem aquele carinho um com o outro, e eu tinha muito medo daquele carinho (pausa). A mulher se molha, o homem se molha, tem aquele negócio (risos). Eu sempre tinha medo daquela parte pegar. Morria de medo! Aí ficava aquela coisa afastada (pausa), aí ficava chato. Tornava-se chato. Ele dizia (pausa) ‘não tem o direito nem de namorar direito’. Eu tinha medo, ele tinha medo (risos). Aquela coisa chata, aquele clima chato. Não! (risos) Que negócio complicado”. Irajá-F

Compreendemos que alguns temas são mais difíceis de serem abordados, pois vão de frente à valores, condutas definidas moralmente e inibição guiadas pela individualidade e pela expressão das normas sociais. Ao falar sobre práticas sexuais, percebemos, em muitos entrevistados, a dificuldade em expressar tal conteúdo, talvez pelo fato do HIV ainda carregar consigo conceitos estigmatizados. Vejamos o depoimento:

“É diferente! Mudou! De várias formas”. Iraí-M (muita dificuldade de expressar-se sobre a sexualidade)

“Mudou! Uma coisa diferente. Isso por causa da camisinha, não é como sem a camisinha. Tanto pra mulher, quanto pro homem. Ela acha diferente também. Ela fala de vez em quando”. Jaci-M

Para Paula et al. (2004), as bases humanas da enfermagem revelam-se como um caminho onde o ser que cuida conscientiza-se da sua prática, percebendo, refletindo e descrevendo as ações de cuidado ao passo que as experienciam, como situações únicas e construídas pelo compartilhar com o ser que é cuidado.

Conversar sobre práticas sexuais não foi tarefa fácil, observamos mais dificuldade de expressão entre os homens, que não conseguiram, em sua maioria, expor suas vivências de maneira mais livre. Talvez esse fato se deva à interpretação que é dada ao sexo como uma necessidade masculina, e sua negação representa negar a própria masculinidade. Somam-se a

isso particularidades culturais e morais arraigadas ao machismo presentes na região nordeste do Brasil, especialmente no Ceará e em seu interior.

Contudo, pela expressão livre dada aos entrevistados, verificamos, em algumas pessoas deste estudo, considerar-se não haver mudanças nas práticas sexuais após a entrada do HIV em suas vidas.

“Pra mim não teve nenhuma diferença não (risos)!” Apuã-F

“Não. Não muda nada não! Tem gente que diz é totalmente diferente, que com a camisinha é muito diferente, não tem nada haver. O melhor é ter a saúde do que não usar e não ter a saúde”. Jupi-M

Verificamos que duas pessoas do presente estudo (gestante e puérpera) não haviam experienciado uma relação sexual após descobrirem ser soropositivas, mediadas por valores culturais quanto à abstinência sexual na gestação e pelo repouso sexual necessário no período puerperal.

E depois que eu soube ainda não fizemos nada”. Japira-F

“Não! Não faço mais não! Tenho medo de machucar o neném. Ele também acha isso e aceita (risos). No meu pensamento não pode! Isso eu não concordo, a mulher tá grávida e ter relação (risos)”. Iraputã-F

Observa-se a necessidade de trabalhar a sexualidade de forma positiva entre as pessoas que vivem e convivem com HIV, numa expressão de vida sexual positiva e saudável que promova a saúde sexual, em consideração aos direitos sexuais e reprodutivos, extrapolando a esfera biológica da aids.

Temática - Vivência Reprodutiva

A reprodução remete à idéia de continuação da vida e a saúde reprodutiva. Segundo Galvão, Cerqueira, Marcondes-Machado (2004), implica na capacidade de desfrutar de uma

vida satisfatória e sem riscos, de procriar, bem como implica a liberdade para escolher, entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada.

O advento da aids e os avanços terapêuticos favoreceram a redução da morbimortalidade levando à sobrevivência das pessoas infectadas. Nesse cenário, novas questões se apresentaram mediante a necessidade de cuidado integral à saúde dessa clientela, considerando-se que os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva.

Percebemos que ao falar sobre a esfera reprodutiva, a vivência dos entrevistados, vinculou-se a aspectos da concepção e da contracepção, onde na contracepção o foco esteve nos métodos conhecidos por eles, utilizados antes e após a soropositividade, com inclinação ao uso exclusivo de preservativo masculino na fase “após o HIV”, com aparente desconhecimento de alternativas contraceptivas mediante a infecção pelo HIV. Já na concepção, revelou-se uma dualidade constante, de medo *versus* desejo de conceber, e de conhecimento *versus* desconhecimento quanto às medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV.

Sub-temática – Métodos contraceptivos usados antes da vivência/ e convivência com o HIV/aids

Práticas anticoncepcionais fazem parte da história da humanidade, cujos traços do controle da fertilidade já foram descritos em várias civilizações. Junto com o desenvolvimento da humanidade também foram observados cada vez mais recursos que propiciam a regulação da fecundidade. Atualmente, dispõe-se de uma diversidade de métodos contraceptivos, cujas indicações e contra-indicações são bem descritas na literatura científica.

O surgimento, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) buscou romper com o atendimento centrado nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1998). O PAISM é um marco na história das políticas de gênero no Brasil e a aids surgiu na década de 80, coincidindo com o movimento nacional que discutia o planejamento familiar e a ampliação das ações à saúde que vislumbrava temas além da assistência materno-infantil, estes indispensáveis naquele momento histórico de início da epidemia e, também indispensável, no atual momento da aids, que se enche de significações, mediante o caráter de

cronicidade da doença, condição que demanda conhecer a eficácia dos métodos contraceptivos diante da infecção e dos recursos medicamentosos.

Ao abordar os métodos utilizados entre pessoas que (con) vivem com HIV antes de se saber infectado, evidenciamos o predomínio, quase exclusivo, do anticoncepcional oral combinado (AOC) entre essas pessoas.

“Eu sempre usei anticoncepcional (oral) [...]. Antes de se envolver com ele eu já tomava (anticoncepcional)[...]”. Içara-F

“Até ela adoecer era anticoncepcional (oral), aí às vezes ela se sentia mal com o comprimido, mas eu sempre dizia pra ela usar um anticoncepcional, porque ela não queria ter mais filho.” Jupi-M

A efetividade da assistência na contracepção necessita da disponibilidade de todos os métodos aprovados para esse fim, sustentada em informações relevantes quanto às indicações, contra-indicações e outras implicações de uso (LEITE et al., 2007).

Segundo Brasil (2002a), a ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações fundamentais na garantia dos direitos reprodutivos no país, necessitando manter a oferta de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde e profissionais capacitados auxiliando na opção contraceptiva. A atuação dos profissionais na assistência à anticoncepção deve envolver atividades educativas, de aconselhamento e clínicas, não restritas apenas à anticoncepção e ao enfoque da dupla-proteção, mas desenvolvidas abrangendo aspectos da saúde integral.

Santos et al. (2002), demonstraram que 67% das mulheres HIV-positivas participantes de seu estudo, usavam métodos anticoncepcionais para limitar o número de filhos, das quais dois terços usavam métodos hormonais. Esse fato aponta para a responsabilidade sobre a contracepção atribuída ao feminino e sobre a predominância de métodos hormonais.

Vários estudos apontam à predominância das mulheres nos serviços de planejamento familiar, com ausência masculina nas consultas de orientação sobre métodos contraceptivos (MOREIRA; ARAÚJO, 2004; BRASIL, 2002a; HATCHER et al., 2001). Contraditoriamente, salienta-se o poder masculino na definição do método adotado pelo casal (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2000; VIEIRA, 2002).

Em estudo com médicos e enfermeiros da atenção básica, em Florianópolis, Lindner, Coelho e Carraro (2000), encontraram o desconhecimento, por parte dos profissionais, da Lei do planejamento familiar, a crença sobre a responsabilidade no uso do preservativo, ou no convencimento do parceiro para o uso, recai sobre a mulher, refletindo um pensar que exclui o homem da responsabilidade, que deve ser mútua, e relações de poder, existentes entre usuárias e profissionais, que desfavoreciam a autonomia nas decisões sobre o corpo e a saúde.

Entre pessoas com HIV, não encontramos, após a descoberta da infecção, dados sobre a modulação do poder atribuído ao homem, quanto à contracepção, uma vez que predomina a indicação do preservativo como método contraceptivo e de proteção de infecção e re-infecção.

Nesta investigação, observamos também que o uso de anticoncepcional oral combinado (AOC) era realizado por algumas pessoas de modo irregular. Isto acaba nos revelando possíveis contextos de uso inadequado do contraceptivo, mediados por desconhecimento com relação ao método ou por uma conduta de descaso quanto à possibilidade de gestação, ou ainda, representando o desejo oculto de vir a gestar. O depoimento abaixo expressa essa conotação.

“Na verdade, nós dizíamos que evitávamos, mas não era assim! Ela comprava comprimido (AOC), tinha dia que tomava e outro não tomava. Tinha dia que tomava às sete da noite, no outro às dez, e outro dia não tomava. Uma cartela durava 45 dias ou mais.” Coaraci-M

O método anticoncepcional hormonal oral foi referido como o mais usado antes do conhecimento da soropositividade. Este dado foi também relatado em outros estudos nacionais sobre uso de métodos contraceptivos, que apontam a pílula e a laqueadura como os mais presentes na população brasileira (BRASIL, 2002b), e também presente no estudo Santos et al. (2002), com mulheres soropositivas.

Entretanto, ocorreu relato de um dos participantes sobre o uso regular de preservativo, com fins contraceptivos, tendo interrompido seu uso devido ao desejo de ter um filho, retomando o uso deste insumo após o nascimento da criança. Vejamos o relato:

“Antes a gente usava preservativo, ela não usava mais nada. Aí paramos de usar o preservativo [...]. Depois que nasceu nosso filho a gente tá usando preservativo, mais nada!” Iraí-M

Também houve descrição de não adoção de método contraceptivo antes de se saber infectada pelo HIV, informando, esta mulher, nunca ter usado nenhum método, inclusive os naturais, o que culminou com a ocorrência de gravidez.

Percebemos o comportamento de risco individual, a vulnerabilidade presente e a atribuição de descrença, com a possibilidade de algum dano à saúde advinda da relação sexual, numa atitude de incredulidade com relação ao risco. A doença não é vista próxima e sim como um mal “do outro”.

“Eu não usava nada (nenhum método anticoncepcional, inclusive os naturais), aí eu engravidei (risos). Acho que foi um ‘bambo’! Assim (pausa) ia depender da vontade de Deus também! Nunca usei nada! Eu achava que não ia acontecer outra vez!”. Japira-F

Atenta-se que a maneira mais comum de evitar filhos, no Brasil, é através da pílula e da esterilização, contudo, embora sejam bons métodos para evitar a gravidez, não são bons métodos para prevenção de (re)infecção pelo HIV e de outras DST. Em adição, anticoncepcionais hormonais podem interagir com alguns medicamentos usados na terapia antiretroviral, diminuindo o seu potencial de ação hormonal ou do antiretroviral (IPG, 2003).

Sub-temática – O preservativo como referência contraceptiva e de proteção nas relações sexuais

Antes da revelação diagnóstica havia predomínio de anticoncepcional oral, como método de escolha na vida dessas pessoas, e após o conhecimento do *status* sorológico, observamos que o preservativo masculino foi apontado como o contraceptivo presente na vida atual. Observamos nos relatos a seguir:

“Depois que a gente descobriu to evitando com camisinha”. Jaci-M

“A gente usa camisinha [...]”. Irajá-F

“[...] assim, eu evitava filho, com anticoncepcional, mas aí depois é que a gente tá usando preservativo”. Potira-F

O uso do preservativo masculino, pós-confirmação da soropositividade, ganha, além da utilidade como método contraceptivo, ênfase sob a vertente da proteção da (re) infecção, sendo este aspecto observado neste estudo tanto em homens quanto em mulheres, na expressão já popularizada de “sexo seguro”.

“Como ela não usa (outro método anticoncepcional) a agente tem que fazer a relação segura”. Anamari-M

“A gente usa camisinha, que é pra prevenir dele pegar e até de uma gravidez indesejada”. Irajá-F

Estudo realizado por Santos et al. (2002) com mulheres soropositivas na cidade de São Paulo, encontrou dados diferentes, pois não observou a mesma preocupação dos nossos entrevistados com a possibilidade de reinfecção, resultando no uso inconsistente do preservativo, contudo a utilização dos métodos contraceptivos mudou sensivelmente.

Aos profissionais de saúde, não basta apenas apontar o uso de preservativos em todas as relações sexuais, sem explicar as diferentes probabilidades de infecções nos diferentes tipos de relações, e os profissionais não podem imobilizar-se pelo discurso pronto e fechado, já decorado pelas pessoas, mas pouco praticado (SANTOS et al., 2002).

A referência à introdução do preservativo feminino só foi citado por uma das participantes do estudo, demonstrando que, se a introdução do condom masculino veio com o advento da descoberta da infecção pelo HIV, o condom feminino ainda não faz parte da vivência sexual da maioria dessas pessoas.

“Eu prefiro a camisinha masculina, mas sempre eu gosto de usar a feminina, porque aí não fica só ele, só ele. Assim, porque ele pode achar assim ruim. Mas, ele não acha não! Hoje eu nem ligo mais. Eu acho é bom!”. Anauá-F

Estudo realizado por Magalhães (2002) avaliou a aceitabilidade, a adesão e a experiência com o uso de condom feminino entre 76 mulheres contaminadas pelo HIV, de um ambulatório de infecções genitais, mediante registros em diário por 90 dias consecutivos e entrevistas aos 30, 60 e 90 dias, tendo observado altas taxas de uso (87%), continuidade (78%) e aceitabilidade (68%) do condom feminino, levando a conclusão que a oferta do condom

feminino acompanhada de aconselhamento apropriado foi capaz de reduzir as relações sexuais desprotegidas entre mulheres infectadas pelo HIV, naquelas que se mostraram motivadas e receptivas a este método.

Já em estudo de Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) com mulheres com HIV este insumo foi adotado por 8,2% da amostra, mas intercalado ao uso do preservativo masculino. Essa é uma possibilidade que pode ser ofertada como alternativa ao preservativo

Observamos ocorrência de somente uma pessoa que informa ter aderido ao preservativo masculino, após saber-se infectado pelo HIV, mas permanecer utilizando o método adotado na fase pré-infecção (anticoncepcional hormonal oral combinado).

