

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

***ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL***

**VIVÊNCIA DE SER GESTANTE SOROPOSITIVA  
PARA O HIV/Aids: um enfoque existencial**

**JOÃO PESSOA-PB**

**2005**

**ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL**

**VIVÊNCIA DE SER GESTANTE SOROPOSITIVA  
PARA O HIV/Aids: um enfoque existencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública.

**ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Solange Fátima Geraldo da Costa**

**JOÃO PESSOA-PB**

**2005**

**ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL**

**VIVÊNCIA DE SER GESTANTE SOROPOSITIVA  
PARA O HIV/Aids: um enfoque existencial**

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Solange Fátima Geraldo da Costa – orientadora (UFPB)

Prof. Dr. Iraquitan de Oliveira Caminha – membro (UFPB)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares – membro (UFPB)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Emília R. de Miranda Henriques – membro (UFPB)

*Ao meu amado **Deus**, que ilumina e guia a minha vida, oferecendo-me refúgio e socorro em todos os momentos difíceis do cotidiano.*

*Aos meus Pais, **Elísio e Salvelina**, pelo amor incondicional, trabalho e dedicação para proporcionar-me a maior herança e tesouro: a educação.*

*Aos meus amados filhos, **Caio César, Davi e Anna Carla**, razão e alegria de minha vida, fontes de minha inspiração. Obrigada pela compreensão, diante de minha presença ausente em muitos momentos deste estudo.*

*Ao meu esposo, **Carlos Leal**, pelo carinho, apoio e participação sempre presentes em minhas realizações profissionais.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*As Gestantes participantes deste estudo, que se dispuseram a revelar particularidades de suas vivências e que muito me ensinaram com seus exemplos de coragem e luta no enfrentamento dos obstáculos que surgiram inesperadamente em suas vidas. O meu reconhecimento pela valorosa contribuição para concretização deste trabalho.*

*À Prof<sup>ª</sup> Solange Fátima Geraldo da Costa, pela solicitude, ensinamentos, estímulo e amizade. Obrigada por ter acreditado em mim e partilhado de minhas angústias e ansiedades vivenciadas no decorrer deste estudo.*

*Aos professores, membros da banca examinadora, Dr. Iraquitã de Oliveira Caminha, Dr<sup>ª</sup> Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares e Dr<sup>ª</sup> Maria Emília Romero de Miranda Henriques pela amizade, apoio, abertura ao meu chamado e pelas valiosas contribuições neste estudo.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Coordenador do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, professor Dr. César Cavalcanti e Silva, pela atenção e apoio despendidos no decorrer do curso.*

*À vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, professora Dr<sup>a</sup> Maria Miriam Lima da Nóbrega, pela amizade, solicitude e apoio.*

*À todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, pelo compartilhar do conhecimento.*

*Ao prof<sup>o</sup> Laerte Pereira da Silva, pela correção gramatical, ensinamentos e sugestões pertinentes.*

*À professora Ms. Roseana Maria Barbosa Meira, ex-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - N<sup>o</sup>ESC, pelo apoio para concretização de mais uma etapa de minha vida profissional.*

*À coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – N<sup>o</sup>ESC, professora Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte de Sá e a vice-coordenadora, professora Ms. Tereza Mitsunaga, pelo apoio para a conclusão deste estudo.*

*Ao Dr. Otávio Soares Pinho Neto (coordenador) e a equipe de trabalho do SAE/H<sup>o</sup>D/H<sup>o</sup>ULW, pelo acolhimento e apoio recebido durante o processo investigatório deste estudo.*

*Às amigas-irmãs, Rudgy e Socorro Borges, pelo incentivo, amizade, carinho, colaboração no decorrer desta caminhada. O meu reconhecimento e gratidão por terem estado sempre presentes em todas as etapas deste trabalho..*

*Ao professor Ms. Severino Ramos de Lima, militante na área das DST/HIV/Aids, pela amizade, ensinamentos durante nosso convívio de trabalho e pelo incentivo e colaboração na elaboração do projeto inicial deste estudo.*

*Aos meus pais, pelos cuidados dispensados aos meus filhos e ao meu lar, para possibilitar-me concluir este meu objetivo.*

*Às colegas de Mestrado: Déa, Edilene, Nilza, Graça, Kívia, Kênia, Concília e Rosângela, pela amizade, convivência, apoio e crescimento adquirido juntas.*

*À amiga Déa, pelo carinho, incentivo e por ter estado sempre pronta a ajudar.*

*À amiga Nilza, pelo apoio e orientações para superar as preocupações surgidas na finalização deste estudo.*