“Quando eu descobri que tinha já usava anticoncepcional e continuei usando, mas eu não usava camisinha, aí passei a usar”. Iaciara-F

Embora tenhamos percebido postura de inclinação ao uso e manutenção do preservativo, observamos entre algumas mulheres interesse sobre a laqueadura tubária como possibilidade na delimitação do número de filhos. Entretanto, observamos em alguns relatos que essa aparente iniciativa pessoal parece ter sido apontada como opção pelos profissionais de saúde que conduziram o pré-natal somente após conhecerem a soropositividade da cliente que assistiam. Vejamos os seguintes depoimentos:

“A doutora (médica) que me entregou o exame disse que ia fazer tudo pra não se contaminar, aí eu to esperando! Mas depois desse aí eu vou tentar ligar, era isso que eu ia perguntar pra ela. [...] e se eu ficar só com um filho não pode ligar?”. Iraputã-F

“É (pausa), por que a enfermeira disse: ‘-é bom fazer ligação, porque dois já tá bom, já que foi descoberto!’ Aí eu disse: -Pois tá bom! Porque (pausa) papai disse que era pra fazer, aí eu fiz logo”. Japira-F

“Não sei não, às vezes eu tenho vontade de fazer ligação, às vezes não tenho, não sei não”. Potira-F

Estudo realizado por Barbosa e Knauth (2003), em Porto Alegre e São Paulo, com gestantes soropositivas, sobre fatores que interferem na escolha reprodutiva, papel desempenhado pelos serviços de saúde e pela cultura médica nessa escolha, identificou que a

cultura médica local, com relação à laqueadura tubária, aliada à organização da prática de assistência ao pré-natal e parto, pode incitar esta prática em mulheres infectadas pelo HIV. A perspectiva de esterilização foi maior em São Paulo do que em Porto Alegre, cuja cultura médica demonstrou adotar a indicação do preservativo para as mulheres soropositivas que não querem mais engravidar. Entre as mulheres, a intenção de não ter mais filho vinculou-se à infecção pelo HIV, dificuldades econômicas e já ter o número de filhos desejado.

A infecção pelo HIV não deve agir como elemento facilitador da esterilização feminina ou masculina. A atenção no planejamento familiar deve ancorar-se no aconselhamento, como forma de alcançar uma ação conjunta entre profissionais e casal/indivíduo, implicando na promoção de um diálogo contextualizado com base nas características e vivências da(s) pessoa(s) e na necessidade de participação ativa nesse processo (BRASIL, 2002a).

Sub-temática - Desconhecimento do uso de outros métodos contraceptivos na infecção pelo HIV

Verificamos que a infecção pelo HIV provocou mudanças na escolha e uso dos métodos contraceptivos e evidenciou o desconhecimento quanto a outros métodos contraceptivos que podem ser adotados, com o fim de evitar uma gravidez, e ser associado ao preservativo, como meio de promover ação de proteção contra DST, ou atender a essa dupla função.

O uso do preservativo ainda não alcança padrões elevados de uso e manutenção - cerca de 10% entre pessoas com parceria fixa e 58% naqueles com parceria eventual (IPG, 2003). O aconselhamento para o planejamento reprodutivo parece representar importante ferramenta na promoção da saúde sexual e reprodutiva, a ser desenvolvida pelos profissionais.

Ressaltamos que em eventos inesperados que culminam com situação de exposição sexual ao HIV, podemos lançar mão da contracepção de emergência se o desejo de evitar filhos for uma prerrogativa individual, sendo esta modalidade contraceptiva desconhecida pelas pessoas deste estudo, embora seja recomendada em caso de ruptura do condom.

Mediante a ocorrência de um evento de ruptura do preservativo, Reis (2004), atenta que casais sorodiscordantes devam procurar assistência médica imediata para avaliação quanto à possibilidade e desejo de submeter-se à quimioprofilaxia antiretroviral, que deve ser iniciada em até 72 horas após a exposição e com duração de quatro semanas.

Os depoimentos, a seguir, revelam-nos o desconhecimento das mulheres quanto às outras formas disponíveis de contraceptivos que podem ser adotados diante da soropositividade, denotando as dúvidas existentes, devido tal desconhecimento.

“Não. É isso aí que eu tinha uma dúvida. Assim, da camisinha estourar. Assim, se eu não tomar anticoncepcional e ela estourar, aí eu engravidado? E se eu tomar, aí eu engravidado? Eu engravidado assim mesmo?”. Anauá-F

“Eu conheço mulher que diz assim: eu engravidei usando camisinha. Aí, é esse caso aí de usar o preservativo de má forma. E aí não tem a orientação de tomar uma pílula ou outra coisa”. Anauá-F

Soma-se às questões do desconhecimento, a ausência de informações sobre a contracepção e a associação de ARV observado em algumas pessoas do presente estudo, percebendo a curiosidade e necessidade de aconselhamento reprodutivo quanto às medidas contraceptivas e reações adversas ou diminuição do potencial contraceptivo mediante o uso de antiretrovirais.

“Eu ouvi dizer que quando a mulher usa ARV, tem comprimidos (anticoncepcionais) que não é adaptado a ele, mas eu nunca fiz essa pergunta ao médico porque eu não tomo nenhum ARV”. Iaciara-F

O Ministério da Saúde define que a atuação profissional em planejamento familiar deve contemplar a orientação sobre o mecanismo dos métodos contraceptivos e possíveis efeitos colaterais, com orientação, acompanhamento e encaminhamento dos casos de infertilidade, fomentar a educação em saúde individual e coletiva, propiciando uma escolha adequada e o correto uso dos métodos, realizar atividade clínica, além de focar o uso de métodos que ofereçam dupla proteção, sem nunca esquecer o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2002a).

Para Paterson e Zderad (1979), a enfermagem humanística implica na valorização do potencial humano e cada ato da enfermagem tem a ver a condição e de morte de cada pessoa sob cuidado. No caso de pessoas que recebem diagnóstico como “paciente terminal”, “sem esperança” e “crônico”, a prática rotineira requer um cuidado mais completo pela enfermeira.

Cardoso (1997) argumenta que a enfermagem tem a oportunidade de atuar no desenvolvimento humano e na promoção da saúde (Cardoso (1997)).

Sub-temática - Desejo de ter filhos

Abordar a concepção no contexto do HIV não é tarefa fácil, pois defronta-nos com aspectos do imaginário coletivo, arraigados ao estigma e a discriminação, e que ainda circunda a epidemia nos dias atuais, quando esta toma feições de doença crônica e mostra ter complexidade e dinâmica própria.

Contudo, a concepção representa um mundo vasto de descobertas e desafios no cuidado em saúde reprodutiva e sexual, uma vez que estas se pautam nos direitos sexuais e reprodutivos, com autonomia quanto à liberdade sobre o número de filhos e o momento que se deseja tê-los.

Nesta investigação, evidenciamos, entre homens e mulheres que vivem e convivem com HIV, a expressão da vontade de ter filhos. Este desejo foi mais notado entre aqueles que vivem sob a situação conjugal de sorodiscordância, entretanto, notamos havê-lo em pessoas que vivem sob situação conjugal concordante. Vejamos os depoimentos:

“Eu sempre tive esse sonho de ter a minha filha. Então pra mim foi planejado (risos). Esse filho é o meu sonho. Já tenho o amor maternal de minha mãe, o amor fraternal de minha irmã, o amor de minha esposa e agora só falta o amor de minha filha. Aí fica completo”.
Coaraci-M

“No fundo, todo homem sonha em ter um filho. Às vezes eu penso: meus irmãos todos têm filho, lá em casa, só eu que não tenho. Nós somos seis, aí agora, todos eles tem filho, só eu não tenho”. Jupi-M

Estudos recentes têm focado os direitos reprodutivos e a maternidade das mulheres com HIV, conquanto estudos com estes aspectos da vida masculina ainda são escassos.

Paiva et al. (2002a), em estudo com 250 homens portadores do HIV, em São Paulo, mostrou que 43% dos homens queriam ter filhos, principalmente entre os que não tinham e os solteiros, com baixo nível de informação sobre reprodução mediante a infecção pelo HIV. Em

comparação com estudos sobre mulheres soropositivas, a vontade delas de ter filhos foi verificada em 20% da amostra (SANTOS et al., 2002). Esses dados nos revelam o desejo de maternidade e paternidade entre mulheres e homens com HIV, corroborando com os dados deste estudo que evidenciou também estas intenções nas pessoas vivendo e convivendo com HIV.

O desejo de filhos foi explicitado em diversos contextos conjugais e também mostrou diversidade de aspectos mediando tal vontade, expressada, algumas vezes, como parte de planos futuros para a vida. Os recortes abaixo, respectivamente de relação sorodiscordante e soroconcordante, expressam esta particularidade:

“Penso, eu penso em ter um filho. Acho que vou querer mais uma. Com ele (risos). Mas eu já pensei nisso e não tem condições, não! Ele diz que não vai ter não, que não quer não [...]”. Içara-F

“A gente pensa em mais na frente. Daqui uns cinco anos, porque por enquanto, esse que a gente tem está bom! Mas, mais na frente, a gente pensa em ter outros filhos”. Iraí-M

Observamos ainda, em uma entrevistada soronegativa e em relação conjugal sorodiscordante, que o desejo de ter filhos pode extrapolar o cenário que envolve o casal, uma vez que a mesma propôs, ao companheiro soropositivo, manter relações sexuais com outra pessoa com fins de reprodução.

“[...] Eu já falei em ter filho com outra pessoa e criar como se fosse dele”. Içara-F

Estudos qualitativos sugerem que as escolhas reprodutivas, feitas por mulheres soropositivas, são mais determinadas por contextos sociais e culturais do que pelo conhecimento do *status* sorológico, sendo estas escolhas afetadas por: expectativas de gênero, raça, crenças religiosas, rede de suporte familiar, valor atribuído à maternidade, desejo de ter filhos, disponibilidade da terapia antiretroviral para reduzir as taxas de transmissão vertical e o apoio do serviço de saúde (INGRAM; HUTCHINSON, 2000).

Também verificamos que o desejo de ter um filho, revelado por uma mulher que vivia situação sorodiscordante, levou-a a exposição consciente do risco de infectar-se pelo HIV. Esta

veio a infectar-se pela vontade de ter filho. Tal fato expõe a necessidade de abordar os contextos de parcerias conjugais e seus entrelaçamentos (sexualidade, contracepção, concepção, entre outros) no cuidado ofertado aos homens e mulheres com HIV. Notemos:

“Desde o ano passado que a gente sempre queria um menino (filho) [...]. Eu não tive medo de pegar não (pausa) por que eu já sabia que ia pegar, tanto eu quanto ele, porque eu queria um filho dele”. Iraputã-F

Dossiê sobre mulheres com HIV/aids, expõe que questões relacionadas a ter ou não filhos fazem parte da vida de mulheres com HIV, e requerem estratégias seguras para engravidar sem o perigo de reinfectar-se ou (re) infectar o parceiro. Caso uma mulher deseje engravidar, deve considerar as seguintes questões: 1. Se o principal desejo é exercer a maternidade, a adoção pode ser uma alternativa; 2. Se a experiência de engravidar é fundamental, o planejamento da gravidez deve incluir o amadurecimento da decisão e a análise das possibilidades: reprodução assistida ou gravidez natural; 3. Independente da decisão é importante fazer uma boa avaliação do estado de saúde da mulher e do parceiro (IPG, 2003).

Fortalecendo a colocação acima de que as questões relacionadas a ter ou não filhos fazem parte da vida de mulheres com HIV, este estudo encontrou esta evidência entre as mulheres, e adicionou aos homens tal asserção, demonstrando que expectativas fazem parte da vida de mulheres e homens que (con) vivem com HIV.

Observamos que a vontade de ter filhos aparece mediando o diálogo do casal, condicionando esta questão, vista por muitos entrevistados como uma “impossibilidade” advinda com a infecção pelo HIV, numa referência de que “se fosse possível, queria”.

“Se fosse possível eu até queria (pausa) ele também queria, só que não agora! Assim, só no futuro! Nós já conversamos. [...] No nosso entendimento a gente acha que não tem possibilidade, então a gente fica conformada. Não dá! Não dá! [...], Aí eu pergunto se ele queria um filho, aí ele diz que se fosse possível ele queria, mas como não é. Ele quer ser feliz e pronto!”. Irajá-F (sorodiscordante)

“[...] Pra falar a verdade eu queria dois, um casal. Mas agora minha princesa vai ter tudo o que eu não tive”. Coaraci-M (sorodiscordante)

“Sim, nós já conversamos sobre isso. A gente quer muito ter outro filho. Se eu não tivesse isso. A gente planejava ter outros filhos, mas já que tenho isso, eu tenho que ter (relação sexual) com todo cuidado.”
Iraí-M (soroconcordante)

Barbosa e Knauth (2003), esclarecem que, no Brasil, o desejo de uma mulher soropositiva ter filhos pode ter se fortalecido pela expressiva queda no risco de transmissão vertical, proporcionado pelo uso de regimes medicamentosos específicos, que, são disponibilizados gratuitamente, ao contrário de muitos países desenvolvidos. E ainda pela simbologia à maternidade, principalmente entre segmentos de menor poder aquisitivo, atribuída pela cultura brasileira.

A possibilidade de adoção foi referida, neste estudo, entre as pessoas que (con) vivem com HIV, nos contextos de relações sorodiscordante e soroconcordantes, entre homens e mulheres, mostrando mais uma faceta que envolve a esfera reprodutiva, em que se considera o risco de exposição, com possível opção por alternativa de exercício de maternidade e paternidade frente à infecção pelo HIV.

“[...] Pra ter outro agora, só se for adotado. Eu sempre tive vontade de adotar”. Coaraci-M

“[...] , mas eu já pensei em adotar também!”. Jaci-M

“Se ele dissesse assim: eu queria um filho. Eu até já disse, se ele quiser um menino pode trazer que eu crio, eu quero. Se ele quiser ter com outra eu crio, mas eu não quero ter mais filho não”. Anauá-F

A presença do HIV, principalmente entre soroconcordantes, modificou a vontade de ter filhos de homens e mulheres que (con) vivem com HIV, nos contextos de relações sorodiscordante e soroconcordantes, numa dinâmica que se instala mediante a descoberta da soropositividade, diante de novos contextos de vida e de cuidado, consigo e com outro, de novos olhares sobre futuro, infecção e possibilidades de adoecimento, e da associação com sofrimentos já vividos. Vejamos os depoimentos, a seguir:

“[...] Pensar em filhos foi um pensamento que desapareceu. Antes eu pensava em pelo menos ter mais um, mas depois da descoberta, acabou o desejo”. Caiubi-M

“Não tem como eu ter filho mais. Não tem como (pausa) abandonei essa idéia [...]” Iaciara-F

“Se eu tivesse saúde eu pensava em ter três filhos. Mas, depois do que eu passei, eu não quero mais não. Deus me livre de ter mais filho. Quero não... sofri muito!”. Jaciaba-F

“Não, eu tinha muita vontade de ter um menino e por isso que não liguei. Aí dessa menina agora, eu já não tinha mais tanta vontade de ter filho, aí agora que não tem mais mesmo, né? Não tenho mais não vontade de ter mais filho não! Não faço mais plano não! Eu imagino não ter, eu não quero ter mais filho não”. Potira-F

Santos et al. (2002), em pesquisa com mulheres soropositivas, observa que entre as mulheres que não queriam ter filhos, aproximadamente metade relacionou motivos ligados ao medo da doença para elas e para os conceitos, e não à ausência do desejo de ter filhos. A maioria, manifestou medo dos filhos nascerem infectados pelo HIV e de não receberem apoio das pessoas que as cercavam, sendo o preconceito estendido aos seus filhos.

Já entre aqueles que tinham filhos antes da soropositividade, não demonstraram intenção de vir a ter outros filhos, cuja decisão não encontra vinculação com o fato de viverem ou conviverem com o HIV.

“Eu já tenho, aí eu não penso mais, não. Já tá bom! Pra mim dois está bom. Mas se eu pensasse em ter outro eu ia ter. Se eu pensasse assim e ele também. [...]. Eu quero lá ter filho com ninguém!”. Anauá-F

“[...] ela conversa comigo lá, mas (pausa) eu tive quatro, aí não tem essa vontade”. Jaci-M

O desejo por filhos foi uma marca presente neste estudo, num cenário de realização de escolhas motivadas por razões diversas, desde abandonar essa idéia até expor-se ao risco de infectar-se para vivenciar a maternidade.

Na atual conjuntura da aids, de caráter crônico e de disponibilidade de recursos terapêuticos para redução da transmissão vertical do HIV, evidenciam-se o desejo de casais de

terem filhos e o direito à uma maternidade segura por mulheres infectadas pelo HIV, com necessidade premente de diagnóstico da infecção pelo HIV antes de uma gravidez e aconselhamento quanto às escolhas reprodutivas futuras.

Sub-temática- Medo da Transmissão Vertical do HIV

No Brasil, em 2007 (até outubro), nos casos de aids em menores de 13 anos de idade notificados, a categoria de exposição ‘transmissão vertical’ representou 97,4% dos casos nesta faixa etária. A média de todos casos de aids notificados (1980-2007), por esta categoria, é de 83,4%. Em menores de 5 anos de idade, foram 175 casos no ano de 2007 (até outubro) com taxa de incidência de 2,9 por 100.000 habitantes. Essa mesma taxa em 1996 foi 5,2 e em 2006 foi 3,9 (BRASIL, 2007a).

Neste estudo, observamos que o medo da transmissão é algo presente na realidade de pessoas que (con)vivem com o HIV, como parte das vivências reprodutivas mediante à infecção, com aspectos similares entre os que já vivenciaram a concepção ‘após o HIV’ e os que não tiveram filhos após a soroconversão. Devido esta análise, preferimos utilizar na identificação de cada participante algumas características reprodutivas, utilizando as seguintes siglas para expô-las: SC - soroconcordante; SD - sorodiscordante; C/F - com filhos após infecção; S/F - sem filhos após a infecção.

Verificamos nessas pessoas a presença do medo da criança vir a infectar-se. Vejamos:

“Eu tenho muita vontade, mas eu morro de medo, eu tenho vontade, principalmente uma menina (risos)! Mas eu morro de medo de ter outro filho, morro de medo! Todo mês eu ainda fico com medo antes da menstruação chegar! Eu sempre dizia, quando eu tiver o primeiro, com três anos eu tenho outro, aí nos três anos (pausa) pronto! Eles (a família) falam que eu tenho que ter muito cuidado pra não engravidar”. Iaciara-F-SC-C/F

“[...] Ela (esposa) morre de medo de ter outro (filho)”. Itaú-M-SC-C/F

“Nós já conversamos! Ela tem medo de engravidar! Eu acredito que o medo da mulher é maior (atitude reflexiva) por que colocar uma pessoa no mundo já com isso dentro da pessoa, eu acho que é assim... (não

conseguiu colocar o termo exato). Poderia ser demais!”. Caiubi-M-SC-S/F

A transmissão materno-infantil do HIV pode ocorrer na gestação (35%), especialmente no último trimestre, no trabalho de parto e parto (65%), além do aleitamento materno (7% a 22%), que representa risco adicional (BRASIL, 2001, 2003b, 2004; 2007b). A adoção de medidas profiláticas com monoterapia ARV (uso da zidovudina - AZT) na gestação, no trabalho de parto e parto, e pelo recém-nascido, pode reduzir o índice de TV em quase 70%, com taxa de transmissão em torno de 8%, podendo chegar a 1% se adotadas medidas como: TARV combinada, operação cesariana ao invés do parto normal e evitar aleitamento materno, entre outros cuidados (BRASIL, 2004; 2007b).

A organização internacional IPAS (não-governamental) comenta que no mundo grande maioria das mulheres soropositivas não tem acesso aos ARV para a sua própria sobrevivência e para muitas mulheres a operação cesariana não é uma opção (IPAS, 2006).

No Brasil é reconhecida a política de atenção às pessoas com HIV, que inclui a distribuição dos ARV como terapia e também como profilaxia da transmissão vertical, contudo Vasconcelos e Hamann (2005), com base em seu estudo com parturientes e RN, considera que o Programa Brasileiro de Prevenção da Transmissão Vertical revela-se frágil no que diz respeito à sua organização, administração e avaliação dos serviços de referência para tratamento e seguimento adequado das mulheres e seus bebês. Estes autores, na pesquisa com parturientes soropositivas e seus recém-nascidos (RN) de 17 maternidades públicas, revelaram que 24% das gestantes não tiveram acesso ao AZT oral, 19% das parturientes não receberam AZT intravenoso, 8% dos RN não foram medicados com AZT solução oral, e 10% dos RN foram expostos ao risco adicional da TV do HIV pela amamentação, sendo coeficiente de TV de 5,6%.

Algumas mulheres ressaltam que o medo da criança vir a infectar-se predomina ao medo da própria infecção ou reinfecção materna. Vejamos os depoimentos:

“Tenho medo de ter outro filho (tem um antes da atual união). Nesse caso não por mim, mas pela criança”. Içara-F-SD-S/F

“[...] aí, eu fiquei preocupada, não comigo, com a menina, né? Eu engravidei porque eu não sabia, por que se eu soubesse, eu não tinha

engravidado dela. Eu tenho medo de pegar outro filho. Não quero não! Aí, se eu engravidar de novo corre o risco de nascer uma criança doente e assim eu não quero não!”. Jaciaba-F-SC-CF

A experiência de ter concebido após saber-se infectado pelo HIV, ou sendo a gestação responsável pela descoberta dessa condição, representou para algumas pessoas do estudo um momento de apreensão, com expectativas sobre a infecção infantil transmitida verticalmente.

Sobre este aspecto, pesquisas com mães portadoras de HIV, a primeira no Rio Grande do Sul, com egressas do grupo de gestantes de 2003 e 2004, e a segunda em Ribeirão Preto, com mães cujo parto ocorreu em 2004, também demonstrou que a saúde materna ficou em segundo plano, naquele momento, mediante o desejo e prioridade de evitar a contaminação para o filho que estava sendo gerado, repercutindo, inclusive, na adesão aos medicamentos (PREUSSLER; EIDT, 2007; NEVES; GIR, 2007).

As vivências, expressas nos depoimentos abaixo, são de algumas pessoas que experienciaram a utilização de estratégias profiláticas da transmissão vertical do HIV, na gestação, parto e ao RN, além do não aleitamento materno, durante uma gestação anterior, tendo resultado num filho livre da infecção.

“Esse aí o susto foi bem grande. Graças á Deus foi tudo certo. Não dá pra arriscar outro não”. Itau-M-SC-CF

“[...] aí, eu não quero mais ter filho não. E arriscar de o outro filho ter, aí ele diz que não quer, e já que Deus deu essa sem ter!”. Anauá-F-SC-CF

Das cinco pessoas que tiveram filhos após a infecção, constatamos que três crianças expostas verticalmente já tiveram seu acompanhamento concluído quanto à possibilidade de transmissão materno-infantil, com resultados sorológicos anti-HIV negativos, estando livres desta modalidade de transmissão. As outras duas crianças, ainda no primeiro trimestre de vida, seguem o acompanhamento para crianças verticalmente expostas que se dá até o 18º mês de vida. Cabe ressaltar, duas mulheres soropositivas, vivendo uma em soroconcordância e a outra em sorodiscordância, estavam no período gestacional à época deste estudo, das quais tomamos

conhecimento do nascimento de seus filhos, significando mais duas crianças expostas verticalmente à infecção.

Uma das mulheres entrevistadas, ao comentar sobre o medo da transmissão vertical do HIV, expressou o temor que tem da criança vir a sofrer, tendo este fato gerado o pensamento sobre a possibilidade de aborto, tendo contado com intervenção profissional no enfrentamento dessa situação de angústia, como podemos observar no depoimento abaixo:

“[...] eu disse: doutora faça alguma coisa pra essa menina não nascer mais (pausa). Ai ela disse: ‘-Pelo amor de Deus!’. Se for pra ela nascer pra sofrer eu não quero não! ‘-Não! Vamos fazer o impossível pra ela não nascer doente! Eu garanto a você! Eu vou fazer de tudo, vou fazer de tudo pra ela não nascer doente!’. Está bom! Vou confiar em você!”.
Jaciaba-F-SC-CF

Observamos que mesmo na adversidade de se defrontar com a possibilidade de transmissão vertical, parece haver mais abertura por parte das pessoas que vivem com HIV, para dialogar sobre expectativas reprodutivas e cuidados necessários durante gestação. A aparente confiança nos profissionais de saúde revela-nos canais abertos para a orientação, desde que se adote um discurso compreensivo, não recriminador e que compreenda as vivências de homens e mulheres com HIV e de seus parceiros. Contudo, a necessidade de reduzir a transmissão vertical do HIV provocou mudança nas praticas dos profissionais de saúde o que Knauth (2003), associa que venha a modelar em algum grau as decisões reprodutivas de mulheres HIV-positivo.

O temor de a criança vir a sofrer no futuro, presente nas falas anteriores, foi relacionado também à expectativa sobre o convívio social futuro e o medo do preconceito relacionado ao HIV e a aids, caso venha a ocorrer à contaminação materno-infantil. Como podemos constatar nos seguintes depoimentos:

“Ave Maria, a gente nunca imaginava, porque o pior de tudo (pausa), não é uma doença tão grave! O pior é o preconceito! É o que eu mais imaginava: meu Deus, onde esse menino vai estudar um dia. O preconceito que vão ter com ele. É triste!” Itaú-M-SC-C/F

“Eu não quero ter outro filho com ela, pra ela não passar pelo que ela

tá passando agora. Pelos medicamentos que ela (a esposa) tá tomando e principalmente pelo filho. [...] Eu só tenho medo do preconceito. Não pra mim, mas pra elas (esposa e filha). [...]. Eu imagino na escola (pausa), até mesmo na família. Eu não quero que elas passem por isso (pausa). Por mim não, mas por elas”. Coaraci-M-SD-S/F

O processo gestacional de mulheres com HIV tende a ser uma experiência relacionada à tensão, insegurança e sofrimento, merecendo acolhimento e atenção por parte das equipes de saúde (CARVALHO; PICCININI, 2006). Relacionamos que esse tipo de experiência, neste estudo, direciona-se a mulheres e homens envolvidos pelo processo gestacional diante da soropositividade.

A expectativa com o futuro da criança que pode nascer e vir a infectar-se pelo HIV, esteve presente nos diálogos dos casais que convivem com o HIV e parece fazer parte do repertório conjugal quanto às escolhas reprodutivas.

“nós não chegamos a conversar, não! Quer dizer, conversar, nós conversamos. Porque ela falava: cuidado, vamos ter cuidado, eu doente e tu doente, como é que vai ser? (pausa) É um peso de consciência total, tanto minha, como sua (pausa) [...]”. Jupi-M-SC-S/F

Percebemos que o aparente desejo de ter filhos por vezes foi modulado diante da soropositividade, sendo esta condição determinante para essa escolha.

O medo associado à transmissão vertical reportado pelos entrevistados, muitas vezes, encontrou apoio em mecanismos de avaliação sobre o estado de saúde, pela averiguação do bem-estar fetal e da saúde futura da criança. Observemos os depoimentos:

“Me preocupei muito com o bebê, mas eu fiz todos os exames, bati ultrassom e está tudo normal”. Apuã-F-SD-S/F (gestante)

“Eu tenho medo de passar pra ela (feto). Isso eu tive (pausa), por isso de ter vindo aqui, de mostrar os exames pro médico (infectologista)”. Coaraci-M-SD-S/F (esposo de Apuã)

Uma dos encontros nos chamou muito à atenção. Uma mulher, que vivia em situação conjugal sorodiscordante, soronegativa ao HIV, relatou sua opção pela gestação assumindo o risco da contaminação. Neste caso, observamos ter expressado inicialmente consciência do

risco, contudo o medo que poderia existir parece ter sido debelado pelos significados atribuídos à experiência da maternidade. A postura de “invulnerabilidade” e “coragem” diante da infecção pelo HIV, só foi notada ao receber o diagnóstico de sua soroconversão, sendo esta somada à percepção da possibilidade da transmissão vertical, até então desconsiderada, revelou os temores frente a esta possibilidade. Salienta-se que esta mulher se mantinha distante dos serviços de saúde vindo ao ambulatório de infectologia no sétimo mês gestacional, ainda sem uso de ARV. Chegou a confessar que essa distância foi motivada por medo de lhe ser solicitada realização de procedimento abortivo.