*Às colegas Edilene e Kênya, pela atenção e ajuda nos momentos de dúvidas.*

*Aos colegas tutores(as) do 2º Curso de Especialização em Gestão/NESC: Anne Jaqueline, Ardigleusa, Eloíde, Érika, Jorge, Rudgy e Julius, pelo apoio dado para concretização deste trabalho.*

*Às amigas e amigos do NESC, Arlete, Helena, Lucíola, Isabela, Leandro e Edelson, pelos ensinamentos e contribuições, diante de minhas limitações na área de informática.*

*Aos demais colegas de trabalho e tutoras do NESC, pela participação indireta na realização desta investigação.*

*Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Penha, Sr. Ivan e D. Maria, pela amizade, apoio e disponibilidade durante o curso.*

*À amiga Patrícia Serpa, pelos seus préstimos para elaboração deste estudo.*

*À amiga Cici, pelas orientações e incentivo no decorrer dessa caminhada.*

*À todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste estudo, meu muito obrigada.*

*“Nós mulheres, temos outra vivência com o vírus HIV. Somos nós que morremos mais e somos nós as atingidas pelos efeitos colaterais mais agressivos.” (Ana Paulo Prado – Presidente do Grupo Arco-Íris do Distrito Federal e Integrante da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids).*



## RESUMO

LEAL, A. S. L. G. **Vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids: um enfoque existencial.** 2005. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2005.

A epidemia da Aids tem-se configurado como um dos mais graves problemas de saúde pública, que afeta a vida do ser humano, principalmente a das mulheres, considerando-se que esta infecção passa a comprometê-las de forma ascendente, caracterizando assim a feminização como uma das tendências atuais dessa epidemia. Este estudo, desenvolvemo-lo com o objetivo de compreender a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids. Buscando a compreensão desse fenômeno, realizamos uma pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, orientada pela Ontologia-Hermenêutica proposta por Martin Heidegger, a partir da seguinte questão norteadora: como é a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids? Participaram deste estudo, nove gestantes, cuja faixa etária e idade gestacional variaram dos dezoito aos trinta e seis anos e dos dois aos oito meses, respectivamente. Todas são portadoras da referida doença. A investigação, realizamo-la nos meses de abril e maio de 2004, no Serviço de Assistência Especializado/Hospital Dia Materno-Infantil e Centro de Referência e Treinamento (SAE/HD/CRT) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, localizado no município de João Pessoa(PB). A coleta dos dados foi realizada com a técnica de entrevista, sendo utilizado, para registro, o sistema de gravação em fita-cassete. Da análise realizada emergiram oito unidades de significados, as quais representam a compreensão da vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids: enfrentar o diagnóstico vivenciando sentimentos e afetos; preocupar-se com o outro; temor diante da finitude; conviver com a indiferença e com o abandono do outro; conviver com o falatório e com a ambigüidade; aceitar o tratamento; viver na incerteza sobre o futuro; ter esperança apoiada na fé. A partir dos relatos das entrevistadas, foi possível depreendermos que, quando as gestantes descobrem a sua soropositividade para o HIV durante a gestação, vivenciam sentimentos e afetos e o diagnóstico transforma suas vidas em um caos. A grande preocupação delas gira em torno do outro, representado neste estudo pelo filho que esperam nascer. Os relatos demonstram que elas mantêm-se no anonimato, assumindo o modo inautêntico de ser, por medo do preconceito e estigma provocados pelo HIV/Aids. A partir da compreensão do fenômeno investigado, espera-se que este estudo possa contribuir para uma reflexão dos profissionais da Saúde que prestam assistência à gestante HIV positivo, no sentido de valorizar não apenas questões do âmbito técnico-científico, mas também questões inerentes à subjetividade do ser como possíveis e norteadoras de uma política de ação que enxergue a mulher, particularmente a gestante, em sua totalidade.

**Palavras-chave:** Gravidez, HIV/Aids, Fenomenologia

## **ABSTRACT**

LEAL, A. S. L. G. **Experience in being serum positive pregnant to HIV/Aids:** a existential detach. 2005. 112f. Dissertation (Master in Nursing) – Health Science Center of Federal University of Paraíba. João Pessoa, 2005.