A Enfermagem Humanística é por si só um objetivo, sendo, por meio da intersubjetividade e de escolhas livres e responsáveis, voltado ao potencial humano do bem-estar e do estar melhor. Assim, a acessibilidade da/o enfermeira/o e qualidade da assistência implicam em estar aberta/o ao que é e ao que não é o estado de ser do cliente, em comparação com alguma concepção do que “deve ser”, com o propósito de fazer algo para alcançar êxito e proporcionar ajuda ao cliente. Este tipo de acessibilidade é uma qualidade que caracteriza o diálogo da Enfermagem Humanística (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Em corroboração Cardoso (1997), reafirma o caráter fenomenológico da Teoria Humanística, uma vez que “a fenomenologia busca a descrição do fenômeno, não objetivando explicá-lo e durante esse processo de vivência o mundo, os preconceitos e julgamentos devem ser abolidos”, e sim compreendidos oportunizando à Enfermagem Humanística o desenvolvimento humano e a promoção da saúde.

Vejamos o relato:

“Mulher, não tenho medo não! (pausa), a decisão foi de nós dois (pausa), porque nós queria um filho e nós não tinha nenhum, nem eu, nem ele. Nós queria um filho, mas pode o menino pegar, aí por isso ele se revoltou mais. Ah, mas eu quero um filho! Depois que eu engravidei, eu já descobri com quatro meses, por que deu um problema menstrual. Quando eu descobri eu fiquei feliz (pausa), mas essa questão (da transmissão vertical), eu fiquei sabendo depois, por que pra mim não ia ser logo assim, pra mim ia ser depois da gravidez, mas aí quando foi depois que eu fiz o exame, que eu recebi, deu positivo, eu chorei, eu fiquei com medo de morrer, fiquei com medo dele ter (pausa), eu tô com medo ainda, porque eu não queria que ele nascesse com o vírus (pausa), eu chorei de tristeza, porque eu não queria que ele pegasse (pausa), só que eu tô com medo, porque eu já descobri um pouco tarde,

ai eu estou esperando o que for (pausa). [...] Eu tive medo que mandasse eu abortar, (pausa) por que (pausa) (voz embargada), por que eu sei que ele pode nascer (pausa - chorou bastante). Eu acho que esse medo fez eu demorar a vir. E também por que eu só vi que tava grávida com quatro meses. Porque o povo diz que muda (o corpo), e eu não mudei não. Ai, quando eu notei, foi que eu fui lá (serviço de saúde) e aí era gravidez [...]”. Iraputã-F-SC-S/F

Carvalho e Piccinini (2006), argumentam que o medo de uma gestação numa mulher com HIV predomina nos serviços de saúde, cuja causa do temor é somente pelo risco de exposição do bebê, mas representa também um temor ao risco social que simbolicamente está associado à reprodução na presença do HIV.

Compreendemos que reduzir a transmissão vertical (TV) do HIV é dos desafios na prevenção da expansão da aids, contudo acreditamos que essa diminuição necessita, além da pauta de gestão colocada anteriormente, de esforços conjuntos de várias segmentos do setor saúde, envolvimento de profissionais e conhecimento das medidas preventivas entre estes e pelos que intencionam uma gravidez, ou se expõem a essa possibilidade, reconhecendo a intersubjetividade que permeia essas relações.

Sub-temática – (Des)conhecimento das medidas profiláticas na redução da transmissão vertical do HIV

Presente nos discursos dos entrevistados ficou claro que a maioria desconhece medidas que podem ser adotadas para evitar a transmissão vertical do HIV e sobre a transmissibilidade materno-infantil, fato presente entre os que conceberam e os que não conceberam filhos “após o HIV”, tanto em cenários de soroconcordância quanto nos de sorodiscordância.

“Por que eu imagino que não tenha como fazer um filho e vir sem o vírus. Nascer sem o vírus. Eu acredito que não! Nunca tive informação. Assim (pausa), certamente, se eu tivesse um filho hoje, qual o risco de nascer com ou sem, ai eu não tenho essa informação”. Caiubi-M-SD

“Eu acho que a mulher que tem HIV não pode ter filho não, por que da mãe transmite pro filho, né?”. Potira-F-SC

“Mas, eu não sei se pode (ter outro filho), se é tudo tranquilo”. Iraí-M-SC

“Eu não sei (pausa), eu acho que não tem condições de ter filho. Mas eu já vi gestante, mas não sei se só o marido que tem, ou é só ela que tem (pausa) aí eu não sei. [...] tanto que eu estranhei eu pegar só por causa de um neném, aí (pausa) e como é que eu ia engravidar dele usando preservativo (risos)”. Iraputã-F-SC

Pesquisa realizada por Moura e Praça (2006), com gestantes infectadas pelo HIV, observou que essas gestantes não percebiam diferenças entre elas e outras gestantes apontando que a única coisa que as diferenciava era a medicação, uma vez que se sentiam bem estando grávidas e acreditavam no nascimento de uma criança saudável, ou seja, um filho com sorologia negativa.

Algumas pessoas expressaram conhecer parcialmente a aspectos da transmissibilidade vertical do HIV e de estratégias utilizadas para a prevenção desta, referindo alguma das etapas contidas nas recomendações para profilaxia da TV do HIV e TARV em gestantes do Ministério da Saúde. Entretanto notamos que esses aspectos foram referidos, principalmente, por pessoas que vivem sob a sorodiscordância, ou que vivenciam ou vivenciaram recentemente uma gestação. Vejamos os depoimentos

“[...] e são poucas as chances dela nascer (com o vírus), por que vai ser cesariana e eu to tomando os remédios. Tem 8% de chance ainda. Mas, tenho certeza que Deus é maior. Deus quem sabe, né?”. Apuã-F

“Ela começou a tomar o remédio na hora certa aos 4-5 meses. As possibilidades que eram de 30% do feto nascer com o vírus, diminui pra só 8%. [...]. Eu levei ela pra médica (obstetra) que nos orientou que quando tiver na 39ª semana de gestação ela vai tomar os 2 ml do remédio, que eu não sei o nome ainda, e com 7 dias toma o resto do remédio, pra fazer a cesariana.[...]”. Coaraci-M

Neste último depoimento, gostaríamos de comentar o retrato que focaliza a medicalização da prevenção da aids, tendência atualmente observada na atenção à epidemia e às pessoas com HIV e expostas a ele, levando à reflexão que as ações para a prevenção da aids e promoção da saúde das pessoas infectadas não devem se concentrar apenas nesse foco diante

da complexidade que a aids e o HIV apresentam, requerendo ações singulares frente a toda diversidade desse contexto.

Mesmo entre aqueles citaram conhecer algumas(s) etapas das recomendações para prevenção da TV, não percebemos ser um conhecimento que levasse a compreensão causal da necessidade de adotar tal etapa, não ficando claro que se essa falha reside no aconselhamento prestado pelos profissionais ou na dificuldade de compreensão de pessoas com baixa escolaridade, como a das pessoas deste estudo. Contudo, o ponto que mais observamos dúvidas entre as pessoas, principalmente entre as mulheres, que mostraram algum conhecimento das medidas profiláticas apontou para o desconhecimento quanto à amamentação.

Eu pensei que fosse só pra mim, mas (pausa) não, porque eu achava que o bebê não pegava, mas depois foi que a médica do LACEN me explicou, que eu não podia amamentar (pausa) que ia ser cesária, já pra ele não ter risco [...]". Iraputã-F

"Não! (pausa) Ele (RN) não fez exame ainda não! (sobre a possibilidade de transmissão vertical). [...] As pessoas perguntavam porque eu não dei de mamar! Só que eu não disse não! Eu dizia assim: -não é porque não pode mamar". Japira-F

"Eu só não perguntei pra ela como ela fazer no caso do aleitamento". Coaraci-M

Em estudo realizado por Sant'Anna, Seidl e Galinkin (2008), com mulheres soropositivas observou que o fato de não amamentar foi representada como a etapa mais difícil de ser aceita por elas, em comparação aos procedimentos para a prevenção da TV do HIV.

As pessoas que (con)vivem com HIV deste estudo relataram em seus depoimentos a associação entre transmissibilidade da transmissão vertical e adoção dos ARV nessa prevenção, reforçando a alta adesão que a maternidade parece estimular, expressando a valoração cultural atribuída a essa condição.

"Não. Por que a doutora me explicou o que tinha que fazer. Se tomasse direitinho o remédio tinha 99% de chance dela não ter, aí eu disse: tomo na hora". Anauá-F

“Quando eu soube, foi a primeira coisa que eu fiz foi tomar os medicamentos (profilaxia da TV) [...]”. Jaciaba-F

“Fiquei com medo (pausa), a enfermeira disse que era capaz de passar para o menino se eu não viesse logo pra tomar os remédios”. Japira-F

O panorama de desconhecimento das medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV, com casos esporádicos que demonstram algum conhecimento parcial dessas medidas, é uma realidade neste estudo, entretanto, o depoimento abaixo, de uma mulher que vive com HIV e descobriu a soroconversão na gestação, traduz o significado para mães e pais diante da maternidade/paternidade na vivência do HIV em ter um filho livre da infecção.

“Quando eu soube que minha menina não tinha nada (pausa), eu fiquei feliz! Fiquei muito feliz!(expressão de alívio)”. Jaciaba-F

Temática – Vivência da Conjugalidade

A intenção deste estudo foi explorar as vivências sexuais e reprodutivas de pessoas que vivem e convivem com HIV em contextos de parcerias estáveis heterossexuais, coerente ao aumento dos casos de aids por essa categoria de exposição, principalmente entre mulheres. Essa intenção se relaciona, diretamente, com elementos que se entrelaçam à conjugalidade, contudo ressaltamos que não tivemos inicialmente como objeto descrever estes aspectos, mas discuti-los por mediar o cenário da sexualidade e da reprodução, uma vez que, nestas relações, a questão do risco tem a conjugalidade cenário-base.

Sobre este aspecto, Finkler (2003), considera que o aumento de infecções pelo HIV em relacionamentos heterossexuais, expõe as dificuldades para viabilizar sexo seguro em relacionamentos estáveis, chegando a recomendar estudos que desloquem o foco de pesquisa do individual para o interacional, privilegiando o relacionamento conjugal, ressaltando que os comportamentos são regulados pela subjetividade, construídas a partir de normas sociais que delimitam a possibilidade de determinado comportamento em determinado contexto.

O ser humano é único e capaz de interagir consigo e com os outros seres humanos, manifestando sua singularidade, afetando o mundo e sendo afetado por ele. Possui características especiais de relacionar-se por meio das relações Eu-Tu, Eu-Isso, no tempo e no espaço, existindo uma conformidade das teóricas com as idéias de Buber (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Neste estudo, não descrevemos os comportamentos, contudo observamos nas duas categorias, que englobam o cuidado com o outro e a confiança, aspectos do comportamento conjugal diante da soropositividade, expressando condutas conjugais que fundamentam a vivência sexual e reprodutiva.

Sub-temática - Modificação na relação conjugal frente ao cuidado consigo e com o outro

Observamos que a soropositividade ao HIV provocou modulação na conjugalidade dos sujeitos deste estudo, adotando-se uma postura de cuidado com o outro, esta representada muitas vezes, como um “pacto de amparo” que pode ser relacionado ao medo do adoecimento e à solidariedade com o parceiro.

“Quando eu estou de cabeça baixa, quando eu tô deprimido, é ela quem chega. Quem me dá força. O fato dela fazer serviço social, ter mais estudo do que eu, ela sempre me dá força. Fiquei arrasado quando soube. Ela ficou muito triste, mas não me culpou em nenhum momento”. Iraí-M

“Ele se preocupa nessa parte, que eu me cuide, que eu venha, que eu tenha contato com a médica. Nessa parte ele se preocupa muito. Mas, assim. Eu queria que ele viesse um dia. Ele é daqueles que acha que eu vou morrer com 10 anos (risos). Eu digo: Não é assim, não! Ele não é muito esclarecido. Eu queria que ele viesse por conta disso. Por que ele não tem medo. Irajá-F

“Às vezes o pessoal vê (pausa), por que em toda vida com ela foi assim (referindo-se a aproveitar a vida). Eu me pus no lugar dela, aí depois que aconteceu isso, que ela ficou parálitica de um lado, ela ficou parálitica de uma mão, a perna ficou esquecida (pausa), eu me pus no lugar dela, aí eu comecei a levar ela pra festa, aí, chegou lá, eu chamava ela pra dançar e ela dizia: eu não sei dançar! Aí eu dizia: - tem nada não você dança do jeito que você sabe. Aí a gente fica

dançando (pausa) e o povo fica olhando, e dizem assim: “rapaz, tu tem uma paciência de Jó’ (risos). Não é paciência de Jó, não! Vá se colocar no lugar dela pra ver. Se fosse eu que tivesse paralisado. Eu, sabendo que antes eu podia correr que eu podia fazer as coisas. Se eu me sentisse paralisado, eu acho que eu enlouquecia”. Jupi-M

O relacionamento familiar representa possível fonte de apoio emocional, em que a família e os amigos se constituem expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a infecção, deixando clara a importância da relação conjugal apoiadora para a saúde de pessoas com HIV (CARVALHO; MORAIS; KOLLER; PICCININI, 2007).

Em alguns momentos percebemos, que o aspecto do cuidado com o outro e consigo regula o aspecto de culpa sobre ter-se infectado (a) pelo companheiro (a) aparece sendo substituído, ou escondido, diante desse novo aspecto conjugal. Vejamos:

“Aí eu não culpo ele, nem ele me culpa. Nós tem esse pensamento. Aí a gente pensa assim de não se deixar e ir sempre pra frente, de um ajudar o outro, de um ajudar o outro (silêncio). Quando eu pioro ele ajeita, se ele piora (pausa), ele nunca piora (risos) ele nunca adocece”. Anauá-F

“Não. Ela nunca me culpou. Pelo contrário, ela quem me dá força sempre”. Irai-M

“Aí ninguém fica conversando sobre isso (ter filhos) pra não ferir ninguém. Assim, você quer e eu não posso lhe dar, ou eu quero e você não pode me dar. Então, a gente não conversa, não toca nesse assunto. Pra que eu não venha a cobrar dele uma coisa que ele não pode me dar e eu não cobrar dele uma coisa que eu já sabia”. Irajá-F

Finkler (2003), comenta que é muito difícil para um casal em relação estável, seja ela inicial ou não, considerar a possibilidade de o HIV/aids fazer parte de sua relação amorosa, e assim, a maioria dos casais sequer pensa no problema da aids e não a relaciona com sua vida, conversando muito pouco sobre o assunto, a não ser diante da fatídica realidade da infecção de vizinhos, amigos ou parentes.

Parece que a relação diante da descoberta se não é direcionada para a quebra da confiança (categoria a seguir), afetando negativamente a relação conjugal, é colocada de lado e substituída pelos laços conjugais que os unem, fortalecendo a ligação do casal mediante a adversidade que se coloca diante deles.

Alguns depoimentos expressaram a dificuldade na convivência afetivo-sexual entre pessoas com HIV.

“No momento que a pessoa chega pra você e conta, aí você acha que é fácil, quer ajudar, quer prestar esse serviço para aquela pessoa, mas depois você vê que não era aquilo. Que era totalmente diferente. Eu converso, eu tento falar tanta verdade pra ele, mas ele é complicado, mas é assim mesmo (pausa), as provações! (resignada) Às vezes ele fala pra mim que não tem. ‘Eu não tenho não, não sei o quê’ Aí falo no que a médica disse. Aí ele me diz que vai ficar bom. Bom de que? Aids não tem cura não! Ontem mesmo eu conversei com ele”. Içara-F

“Tem hora que eu penso em deixar ele. Eu penso, mais eu choro, eu fico (pausa), eu penso nele, eu sozinha, ele só, aí eu fico com pena dele. Por que o relacionamento é sem graça. Assim, eu gosto dele, sinto algo por ele, mas o relacionamento é sem graça, sei lá [...]”. Içara-F

Nos depoimentos seguintes foram expressas as dificuldades que a soropositividade coloca na relação conjugal, e mesmo em relação sorodiscordante apresentam-se desafios na manutenção da prevenção do HIV do parceiro soronegativo (nos dois casos, eles soropositivos com relações formadas após o conhecimento sorológico).

“Acho que seria uma parte difícil pra mim (falando sobre negociação no uso do preservativo). Até por que ele, esses dias, eu até quis falar pra doutora, eu tenho muito contato com ela, é uma amigona, mas ele não quis ir. Queria que ela conversasse com ele, esclarecesse melhor, mas ele não quis ir. Conversei com ela a questão dos cuidados que eu tinha que tomar. Como deveria ser direitinho (o sexo) pra não ter perigo. E até porque ele tava querendo fazer loucura. Queria que a gente fosse sem camisinha (risos). Eu disse: você tá maluco, rapaz! Vamos, seja o que Deus quiser. Não, meu filho, mais aí não (risos)”. Irajá-F

“Quem tem de pensar no risco pra ela sou eu. Ela não ta nem aí. Acho que é porque ela quer engravidar. Pra ela, ela acha que não é nada. Só sabe quando a gente tá com o vírus. Pra gente andar pra médico, tudo (pausa) é todo mês”. Jaci-M

Reis (2004), comenta que quando a relação discordante é estabelecida inúmeras dificuldades surgem na vida do casal, desde o medo da transmissão da infecção para o parceiro,

manejo das dificuldades no âmbito afetivo-sexual até a manutenção do relacionamento e a convivência com a família.

Finkler (2003), comenta que para as mulheres “o ‘estar dentro’ do relacionamento parece relacionar-se a uma decisão de passar pelas mesmas experiências e situações que o companheiro”, representando uma prova de amor e relacionando-se também à resistência do parceiro em adotar uma atitude preventiva e à sua impossibilidade de contrariá-lo, sob o risco de encerrar o relacionamento. Contudo, está problemática de gênero, neste estudo, parece permear esses contextos conjugais.

Estudo realizado em São Paulo indica que as mulheres portadoras do HIV enfrentam os mesmos obstáculos que as demais, desde dificuldade em negociar sexo seguro com o parceiro à priorização do cuidado de familiares, deixando-se em segundo plano. (PAIVA; LATORRE; GRAVATO; LACERDA, 2002b). Em corroboração, Finkler (2003), comenta que a noção de risco estaria profundamente vinculada aos atributos femininos de passividade e fidelidade; sendo estes instaladores de relações de gênero e de poder desiguais, fato que dificulta a prevenção da aids.

O preconceito e o estigma atribuídos à aids permanecem no imaginário social e manifestam-se sob o medo da rejeição do parceiro.

“Quando ela soube que eu era negativo. Ela mesma achou que eu ia ter preconceito, que ia deixar ela. Mas, a primeira idéia que passou na minha cabeça foi fazer amor com ela. Foi isso que nós fizemos. Com preservativo. Ela deve ter te dito isso! Ela tem muito medo, eu também tenho. Como eu falei pra você, só tenho medo é do preconceito. Ela não é aidética, ela é soropositiva”. Coaraci-M

“Ele já sabia, já sabia, desde o início [...]. Eu tinha medo. Você já imaginou? Você tá ali sossegada na sua vida, não tem ninguém, não tem responsabilidade com ninguém e de repente você achar alguém que pode passar algo na sua cara no futuro. Eu sempre pensei assim. Eu não queria ter compromisso com ninguém pra não aquela responsabilidade, aquele medo, aquele cuidado” Irajá-F

Paiva et al. (2002a), ressalta que a história da construção da resposta a epidemia de aids tem sido a história da resistência organizada à estigmatização e ao preconceito, com diferentes

fontes de estigma: em relação à sexualidade e aos gêneros, em relação à raça ou etnia, e em relação às relações e divisões de classes.

Percebemos que o cuidado com o outro é um aspecto manifestado de muitas formas na vivência conjugal, com apoio no adoecimento, solidariedade, preocupação com o bem-estar, medo de vir a infectar o parceiro discordante entre os parceiros, medo do preconceito e estigma dentro da relação conjugal. Aspectos que não empreenderam cuidado na relação conjugal foram observamos com associação à traição e quebra da confiança na relação conjugal.

Sub-temática - A quebra da confiança depositada no outro frente ao HIV

A confiança na relação conjugal, com especial destaque a não adoção de preservativo entre casados/unidos, tem merecido destaque por contribuir na modulação de comportamentos de exposição ao risco em relações estáveis.

Observamos, inicialmente, que essa categoria ia constituindo-se por vivências femininas, mediante o contexto de descoberta da infecção associada à possível traição masculina e à quebra da confiança depositada no outro. Contudo, revelaram-se aspectos sobre essa quebra de confiança no lado oposto da trama de traição, com relatos de homens que se sentem culpados por ter vindo a infectar a esposa/companheira.

“Se eu pudesse evitar, se pudesse voltar atrás, jamais colocava uma coisa dessas nela, na vida dela”. Iraí-M

“Quando minha esposa descobriu que tinha eu fiquei arrasado (usou muitas vezes essa palavra). Eu fiquei muitas vezes deprimido. Na mesma hora que a gente soube, eu senti que tinha sido eu que tinha passado”. Iraí-M

A confiança apresentou uma relação com as percepções de riscos para homens e mulheres, que desconsideraram essa possibilidade e adotaram condutas não preventivas, contudo, os contextos de vulnerabilidade que os cercam são distintos.

Os homens são tidos como principais impulsionadores da epidemia do HIV, conquanto, a camisinha, uma das formas mais seguras de enfrentar a vulnerabilidade ao HIV, é considerada um dificultador do prazer sexual (ANDRADE; NÓBREGA-TERRIEN, 2005).

Finkler (2003), comenta que a dificuldade das mulheres em implementar a prevenção também está relacionada à crença na responsabilidade masculina quanto ao uso de preservativo e na autoridade do homem com relação a assuntos sexuais.

Os relatos demonstraram haver repercussão na vivência conjugal após o conhecimento do diagnóstico, permeada pela culpa que se atribui aos homens e com expressão de raiva pelas mulheres diante da traição que se oficializava através do teste anti-HIV. Vejamos:

“Eu culpo ele, eu culpo. É muito difícil (pausa)” Potira-F

“Não é que eu fiquei revoltada. No começo eu ficava com raiva até de mim. Assim... eu não tenho raiva dele, se não a gente não convivia só que eu fiquei magoada porque eu jamais pensei que pudesse, com o tipo de convivência que a gente tinha. O problema é confiar. Pelo tipo de pessoa que ele era ninguém dizia, por ele era aquela pessoa sempre de casa, que nunca gostou de farra, de festa, só saía de casa comigo. Se perguntar a uma pessoa que conhece a gente ninguém acredita”. Iaciara-F

“No começo quando ela descobriu que tava também, ela ficou foi chateada comigo. Ela passou mais de um ano chateada comigo. Aí a gente foi sendo atendido [...]. Foi um período bem difícil!”. Anamari-M

“A mulher estando com um problema também é difícil! Por que ela ficou botando a culpa em mim. Se fosse um caso que a gente soubesse de onde vem a certeza, aí (pausa). A gente fica com essa dúvida na cabeça até morrer. Não sei de onde vem! Não sei de onde vem! Mas eu desconfio que foi lá de São Paulo mesmo!”. Anamari-M

Silva (2002), em estudo sobre o significado da fidelidade, com homens casados de um bairro de São Paulo, identificou dois conteúdos que retratavam o perigo da aids atribuído ao espaço fora de casa: 1. Associação da doença ao castigo, em uma perspectiva individual coloca a aids com a função de deter comportamentos excessivos, inclusive o sexo fora do casamento, e numa perspectiva social, no mesmo sentido da culpa, a aids também serviria para a punição da sociedade e seu estado de calamidade; 2. Homens casados consideraram obrigatório o uso de preservativos nas relações extraconjugais, em consideração ao perigo trazido de fora para dentro de casa. Para Oltromari e Otto (2006), parece haver uma discrepância sobre conhecimento e efetivação de condutas preventivas nas relações sexuais.

Mulheres soropositivas, estudadas por Paiva, Latorre, Gravato e Lacerda (2002b), apresentavam dificuldade em convencer seus parceiros a se protegerem. Mesmo sabendo da soropositividade da parceira, os homens recusavam-se a usar preservativos, por declararem não gostar, ou por que os relacionavam a interferência na qualidade do prazer sexual.

Observamos que os depoimentos das mulheres com HIV deixam escapar que seus parceiros venham a envolver-se, em algum momento, em relações extraconjugais. Sob essa perspectiva, as mulheres mesmo com conhecimento do risco que corriam abriam mão da proteção através do preservativo, tendo a confiança no parceiro abalada ao perceber o risco como uma vulnerabilidade.

“Eu tinha medo de passar por isso que eu tô passando agora, por que ele era muito mulherengo, eu bem novinha e ele me deixava em casa e saía com as outras e também não tinha muito cuidado, né? Eu pensava assim, que um dia ia passar por isso, assim quando eu via alguém falando que tinha. Eu imaginava, eu tenho certeza que eu ainda vou passar por isso”. Potira-F

“Não confio em mais nenhum homem! Pra mim todos são sem-vergonhas. Mesmo o que eu mais amo, que era mais sério! Eu confiava demais. Quem conhecia ele, a pessoa jamais acreditava que ele tinha isso, ou podia pegar. Uma pessoa cheia de frescura, aí de repente, aparece com um problema desse”. Jaciara-F

Silva (2002), comenta que é preciso entender que certos comportamentos como assumir relações extraconjugais são fortemente determinados pela cultura, mostrando-se tão dinâmicos quanto as relações que o regem.

Percebemos que os homens e mulheres que (con)vivem com HIV, resgatam suas vivências referindo a infecção pelo HIV como algo que poderia ter sido evitada caso adquirissem posturas protetoras das DST.

“Às vezes eu fico me perguntando assim: por que eu não usei (preservativo) toda a minha vida, mas a gente vai, gosta de uma pessoa, passa um ano namorando e enquanto namora ta usando, mas depois que você começa a viver com aquela pessoa, aí você não vai usar mais (pausa). Porque é minha esposa, aí vai confiar um no outro, aí vai atrás de usar mais (pausa), aí é o que fica difícil”. Jupi-M

Mas era pra eu ter me advertido antes, já que eu via ele assim, que gostava de mulher, era pra (pausa), mas nem (pausa), eu pensava, meu Deus, será que um dia eu ainda vou passar por isso, quando eu via alguém que ficava doente, eu ficava imaginando de acontecer comigo. Por que eu nunca peguei ele, com mulher não, mas a gente sabe, o povo fica falando, comentando...” Potira-F

Não, eu não me prevenia, eu nunca imaginava que precisava usar preservativo agora e como ele não queria. Mas eu pensava muito que fosse acontecer. Potira-F

Um caso em particular ocorreu entre os entrevistados, uma mulher que descobriu estar infectada pelo HIV durante a gestação, teve essa descoberta mediada por intervenção de terceiros, que desconfiavam do *status* sorológico do parceiro. Este escondeu seu diagnóstico da companheira sem revelá-lo mesmo com ela vindo a gestar. Vejamos o depoimento:

“Ele me enganou, depois eu soube da história toda. [...] Aí, depois quando eu cheguei com o resultado que deu positivo, eu mostrei a ele e ele veio me dizendo: ‘-Me perdoe.[...]. Eu não sabia das coisas, eu tive tanta raiva dele. Ele fez muita coisa a mim quando eu tava grávida dessa menina, eu trabalhando e ele com mulher, eu no meu trabalho e ele no trabalho dele. Como é que eu saber? Ainda arrumou uma mulher depois, e eu contei a ela. Eu disse a ela do problema que ele tinha[...]. Disse a ela e disse mais. Disse a ela que ela devia dizer a ele. Por que ele devia ter dito. Por que a pessoa devia dizer assim: olhe se você quiser ter relação comigo tem que saber que eu tenho aids, e outra coisa, devia usar preservativo”. Jaciaba-F

Esta situação particular nos revela os entornos que podem envolver mulheres com HIV, sob realidades de vida em que a conjugalidade é permeada por sinais de descaso, traição e exposição criminosa ao HIV. A confiança depositada no outro é perdida mediante a traição que é confirmada com a infecção, sendo este aspecto importante elemento a ser trabalhado no enfrentamento da aids em relações conjugais estáveis.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adentrar na vivência da aids e da infecção pelo HIV significa tentar desvelar um vasto mundo de experiências e significados, entrelaçado de valores morais, angústia, estigma e preconceito. Mostrou-se ser complexo, diverso, porém enriquecedor. Salienta-se haver um processo de re-significação do HIV/aids e de busca pelo controle dessa pandemia..