Aids epidemic has showed like one of the most serious problems of public health that affects the life of human being, mainly women, considering this infection begins commit them in upward form, characterizing so the femininity like one of actual tendencies in this epidemic. This study, we developed with aim in understand the experience in being serum positive pregnant to HIV/Aids. Searching comprehension of this phenomenon, we accomplished a qualitative research of phenomenological nature, orientated by Ontology--Hermeneutical proposed by Martin Heidegger, from the following important question: How is the experience of being serum positive pregnant to HIV/Aids? Participated from this study, nine pregnant, whose age average and pregnant age varied from eighteen to thirty-six years old and from two to eight months, respectively. All are bearers from referred disease. The investigation, we accomplished it in months from April and May of 2004, Specialized Assistance Service/Maternal and Infant Dia Hospital and Reference and Training Center (SAS/DH/RTC) of University Hospital Lauro Wanderley, from Federal University of Paraíba, located in borough of João Pessoa(PB). Data collection was realized with interview technique, being utilized, to register, record system in cassette-tape. From analysis realized emerged eight units of meaning, whose represent the understanding of experience of being serum-positive pregnant to HIV/Aids: *face the diagnosis experiencing feelings and emotions; concern with the other; fear in the presence of finite; rub shoulders with indifference and with abandonment; rub shoulders with talk and ambiguity; accept the treatment; live in a dubiousness about the future; to have hope based in faith*. From report of the interviewers, was possible understand that, when pregnant discover their serum positive to HIV during pregnancy, they live feeling and emotions and diagnosis chances their lives in a chaos. Their mayor care is with the other, represented in this study by the son who waits to be born. The relates show that they keep in anonymity, assuming inauthentic way of being, for fear of prejudice and brand aroused by HIV/Aids. From understanding of phenomenon investigated, waits this study can contribute to a reflexion of the Health professionals in serve to HIV positive pregnant, in sense to appreciate not only questions scientific-technique, but also in questions related to subjectivity of being like possible and important of a politics of action that see the woman , particularly the pregnant, in her ensemble.

**Key – words:** Pregnancy, HIV/ Aids , Phenomenology.

## RESUMEN

LEAL, A. S. L. G. **Experiencia de ser mujer embarazada suero positiva para el HIV/Aids: un enfoque existencial.** 2005. 112f. Disertación (Maestría en Enfermaje). Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, 2005.

La epidemia de la SIDA tiene configurado como un de los más graves problemas de salud pública, que afecta la vida del ser humano, principalmente a las mujeres, considerándose que esta infección empieza a comprometerlas de forma ascendente caracterizando así la feminidad como una de las tendencias actuales de esa epidemia. Este estudio, le desarrollamos con el objetivo de comprender la experiencia de ser mujer embarazada suero positiva para el HIV/Aids. Buscando la comprensión de ese fenómeno, realizamos un estudio cualitativo de naturaleza fenomenológica, orientada por la Ontología – Hermeneutica propuesta por Martin Heidegger, desde la siguiente cuestión norteadora: Cómo es la experiencia de ser mujer embarazada suero positiva para el HIV/Aids? Participaron de este estudio, nueve mujeres embarazadas, cuya grupo con determinada edad y edad gestacional variaron de los dieciocho a los treinta y seis años y de los dos a los ocho meses, respectivamente. Todos son mantenedores de la referida enfermedad. La investigación realizamos en los meses de abril y mayo de 2004, en el Servicio de Asistencia Especializado/Hospital Día Materno-Infantil y Centro de Referencia y Entrenamiento (SAE/HD/CRT) del Hospital Universitario Lauro Wanderley, de la Universidad Federal de la Paraíba, localizado en el municipio de João Pessoa (PB). La recopilación de datos fue realizada con la técnica de entrevista, siendo utilizado, para registro, el sistema de grabación en cinta-cassette. De la análisis realizada emergieron ocho unidades de significados, las cuales representan la comprensión de experiencia de ser mujer embarazada suero positiva para el HIV/Aids: enfrentar el diagnóstico experimentando sentimientos y afectos; preocuparse con el otro; temor delante de la finitud; convivir con la indiferencia y con el abandono del otro; convivir con la habladería y con la ambigüedad; aceptar el tratamiento; vivir en la incertidumbre sobre el futuro; tener esperanza apoyada en la fe. Desde los relatos de las entrevistadas, fue posible comprendemos que cuando las mujeres embarazadas descubren su suero positividad para el HIV durante la gestación sentimientos y afectos y el diagnóstico transforma sus vidas en un caos. La grande preocupación de ellas gira alrededor del otro, representado en este estudio por el hijo que esperan nacer. Los relatos demuestran que ellas se mantienen en el anonimato, asumiendo el modo inauténtico de ser, por miedo de prejuicio y estigma provocados por el HIV/SIDA. Desde la comprensión del fenómeno investigado, espera que este estudio pueda contribuir para una reflexión de los profesionales de la Salud que prestan asistencia a la mujer embarazada HIV positivo, en el sentido de valorar no apenas cuestiones del ámbito técnico - científico, pero también cuestiones inherentes a la subjetividad del ser como posibles y importantes de una política de acción que vea la mujer, particularmente la mujer embarazada, en su totalidad.