Os encontros com cada sujeito deste estudo foram momentos existenciais ímpares, alcançado através do referencial adotado, concebido como oportuno diante da temática investigada. A Teoria Humanística possibilitou-nos compreender vivências sexuais e reprodutivas, mediadas pela intersubjetividade da relação enfermeira/pesquisadora -pessoas que (con)vivem com HIV/pesquisados, constituindo esta relação num diálogo vivo com cada um.

O aparecimento da terapia antiretroviral combinada melhorou a sobrevida e a qualidade de vida das pessoas com HIV/aids, colocando em destaque o aspecto de cronicidade, atribuído atualmente à condição de viver com HIV e que demanda novas possibilidades de cuidados. Mediante essa nova realidade, evidenciam-se diferentes formas de relações afetivo-sexuais, num panorama diversificado que envolve casais soroconcordantes e sorodiscordantes sob contextos de vida, em muitos pontos, similares aos não-infectados.

Nas diferentes realidades de vida pesquisadas, verificamos que o momento de descoberta da infecção ainda retrata conceitos estigmatizantes, imbricados de preconceitos e temores sobre o HIV e a aids, denotando as dificuldades das pessoas ao se defrontar com a soroconversão.

O contexto de descoberta, em metade dos casos, envolveu o período gestacional, sendo os outros diagnósticos concluídos mediante doença oportunista ou por convocação de parceiro. Além da diversidade de cenas em que se deu a descoberta da infecção, o contexto de saber-se infectado pelo HIV foi expresso como um momento marcante, salientado pelo choque inicial, com descrença da situação vivenciada e associação de adoecimento e morte, sendo que essa tensão inicial parece ter sido diminuída, ou “escondida”, com o passar do tempo.

A gestação representa um momento importante para o diagnóstico da infecção pelo HIV, para aconselhamento das recomendações para redução da transmissão vertical, para início precoce da profilaxia da transmissão vertical e para um atendimento humanizado, livre de julgamentos e preconceitos. Trabalhar estigmas e preconceitos vinculados ao HIV/aids, além de referenciais de gênero que envolvem essas questões, foram necessidades percebidas.

Os serviços de saúde devem buscar ampliar a oferta de testagem à gestante, como estratégia fundamental para a redução da transmissão vertical do HIV, com a incorporação do aconselhamento pré e pós-teste, além do fornecimento das medidas terapêuticas para assegurar a redução no risco da transmissão de mãe para filho. Certamente, o período gestacional não é o período mais apropriado para que essa testagem ocorresse, mas a captação das mulheres nas consultas de pré-natal, frente a não oferta rotineira do exame pelos profissionais de saúde e gestores, sugere que o aconselhamento para essa testagem, nos leve a vislumbrar a gestação como momento oportuno para novos diagnósticos em mulheres, captação de parceiros e para a redução da transmissão vertical.

Quanto à saúde sexual e reprodutiva, os diferentes contextos conjugais de sorodiscordância e soroconcordância impõem desafios quanto ao enfrentamento para uma vivência sexual e reprodutiva saudável. O manejo para o enfrentamento quanto à manutenção da atividade sexual, melhoria das práticas sexuais, adoção de métodos de preventivos de novas infecções pelo HIV (considerando haver parceiro/a soronegativo/a) e de re-infecção (para aqueles já infectados), além de aconselhamento direcionado à adoção das recomendações para a redução da transmissão vertical, são alguns dos aspectos percebidos como necessários para uma assistência integral e humanizadora, para as pessoas que vivem ou convivem com o HIV em relação conjugal estável.

É preciso abrir canais de diálogo sobre experiências sexuais e reprodutivas, uma vez que percebemos esse anseio por informações, pouco discutidas profissionalmente com eles. e por uma assistência específica para essas demandas. É preciso que as ações de cuidado ultrapassem e esfera biologicista, centradas no manejo clínico e na adesão aos anti-retrovirais. Assim como estudo anteriores, em relação à saúde reprodutiva atesta-se que esta não vem sendo assistida adequadamente, necessitando de postura profissional que forneçam assistência com compromisso, ética e solidariedade buscando possibilitar informações que promovam tomadas

de decisões conscientes quanto ao planejamento familiar, apoiando as suas escolhas reprodutivas.

Salienta-se a importante dimensão que é conferida às relações entre profissionais e pacientes, como partícipes na busca da promoção da saúde numa realidade em construção, de re-significação de vida, relações e saúde. O atendimento a essas pessoas requer uma formação profissional que ultrapassa os conteúdos acadêmicos, onde sensibilização, postura ética e capacidade de trabalho interdisciplinar são itens fundamentais para o trabalho individual e em equipe no cuidado às pessoas com HIV. Percebe-se a importância atribuída ao profissional enfermeiro na execução de ações de educação em saúde, tanto individual quanto coletivamente, podendo fomentar decisões responsáveis nessas esferas delicadas de cuidado (saúde sexual e saúde reprodutiva).

Este estudo nos possibilitou compreender que o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser o eixo da assistência, percebendo a importante dimensão atribuída ao aconselhamento como estratégia de *empowerment* das pessoas que vivem com HIV quanto à saúde sexual e reprodutiva, uma vez que as experiências nessas áreas revelam desconhecimento, medo, e dificuldades na adesão aos mecanismos protetores da infecção pelo HIV na relação conjugal.

Quanto à relação conjugal, a estabilidade visibilizada na fase pré-infecção atuava como um dos fatores que contribuía para a determinação do não uso de preservativo, oferecendo contextos de maior vulnerabilidade, onde o gênero aparece como principal fator. Na fase pós-infecção, a qual pesquisamos, essa asserção não foi procedente, uma vez que a adesão ao preservativo foi explicitada. Contudo, há um enfrentamento maior para a manutenção da prática de prevenção pelo uso do preservativo masculino em casais sorodiscordantes.

A sorodiscordância traz novos elementos para o cuidado às pessoas com HIV/aids. A prevenção é assunto que deve permear o diálogo dos casais e da assistência profissional, evitando-se a infecção do parceiro soronegativo, que ainda se constitui um desafio, decorrente dos construtos sobre a transmissibilidade e o desejo de infectar-se, pautado no amor romântico. Faz-se necessário orientar e aconselhar o uso do preservativo feminino, devido seu baixo uso, e para a quimioprofilaxia após exposição sexual acidental, além de organização de serviço de atendimento aos parceiros soronegativos, que ainda inexistem.

A condição de viver com HIV não reduziu o desejo íntimo de ter filhos, contudo foi modulado pelo medo da infecção infantil, transmitida de mãe para filho, e, embora seja comum nos depararmos com gestantes no ambulatório de infectologia.

Compreendemos que a sexualidade, reprodução e maternidade/paternidade são questões pouco discutidas e que necessitam, diante da cronicidade que se atribui atualmente ao HIV/aids, ser revisitadas e incluídas no cuidado às pessoas em relações estáveis infectadas e seus parceiros.

A partir da vivência que estabelecemos com os sujeitos do estudo, e pelo conteúdo presente em suas falas, observamos necessidades de cuidados e elencamos ações, algumas vistas e muitas vividas por nós durante o encontro existencial entre pesquisadora e pessoa que (con)vive com HIV, como mecanismos que suscitam a promoção da saúde sexual e reprodutiva, quais sejam: Abordar o desejo de ter filho, orientando para uma prática de escolha voluntária, autônoma e segura com esclarecimento sobre as medidas profiláticas na redução da transmissão vertical do HIV; Reforçar orientações sobre transmissão horizontal, uso, manejo e dificuldades na adesão ao preservativo, refletindo sobre a vulnerabilidade de mulheres e homens na relação estável; Realizar aconselhamento em planejamento reprodutivo, mediante o desconhecimento de alternativa de prevenção à gravidez, restrita ao preservativo introduzido com a descoberta da infecção pelo HIV. Ressalta-se que a contracepção de emergência, desconhecida pelos sujeitos do estudo, precisa ser esclarecida, principalmente com parceiros sorodiscordantes que tenham exposição ao HIV, como profilaxia da infecção. Este método pode ser usado em outras situações, independente do tipo de relação afetivo-sexual vivenciada, quando não se desejam mais filhos.

Não resta dúvida que a assistência em saúde reprodutiva às pessoas vivendo com HIV demanda inúmeras questões e desafios, mas, sobretudo, aponta para a necessidade da assistência integral, não-dicotômica, onde prevenção e tratamento se conjugam, reconhecendo limites, possibilidades, finalidades e prioridades, na individualização do cuidado humano.

Finalmente, a vivência e a convivência do HIV em situações de relações estáveis entre heterossexuais demanda uma concepção mais ampla sobre o processo saúde-doença, concebido em seu aspecto positivo, mediante à necessidade de promoção da saúde mesmo em situações adversas, compreendendo os seus determinantes e buscando atuar nele com vistas ao bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABBADE, A.C.S., SOLANO, N. Aids e o direito. In: BRASIL, Ministério da Saúde/Coordenação nacional de DST e AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para a elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. cap. 7, p. 129-164.

AMARO, S.T.A. A questão da mulher e a aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 89-99, 2005.

ANDRADE, L.S., NÓBREGA-TERRIEN, S.M. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/Aids. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, Niteroi (RJ), v. 17, n. 2, p. 121-126, 2005.

ARAÚJO, M.A.L., VIEIRA, N.F.C., BUCHER, J.S.N.F. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Aids e DST – Ano III**, n.1,01^a-26^a semanas epidemiológicas, jan-jun. 2006.

ARAÚJO, M.A.L., PAGLIUCA, L.M.F. Análisis de contexto del concepto de ambiente en la Teoria Humanística de Paterson y Zderad. **Index Enferm.** (Gran), ano 16, n. 48-49, p. 42-46, 2005.

AYRES J.R.C.M e colaboradores. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu (SP) v. 7, n. 12, p. 123-138, 2003.

AYRES, J.R.C.M, FRANÇA, J.R., CALAZANS, G.J., SALETTI FILHO, H.C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M., PARKER, R. (organizadores). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: 34/IMS/UERJ, 1999. p. 52-54., 1999.

BARBOSA, R.H.S. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K., COSTA, S.H. (Organizadores). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 281-296.

BARBOSA, R.M., KNAUTH, D.R. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 2, p. S365-S376, 2003.

BARSTED, L.L. Família, sexualidade e reprodução no discurso brasileiro. In: GIFFIN, K., COSTA, S.H. (Organizadores). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 51-66.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, M.W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

BERBUDÉZ, X.P.D., SEFFNER, F. Liderança brasileira à luz da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UNGASS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. S101-S108. 2006. Suplemento.

BERER, M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. **Questões de Saúde Reprodutiva**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 23-33, 2007. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm2/revista2/23-dupla-prot.pdf>>. Acesso em: 13 dez 2007.

BERQUÓ, E., KOYAMA, M. **Notas preliminares sobre o uso de preservativo entre pessoas sexualmente ativas nos últimos doze meses e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça e religião: análise comparativa entre 1998 e 2005**. São Paulo: CEBRAP, 2005. Disponível em: <http://perspectives_on_contraception/berer.pdf>. Acesso em: 13 de dezembro de 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº 93.993, de Janeiro de 1987. Estabelece critério sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Aids DST** jan-out. 2007a. Disponível em: <<http://www.dst.org.br>>. Acesso em 10 de dezembro de 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical do HIV e sífilis**: manual de bolso. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b. 180 p.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Aids e DST** – Ano III, n.1, 01ª-26ª semanas epidemiológicas, jan-jun. 2006a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria de Editora Saraiva. 38. ed. (atual.). São Paulo: Saraiva, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS**: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

_____. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Epidemiologia – gestantes HIV+ e crianças expostas**. 2007c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm>>. Acesso: em 10 mar. 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento**: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde, Área Técnica de saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar**: manual teórico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde, Área Técnica de saúde da Mulher. **Planejamento familiar**: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva, Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Guia de tratamento**: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **DST E AIDS nos jornais**: Mesmo com aids, mulheres engravidam mais de uma vez. 2006d. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISDA56F374ITEMIDBB60387D2DD94DC4ABB17AD08A9426A7PTBRIE.htm>>. Acesso em: 08 jan. 2007.

BUBER, M. **Eu e Tu**. 2ª ed. São Paulo: Moraes, 1974.

CAMPOS, A.C.S. **Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia**: pressupostos humanísticos. 2005. 264 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 2005.

_____. **O significado de ser mãe de um recém-nascido sob fototerapia**: uma abordagem humanística. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 2003.

CAMPOS, A.C.S., CARDOSO, M.V.L.M.L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. **Ciência y enfermería**, v. XII, n. 1, p. 73-81. 2006.

CARDOSO, M.L.M.L. **O conviver de familiares de crianças com deficiência visual**. 1997. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 1997.

CARDOSO, M.L.M.L., PAGLIUCA, L.M.F. **Caminho da Luz**. 1. ed. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999.

CARVALHO, F.T., PICCININI, C.A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 345-355. 2006.

CARVALHO, F.T., MORAIS, N.A., KOLLER, S.H., PICCININI, C.A. Fatores de Proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2023-2033. 2007.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE. **Informe epidemiológico aids**. Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/internet/>>. Acesso em: 08 jun. 2008.

CECHIM, P.L., SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 145-149. 2007.

CORIOLOANO, M.W.L., VIDAL, E.C.F., VIDAL, E.C.F. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. **Rev. RENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p.77-85. 2008.

ERDMANN, A.L, ANDRADE, S.R, MELLO, A.L.S, MEIRELLES, B.H. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-91. 2006.

FAÚNDES, D. Reprodução assistida e HIV/AIDS. In: MAKUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS**: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 57-60.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Anticoncepção**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004a. 308p.

_____. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **DST/AIDS**. São Paulo: Ponto, 2004b. 179p.

FELISMINO, H.P., COSTA, S.F.G., SOARES, M.J.G.O. Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia (GO), v. 10, n.1, p. 87-99. 2008. Disponível em: <<http:WWW.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a08.htm>>. Acesso em: 13 de abril de 2008.

FERNANDES, A.P.M, GONÇALVES, M.A.G, SIMÕES, R.T., QUINTANA, S.M., DUARTE, G., DONADI, E.A. Influência da infecção pelo HIV-1 sobre a presença do HPV em lesões do colo uterino. **DST - J Bras Doenças Sex Transm.**, Niterói (RJ), v. 16, n. 1, p. 21-25. 2004.

FINKLER, L. **HIV/AIDS e relacionamentos conjugais**. 2003. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2003.

FONSECA, A.F. **Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde**: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 183-205. 240 p.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. ABIA, Rio de Janeiro: editora 34, 2000.

_____. **1980-2001**: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo. Coleção Políticas Públicas. v. 2. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no Brasil e no mundo. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J.(Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

GALVÃO, M.T.G., CERQUEIRA, A.T.R., MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 194-200. 2004.

GALVÃO, M.T.G., RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A, FERREIRA, M.L.S.M., SOUZA, L.R. Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. **DST - J Bras Doenças Sex Transm.**, Niterói (RJ), v. 14, p. 25-30. 2002.

GAPA/CE. Grupo de Apoio à Prevenção da Aids / Ceará. Coordenação de Clodoaldo Batista Sousa. **Cartilha cidadã / assessoria jurídica**. Fortaleza: Expressão Gráfica Digital, sem ano. 28p. Tiragem: 1000 cópias.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E., CANINI, S.R.M.S., PRADO, M.A., CARVALHO, M.J., DUARTE, G.D., REIS, R.K. A feminização da Aids: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, Niterói (RJ), v. 16. n. 3, p. 73-76. 2004.

GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão vertical. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 49-55.

HATCHER, R. A., RINEHART, W., BLACKBURN, R. GELLER, J.S., SHELTON, J.D. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção.** Baltimore: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, 2001.

INGRAM, D., HUTCHINSON, S.A. Defensive Mothering in HIV-positive mothers. **Qualitative Health Research**, v. 9, n. 2, p. 243-258. 1999. Disponível em <www://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/2/243>. Acesso em 23 fev. 2007.

_____. Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. **Qualitative Health Research**, v.10, n. 2, p.117. 2000.

IPAS. **Decisiones reproductivas y mujeres que viven com VIH/SIDA.** Chapel Hill (Carolina Del Norte): 2006. 4p. Disponível em: <<http://www.ipas.org>>. Acesso em 23 fev. 2007.

IPG. Instituto Patrícia Galvão. **Dossiê / Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida.** São Paulo: 2003. 37 p. Disponível em: <<http://www.patriciagalvao.org.br>>. Acesso em: 12 dez. 2006.

KNAUTH, D. Comentários. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 37-41.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2 ed. Florianópolis: UFSC / Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed Papa-Livros, 1999.

LEITE, M.T.F., COSTA, A.V.S., CARVALHO, K.A.C., MELO, R.L.R., NUNES, B.M.T.V., NOGUEIRA, L.T. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 434-438, 2007.

LINDNER, S.R, COELHO, E.B.S., CARRARO, T.E. **Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar**. 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/artigo_dissertação_sheila.doc>. Acesso em: 12 dez. 2006.

MAGALHÃES, J. Avaliação do uso do condom feminino em mulheres vivendo com o HIV. **RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24. n. 2, p.137-138. 2002.

MAGALHÃES, J., ROSSI, A.S., AMARAL, E. Uso de condom por mulheres infectadas pelo HIV. **RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25. n. 6, p. 389-395. 2003.

MAIA, C., GUILHEM, D., FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MAKSUD, I. Casais com sorologias distintas para o HIV: questões iniciais para debate. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 07-09.

MARCOLINO, C., GALASTRO, E.P. A s visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto (SP), v. 9, n. 3, p. 77-82. 2001.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MARQUES, M.C.C. **Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 41-65. 2002. Suplemento.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, P. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 18 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.

MONTEIRO, S. Comentários. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS**: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 73-75.

MOREIRA, M.H.C., ARAÚJO, J.N.G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, Maringá (PR), v. 9, n. 3, p. 389-398. 2004.

MOURA, E.L., PRAÇA, N.S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 14, n. 3, p. 405-413, 2006.

MOURA, E.R.F., SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1023-1032. 2004.

NASCIMENTO, E.R.P., TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na UTI: teoria humanística de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto (SP), v. 12, n. 2, p. 250-257. 2004.

NEVES, L.A.S., GIR, E. Mães portadoras de HIV/aids: percepções acerca da severidade da infecção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 613-618. 2007.

OLIVEIRA, L.A., FRANÇA JÚNIOR, I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S315-S323, 2003. Suplemento 2.

OLIVEIRA, S.H.S., BARROSO, M.G.T., SOARES, M.J.G.O. Campanhas de comunicação de massa e sua interface com as políticas públicas de prevenção à aids em adolescentes. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, Niterói (RJ), v. 18, n. 3, p. 178-184, 2006.

OLIVEIRA, N.S., MOURA, E.R.F., GUEDES, T.G., ALMEIDA, P.C. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para

DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 107-116, 2008.

OLTRAMARI, L.C. Aids e casamento: o risco nos laços da conjugalidade. **Psicol. estud.**, v.10, n.2, Maringá (PR), p. 327-329, 2005.

OLTROMARI, L.C., OTTO, L.S. Conjugalidade e aids: um estudo sobre infecção entre casais. **Psicologia & sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 55-61, 2006.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Critérios médicos de elegibilidade para el uso de anticonceptivos**: una guía esencial de la OMS sobre planificación familiar. 3. ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Métodos Anticoncepcionais**. 3. ed. Genebra: OMS, 2004.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

PAGLIUCA, L.M.F., CAMPOS, A.C.S. Teoria humanística: análise semântica do conceito de Community. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 56, n. 6., p. 655-660, 2003.

PAIVA, V., LIMA, T.N., SANTOS, N., VENTURA-FELIPE, E., SEGURADO, A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002a.

PAIVA,V., LATORRE, M.R., GRAVATO, N., LACERDA, R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1609-1620, 2002b.

PANDOLFI, A.P., HOEPER, D. A evolução do planejamento familiar no Brasil. In: PASSOS, E.P., FREITAS, F. CUNHA-FILHO, J.S.L. (Org). **Rotinas em infertilidade e contracepção**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 239-243.

PARKER, R., CAMARGO JR., K.R., Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 89-102, 2000. Suplemento 1.

PASSOS, E.P., FREITAS, F. CUNHA-FILHO, J.S.L. (Org). **Rotinas em infertilidade e contracepção**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 368 p.

PATERSON, J.G., ZDERAD, L.T. **Enfermeria humanística**. México: Limusa, 1979. 118 p.

_____. **Humanistic nursing**. New York (NY): National League for Nursing, 1988. 129 p.

PAULA, C.C., SCHAURICH, D., PADOIN, S.M.M., CROSSETTI, M.G.O. O cuidado como encontro vivido e dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 425-431. 2004.

PINHEIRO, A.K.B. **O desmame precoce vivenciado por mães adolescentes**. 1998. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 1998.

POLIT, D.F., BECK, C.T., HUNGLER, B.P. **Fundamentos em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005 (Reimpressão 2006).

PORTELA, A.P. Direitos Reprodutivos e HIV/AIDS. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância os serviços de saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 63-67.

PORTO, C.S., VARGAS, E.P. Gravidez e infecção pelo HIV: estratégias de promoção à saúde. In: Brandão, E.R. (Org.) **Saúde, direitos reprodutivos e cidadania**. Juiz de Fora (MG): Ed. UFJF, 2000. 172 p.

PRAEGER, S.G. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J.B. (cols). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 17, p. 241-251.

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

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1067-78, 2004.

REIS, R.K. **Convivendo com a diferença**: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids. 2004. 142f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2004.

REMIEN, R. Uma revisão dos desafios para casais sorodiscordantes e questões de saúde pública: implicações para intervenções. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS**: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 21-25.

ROHDEN, F. Comentários. In: MAKSUD, I., TERTO JR, V., PIMENTA, M.C., PARKER, R. (Org). **Conjugalidade e AIDS**: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 69-71.

ROLIM, K.M.C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco**: refletindo sobre a atenção humanizada. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 2003.

_____. **Enfermagem humanística**: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal. 2006. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 2006.

ROMANELLI, R.M.C., KAKEHASI, F.M., TAVARES, M.C.T., MELO, V.H., GOULART, L.H.F., AGUIAR, R.A.L.P., PINTO, J.A. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 6, n. 3, p. 329-334, 2006.

ROMANELLI, R.M.C., CARDOSO, C.S., LIN, E.M.R., GOULART, L.H.F. AGUIAR, R.A.L.P., PINTO, J.A. Experiências referentes à contracepção por mulheres sabidamente infectadas pelo hiv que engravidam. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, Niterói (RJ), v. 19. n. 1, p. 16-21. 2007.

SANT'ANNA, A.C.C., SEIDL, E.M.F., GALINKIN, A.L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estud. psicol.**, Campinas (SP), v. 25, n. 1, p.101-109, 2008.

SANTOS, N.J.S., BUCHALLA, C.M., FILLIPE, E.V., BUGAMELLI, L., GARCIA, S., PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2002. Suplemento 2.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Vulnerabilidade**: projetos estratégicos com populações vulneráveis. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2005

SCHAURICH, D.; COLEHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.455-62, 2006.

SCHOR, N., FERREIRA, A.F., MACHADO, V.L., FRANÇA, A.P., PIROTTA, K.C.M., ALVARENGA, A.T., SIQUEIRA, A.A.F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 277-384, 2000.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C., TRÓCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 188-95, 2005.

SILVA, C.G.M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 40-49, 2002. Suplemento.

SILVA, G.A. **Da aparência à essência**: o cuidado no cotidiano do portador do HIV. Juiz de Fora (MG): Editora UFJF, 2004.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação entre nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed. Gente, 1996.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

UNAIDS / JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **AIDS epidemic update:** December 2007. 54 p. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/>>. Acesso em: 22 nov 2007.

_____. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Intensificando a prevenção ao HIV/ Documentação referencial:** Políticas de prevenção ao HIV/AIDS - Junho 2005. 39 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 12 dez 2006.

VASCONCELOS, A.L.R., HAMANN, E.M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestante/parturientes/infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 5, n. 4, p. 483-492, 2005.

VERMELHO, LL., BARBOSA, R.H.S., NOGUEIRA, S.A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 369-379, 1999.

VERONESI, R., FOCACCIA, R., LOMAR, A.V. **Retrovíroses humanas - HIV/AIDS:** etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu, 1999 (queria mais novo).

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VILELA, W.V., BARBOSA, R.M., DINIZ, S.G. Ampliando o uso do condom no Brasil e no mundo: ainda um desafio. **Questões de Saúde Reprodutiva.** São Paulo, v. 2, n. 2, p. 7-9, 2007. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm2/revista2/7-apresentação.pdf>>. Acesso em: 13 dez 2007.

WELBOURN, A. Sexo, vida e preservativo feminino: o ponto de vista das mulheres com HIV. **Questões de Saúde Reprodutiva.** São Paulo, v. 2, n. 2, p. 101-111, 2007. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/rhm2/revista2/saúde_reprodutiva2.pdf>. Acesso em: 13 dez 2007.

WIKIPÉDIA – A enciclopédia livre. **Libido.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Desejo_sexual>. Acesso em: 13/01/2008.

WHO - World Health Organization, **Tenical consultation on sexual health: Working Definitions**, Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>>. Acesso em 30 de janeiro de 2008.



ANEXOS E APENDICES

ANEXO A – EFICÁCIA DOS CONTRACEPTIVOS

Tabela 1. Percentual de mulheres que apresentam gravidez indesejada durante o primeiro ano de uso e percentual de continuidade do uso ao final do primeiro ano, Estados Unidos.

Método (1)	% de mulheres que apresentam gravidez indesejada no primeiro ano de uso		% de mulheres que continuam utilizando após um ano (4)
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfeito ² (3)	
Nenhum método ⁴	85	85	
Espermicidas ⁵	29	18	42
Coito interrompido	27	4	43
Abstinência periódica	25		51
Calendário		9	
Método da ovulação		3	
Método sinto-térmico ⁶		2	
Pós-ovulação		1	
Capuz cervical ⁷			
Multíparas	32	26	46
Nulíparas	16	9	57
Esponja			
Multíparas	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma ⁷ (Reality)	16	6	57
Preservativo ⁸			
Feminino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Pílula combinada e minipílula	8	0.3	68
Adesivo transdérmico (Evra)	8	0.3	68
Anel vaginal (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPD (Depo-Provera)	3	0.3	56
Injetável combinado (Lunelle)	3	0.05	56
DIU			
T-Cu 380 (ParaGard)	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena)	0.1	0.1	81
Implantes de LNG (Norplant e Norplant-2)	0.05	0.05	84
Esterilização feminina	0.5	0.5	100
Esterilização masculina	0.15	0.10	100

Pílulas anticoncepcionais de emergência: O tratamento iniciado dentro de 72 horas após relação desprotegida reduz o risco de gravidez no mínimo em 75%.

Método de amenorréia da lactação: LAM é um método *temporário* altamente eficaz de anticoncepção.⁹

Fonte: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

Fonte: OMS, 2004.

ANEXO B – AOC E ANTI-RETROVIRAIS

AOC e terapias anti-retrovirais

Os poucos dados provenientes de pequenos estudos, a maioria não publicados, sugerem que a farmacocinética de uma única dose de AOC pode ser alterada por diversas terapias anti-retrovirais (ARV). Entretanto, não há estudos que demonstrem a significância clínica destes efeitos, especialmente com o uso regular de AOC. A tabela seguinte sumariza as evidências existentes até o momento com relação aos efeitos dos ARV sobre os níveis de esteróides anticoncepcionais bem como os efeitos dos contraceptivos hormonais nos níveis de ARV.