**Palabras - clave:** Mujer Embarazada, HIV/SIDA, Fenomenología.

# SUMÁRIO

REFLEXÕES INICIAIS	14 -26
<b>CAPÍTULO I</b>	27
HIV/Aids: DISCURSO DA LITERATURA	28 - 49
<b>CAPÍTULO II</b>	50
ANALÍTICA DA EXISTÊNCIA E A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	51 - 67
<b>CAPÍTULO III</b>	68
COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS À LUZ DA ANALÍTICA EXISTENCIAL	69 - 91
CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO	92 - 100
<b>REFERÊNCIAS</b>	101 - 107
<b>APÊNDICES</b>	108
A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	110
<b>ANEXO</b>	111
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	112

**REFLEXÕES  
INICIAIS**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids é considerada uma pandemia, uma vez que é uma realidade mundial extrapolando fronteiras. Tem-se configurado, também, como um dos mais graves problemas sociais, pois está relacionada com a miséria e com a pobreza, interferindo na vida produtiva das pessoas e afetando a economia de muitos países, principalmente dos mais pobres.

A pobreza também diz respeito a populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação, as quais passam a viver da economia informal, expostas à violência urbana, à falta de oportunidades profissionais, ao uso de drogas lícitas e ilícitas, entre outras adversidades sociais (BRASIL, 2003a).

Isto é o que o Ministério da Saúde relata sobre a Aids:

A epidemia do HIV/Aids [...] se alastra de modo mais expressivo nas regiões mais pobres do planeta e contribui para o agravamento da pobreza e para o endividamento dos países. Essa epidemia afeta as pessoas na plenitude de sua vida e combina a falta de recursos ao alto custo da assistência. (BRASIL, 2003a, p.12).

O panorama acerca desta epidemia no mundo revelado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (ONUAids) demonstra que, desde o início da epidemia até final do ano 2001, o HIV infectou mais de 60 milhões de pessoas. Os dados referentes ao ano de 2001 informaram que 3

milhões de pessoas morreram no mundo em consequência da Aids, inclusive 1,1 milhões de mulheres e 580.000 crianças; 5,3 milhões de pessoas se contaminaram nesse mesmo ano, isto é, mais de 15.000 a cada dia ou 11 pessoas a cada minuto; 2,5 milhões (15%) das novas contaminações ocorreram em crianças com menos de 15 anos de idade e mais de 50% em pessoas entre os 15 e os 24 anos, por meio de relações sexuais. Desse total de pessoas nesta faixa etária, 60% correspondem à população feminina. Assim, pode-se afirmar que os números de afetados são assustadores em todo o mundo, principalmente no que diz respeito à população feminina (BRASIL, 2002a).

Dados do Relatório 2004 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids e da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgado em Genebra, revelam que em 2004, mais de 4,9 milhões de pessoas contraíram o vírus HIV e 3,1 milhões morreram de Aids, no mundo; na América Latina existem 1,7 milhões de portadores do HIV e, desse total, 610 mil são mulheres. Divulgou ainda que 95 mil pessoas morreram da doença e outras 240 mil foram infectadas (ONU/Aids; OMS, 2004)

Desde o início da década de 1980 até dezembro de 2003, foram registrados pelo Ministério da Saúde, 310.310 casos de Aids no Brasil. Desse total, 220.783 casos foram verificados nas pessoas do sexo masculino e 89.527 casos nas do sexo feminino (BRASIL, 2004a). Contudo, a partir do cruzamento com duas bases de dados oficiais: Sistema de Controle Laboratorial (Siscel), do Programa Nacional de DST/Aids; e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação/Aids (Sinan/Aids) permitiu demonstrar, com mais realidade, o registro de casos de aids no Brasil. Isso permitiu a recuperação de 41.249 casos que ainda não tinham sido notificados no Sinan/Aids. Com isso, o total de casos da doença acumulados desde 1980 passou de 321.163 para 362.364 (BRASIL, 2004b).

Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 1996 a 2000, do total de casos notificados na população dos 13 aos 30 anos, as mulheres

excedem os homens em percentuais que variam entre 8% e 10%, ou seja, a infecção pelo HIV atinge as mulheres mais precocemente que os homens (BRASIL, 2000a). O número de casos entre as mulheres é o maior desde o início da epidemia. Enquanto em 1998 havia 10.566 registros, em 2003 esse número chegou a 12.599. Até junho de 2004, mais 5.538 casos já tinham sido notificados (BRASIL, 2004b). Assim, a situação da infecção na população feminina brasileira não é diferente da situação mundial.