Tabela 1. Interações medicamentosas AOC-ARV farmacocinéticas.

ARV	Níveis de esteróides anticoncepcionais	Níveis de medicamento ARV
Inibidores de protease		
Nelfinavir	↓	Não há dados
Ritonavir	↓	Não há dados
Lopinavir/ritonavir	↓	Não há dados
Atazanavir	↑	Não há dados
Amprenavir	↑	↓
Indinavir	↑	Não há dados
Saquinavir	Não há dados	Sem alteração
Inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeo		
Nevirapina	↓	Sem alteração
Efavirenz	↑	Sem alteração
Delavirdina	? ↑	Não há dados

Referências:

Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 46(2):111-6.

Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002, 29(5):471-7.

Tackett D et al. Atazanavir: a summary of two pharmacokinetic drug interaction studies in healthy subjects (abstract). Presented at the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Available on line at <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accessed July 31, 2003).

Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Available on line at <http://www.iac2000.org/abdetail.asp?ID=TuPeB3226>. (Accessed July 31, 2003).

Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information, 2002.

Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.

Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information, 2003.

Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfinavir prescribing information, 2003.

Glaxo Smith Kline. Amprenavir prescribing information, 2002.

Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information, 2001.

DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information, 2001.

ANEXO C – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 389/07

Fortaleza, 25 de maio de 2007

Protocolo COMEPE nº 95/ 07

Pesquisador responsável: Eglídia Carla Figueiredo Vidal

Deptº./Serviço: Hospital Escola Santo Inácio

Título do Projeto: “Vivências sobre o planejamento familiar de pessoas que vivem com HIV”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 24 de maio de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro
Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

**ANEXO D – PSEUDÔNIMOS DE ORIGEM TUPI E SEUS SIGNIFICADOS
PARA INDICAR OS INFORMANTES CHAVE**

Nome de origem TUPI	Significados	Entrevistado/a – ordem de entrevista e sexo
Amanari	Água de chuva	2 (M)
Anauá	Pau de flor, árvore de flor	1 (F)
Apuã	Monte, montanha	4 (F)
Caiubi	Folhas azuis	3 (M)
Coaraci	Sol, verão	5 (M)
Iaciara	Espelho da lua	8 (F)
Içara	Espécie de Palmeira do sul	9 (F)
Iraí	Rio do mel ou rio das abelhas	6 (M)
Irajá	Colméia	12 (F)
Iraputã	Mel vermelho	13 (F)
Itaú	Rio das pedras	7 (M)
Jaci	Lua	10 (M)
Jaciaba	Cabelos de lua, raios de luar	14 (F)
Japira	Cabeceira do rio	15 (F)
Jupi	Roçado	11 (M)
Potira	Flor	16 (F)

Fonte: <http://www.melhornome.com.br/Tupi.htm>

ANEXO E – IMPORTÂNCIA DE PROCEDIMENTOS NA OFERTA DE MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Importância de alguns procedimentos selecionados na oferta de métodos de planejamento familiar

Classe A= essencial e necessário. Importante para um uso seguro do método de planejamento familiar.
Classe B= faz sentido em alguns casos para maior segurança no uso de planejamento familiar, mas nem é apropriado para todas(os) as (os) clientes em todas as situações.
Classe C= apropriado como medida para uma boa atenção preventiva em geral, mas não é necessário para o uso seguro do método de planejamento familiar.
Classe D= sem relação alguma com uma boa atenção preventiva a saúde e com o uso seguro e eficaz do método de planejamento familiar.

— = não investigado
 MA = não se aplica

* A categoria é para anestesia local.
 ** Classificação para condons, espermi-
 cidas e diafragma.

Procedimento	Anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem (AOCs)	Pílulas apenas de progestógeno durante a amamentação	Injetáveis AMP-D e NET EN	Implantes Norplant	Estérilização feminina*	Vasectomia	Métodos de barreira**	Dius com cobre	Métodos da amonorréia da lactação (LAM)	Métodos comportamentais
Exame pélvico (especular ou bimanual) em mulheres e exame genital nos homens	C	C	C	C	A	A	C ¹	A	C	C
Tomada da pressão arterial	B	C	C	C	A	C	C	C	C	C
Exame de mamas	B	C	C	C	C	MA	C	C	C	C
Triagem para DST com exames de laboratório (para clientes sem sintomas)	C	C	C	C	C	C	C	B ²	C	C
Triagem de câncer de colo uterino	C	C	C	C	C	MA	C	C	C	C
Testes de laboratório de rotina (por exemplo, colesterol, glicemia, testes de função hepática)	D	D	D	D	C ³	D	D	D	—	—
Procedimentos apropriados para prevenção de infecções	C	C	A	A	A	A	C ⁴	A	C	C
Aconselhamento sobre certos pontos específicos relacionados ao uso de um método de planejamento familiar***	A ⁵	A ⁵	A	A	A ⁶	A ⁶	B ⁷	A ⁸	A ⁹	A ¹⁰
Aconselhamento sobre alterações menstruais, incluindo o sangramento irregular ou a ausência de sangramento menstrual	A	A	A	A	—	MA	—	A	—	—

***Temas específicos de orientação:
 Eficácia, efeitos colaterais comuns, uso correto do método, sinais e sintomas pelos quais a(o) cliente deve consultar um provedor de saúde; proteção contra as DST (quando e como seja apropriado).
 1 Classe A para diafragma
 2 Enrolamento, triagem para DST por anamnese e classe A.
 3 Nível de hemoglobina e teste para presença de glicose na urina é classe B.
 4 Classe A para colocação de diafragma.
 5 Inclusive instruções sobre como proceder no caso da cliente se esquecer de tomar a pílula.
 6 Pontos específicos a serem abordados: métodos permanentes, instruções no pré-e no pós-operatório e período de recuperação.
 7 Aconselhamento é sempre uma boa idéia, mas nem sempre pode ser feito no caso de condons e espermicidas vendidos sem receita médica. Classe A para diafragma.
 8 Pontos específicos a serem abordados: comportamento de alto risco; uso de condom para as mulheres que, em certas circunstâncias, correm alto risco de contraírem DST.
 Obs.: As mulheres que correm alto risco de DST em geral, não devem usar DIUs.
 9 Pontos específicos a serem abordados: critérios para LAM; comportamento adequado para amamentação; e marcar data e local para trocar de método.
 10 Ponto específico a ser abordado: importância da cooperação do parceiro.

ANEXO F – LISTA DE MÉTODOS DE DUPLA PROTEÇÃO (BERER, 2007, p. 27)

A dupla proteção pode de fato ser praticada de várias maneiras, começando por não usar nenhum método, ou usando-se um, dois, três ou até quatro métodos, não necessariamente de modo simultâneo. A seguir, está uma lista expandida de métodos de dupla proteção:

- Não ter relações sexuais;
- Masturbação, masturbação mútua e outras formas de sexo sem penetração (i.e., sem penetração do pênis na vagina, ânus ou boca);
- Monogamia mútua entre os parceiros sem infecções preexistentes, com o uso de algum método contraceptivo eficaz e a possibilidade de aborto induzido;
- Preservativo masculino ou feminino usado isoladamente, inclusive para sexo vaginal e anal, e de preservativo masculino para sexo oral;
- Uso de preservativos masculinos ou femininos juntamente com diafragma ou capa cervical;
- Uso de preservativos masculinos ou femininos e de um contraceptivo de não-barreira, i.e., pílula, implante, injeção, adesivo, anel vaginal ou DIU (o último apenas na ausência de qualquer IST) ou esterilização masculina ou feminina;
- Uso de preservativos masculinos ou femininos aliado, se necessário, a contracepção de emergência e/ou indução de aborto e profilaxia após exposição contra HIV;
- Amamentação sob demanda com preservativos para os primeiros meses após o parto;
- Coito interrompido, apenas;
- Coito interrompido juntamente com preservativos masculinos ou femininos durante o período de ovulação ou na presença de uma IST;
- Coito interrompido aliado, se necessário, a contracepção de emergência e/ou aborto induzido, além de profilaxia pós-exposição ao HIV.

* O coito interrompido, isoladamente ou combinado com outros métodos, é uma forma de redução de risco que protege tanto contra gravidez quanto contra o HIV. Todavia, para IST que não são transmitidas por meio do sêmen, o coito interrompido não oferece nenhuma redução de risco.

* Essas definições fogem das estreitas e limitadas definições já mencionadas, por considerarem a possibilidade de se usar tanto contraceptivos não hormonais como hormonais e outros métodos de barreira, de suporte, coito interrompido e sexo sem penetração.

APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Fortaleza, ____ de março de 2007.

Sr^a. Coordenadora da Unidade de Infectologia

Eu, **Eglídia Carla Figueirêdo Vidal**, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado - da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ana Karina Bezerra Pinheiro, venho por meio deste requerer autorização de Vossa Senhoria para realização da pesquisa intitulada: **“VIVÊNCIAS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV”**, que deverá ser efetuada com pessoas que (con)vivem com HIV atendidas nesse serviço.

O estudo tem como objetivos compreender vivências sobre o planejamento reprodutivo de pessoas que convivem com HIV; como também identificar a rede social de apoio às pessoas que convivem com HIV quanto às orientações sobre práticas reprodutivas e verificar as modificações no planejamento reprodutivo com a descoberta da infecção pelo HIV.

Os dados serão coletados por meio de observação simples, coleta pelo prontuário de atendimento e através de entrevista semi-estruturada, durante os meses de junho a outubro de 2007.

Salientamos que será garantido o sigilo dos sujeitos da pesquisa, e que a pesquisa somente prosseguirá com os que aceitarem participar do estudo. Finalmente, será repassada, à Instituição, uma cópia do relatório final como forma de contribuição para o aperfeiçoamento do trabalho que vem sendo realizado.

Nestes termos, peço deferimento.

Assinatura da Pesquisadora

Contato com a pesquisadora:
Eglídia Carla Figueiredo Vidal
Rua Coronel Antonio Luis. Bairro Pimenta
CEP-63.100-000 – Crato - CE
Tel: (88)9965-0894/3102-1212 (Departamento de Enfermagem)
E-mail: eglidiaavidal@hotmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS”.

Objetivamos Compreender vivências sexuais e reprodutivas de pessoas que vivem e convivem com HIV.

Pedimos sua ajuda para que participe de uma entrevista, onde pedirei para responder algumas questões sobre sua vida reprodutiva e outras perguntas relacionadas ao fato de ter o vírus HIV. Caso concorde, a entrevista poderá ser gravada em equipamento de áudio.

Quero que saiba que sua identidade será mantida em segredo e não haverá condições de outras pessoas lhe identificarem. Sua decisão em participar deste estudo é livre, podendo desistir de participar em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você ou para continuação do seu tratamento. Os resultados da pesquisa serão apresentados em revistas científicas e eventos profissionais, para rever práticas de cuidados e buscar benefícios para os serviços assistenciais de saúde, pela compreensão das vivências das pessoas que são atendidas nesses ambientes.

Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou sobre sua participação, tem toda liberdade para perguntar agora ou quando desejar, ou consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará se encontra disponível para informações sobre a pesquisa pelo telefone (85) 4009-8338.

Estou disponível para maiores esclarecimentos também no Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Rua Coronel Antonio Luis. Bairro Pimenta. Crato – CE. Telefones: (88)9965-0894 ou (88)3102-1212.

Compromete-se a conduzir todas as atividades da pesquisa de acordo com o presente Termo de Consentimento.

Estando de acordo, pedimos sua autorização assinando o Termo de consentimento pós-esclarecimento.

_____, ____ de _____ de 2007

Eglídia Carla Figueiredo Vidal

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, identidade nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado pela enfermeira Eglídia Carla Figueirêdo Vidal, compreendi os objetivos e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2007

Assinatura do/a participante do estudo



Impressão
Dactiloscópica

Assinatura de testemunha (caso a/o participante não assine)

APÊNDICE C: INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Dados de identificação:

Idade _____ Naturalidade _____
 Escolaridade _____ Condição profissional _____
 Renda familiar _____ Renda pessoal _____
 Estado civil atual _____ Estado civil anterior ao diagnóstico _____
 Filhos _____ n° _____
 Filhos após o diagnóstico _____
 Se sim: Fez Profilaxia da TV? _____
 Encontra-se em que semana gestacional _____
 Dados do Parto / intercorrências _____
 Condição de moradia (parentesco/n° de pessoas) _____

Dados antes do diagnóstico:

Você poderia me falar sobre a descoberta do HIV na sua vida?
 Como descobriu _____
 Forma de contaminação _____
 Outras informações _____

Dados após a descoberta do HIV:

Tempo de diagnóstico _____
 Tempo que é atendido na instituição _____ Freqüência de atendimento _____
 Uso de TARV _____ tempo de TARV _____
 Outras informações _____

Questões e pontos norteadores para a entrevista individual:

1- Vivência sexual:

Gostaria que você me falasse sobre aspectos da sua vida íntima, primeiramente sobre sua vida sexual.
 Você poderia me falar sobre sua vida sexual antes de descobrir estar com HIV?
 E após a descoberta da contaminação por HIV como ficou a vida sexual?
 Você acha que ocorreu alguma mudança? (caso não tenha referido)

2- Vivência reprodutiva:

Agora, gostaria que você falasse sobre aspectos da sua vida reprodutiva.
 O que você pensa sobre ter ou evitar filhos?
 Antes de descobrir o HIV na sua vida o que você pensava sobre evitar ou ter filhos? Como isso acontecia na sua vida? (uso e conhecimento de método anticoncepcional ou realização de algum tratamento para engravidar)
 E o pensamento sobre evitar ou ter filhos, como está agora? (medo; vontade; uso e conhecimento de método anticoncepcional, realização de algum tratamento para engravidar, dúvidas; conhecimento da TV e de sua profilaxia)
 Já recebeu orientações sobre essas questões que te perguntei? Qual?

3- De onde vem o apoio diante da situação que você vive?

Dados do prontuário

Data da sorologia _____

Motivo da sorologia _____

Data diagnóstico aids / critério _____ / _____

Data da primeira consulta _____

Data de início de TARV _____

TARV em uso _____

Registro de hábitos de vida _____

Registro de história de vida sexual _____

Registro de história de vida reprodutiva _____

Registro de DST _____