No Estado da Paraíba, dados divulgados pelo Núcleo Estadual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids informam que, no período compreendido entre junho de 1985 e novembro de 2004, foram notificados 2.299 casos da doença. Desses, 1.677 (72,94%) casos são pessoas do sexo masculino e 622 (27,05%) casos são pessoas do sexo feminino. Só no ano de 2004, foram registrados 84 novos casos de Aids notificados, sendo 59 casos em pessoas do sexo masculino e 25 nas do sexo feminino. Cabe destacar que dos 233 municípios paraibanos, apenas 85 não apresentam nenhum caso de Aids notificado, prevalecendo o maior número de casos nas duas maiores cidades, João Pessoa e Campina Grande (PARAÍBA, 2004).

Na primeira década da epidemia da Aids, predominava a noção de risco individual nos trabalhos em geral. Essa noção era aceita tanto por comportamentos culturalmente adquiridos como pela concepção epidemiológica de grupos de riscos<sup>1</sup>. A história da epidemia desfaz essa noção de risco e deixa evidente que esta epidemia nunca foi democrática e que pode e deve ser explicada com base em questões socioculturais e políticas (PARKER, 2000).

Soares (2003) afirma que o fato de a Aids ter sido considerada, no início de seu surgimento, como uma enfermidade relacionada apenas com os

---

<sup>1</sup> *Grupos de risco*: referência aos homossexuais, bissexuais, usuários de drogas injetáveis e múltiplos parceiros. OBS: Este termo não é mais usado entre militantes e profissionais de saúde.



grupos de risco, interferiu nos tipos de ações educativas de prevenção e de tratamento, as quais eram direcionadas apenas para as pessoas que se enquadravam nos referidos grupos. Desse modo, isso contribuiu provavelmente para muitas pessoas que, por não apresentarem características de risco, se sentissem isentas de contraí-la, por exemplo, as mulheres. Assim, era remota a possibilidade de elas se tornarem conscientes dos riscos iminentes do contato com o vírus HIV, principalmente as mulheres casadas monogâmicas. Conseqüentemente, o crescimento do número de mulheres infectadas no mundo constitui, na atualidade, uma grande preocupação para as autoridades em saúde e para a sociedade em geral.

Nesse enfoque, foi estimado que, em 2003 aproximadamente 3 mil mulheres foram infectadas a cada dia em todo o mundo e, na grande maioria (85%) eram mulheres jovens em idade reprodutiva. Contudo, o impacto dessa epidemia na população feminina ainda é um dos aspectos menos estudados, apesar da grande ameaça que representa para a saúde das mulheres, com possibilidades de ocorrer a transmissão vertical do HIV (MELO, 2003).

Segundo revela Simonetti et al (2004, p.32) a transmissão vertical do HIV acontece no seguinte caso:

[...] uma gestante infectada com o HIV passa o vírus para seu bebê. A possibilidade maior do contágio é na hora do parto, quando a criança está mais exposta ao sangue e outros fluidos da mãe. Porém a contaminação pode se dar, também, durante a gravidez – o vírus pode, em certos casos, passar pela placenta que protege o feto.

Convém mencionar o primeiro caso de Aids por transmissão vertical ocorrido no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1985. A partir de 1987, esse meio de transmissão passou a responder pelos novos casos entre as crianças, “passando de 47,0% na década de 80 para 90,2% no biênio 2000 - 2001.” (BRASIL, 2003a, p.20). Ressalte-se, porém, que na década de 1980 já havia relatos na literatura científica sobre o isolamento do vírus HIV no leite materno, embora esse fato merecesse uma maior comprovação. Conforme dados

divulgados pelo Ministério da Saúde, “[...] o aleitamento materno representa risco adicional da transmissão do HIV que pode variar de 7% a 22%.” (BRASIL, 2004a, p.08).

Estudo realizado no Departamento de Virologia do Instituto Oswaldo Cruz demonstra que a criança que se alimenta “[...] do leite da mãe com Aids pode ter, em média, 15% de riscos de contrair a doença. Porém, o número de gestantes analisado ainda é pequeno para se estabelecerem dados definitivos acerca dessa questão.” Isto, porque que o referido estudo investigou durante apenas dois anos. (SIMONETTI et al., 2004, p.32-33).

Considerando-se o processo evolutivo da Aids, pode-se afirmar que essa doença se apresenta como uma epidemia:

Dinâmica, complexa e multifatorial, cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida, questões de gênero, composições étnicas e etárias das populações atingidas, seus padrões de mobilidade populacional e de comportamento sexual.” (BRASIL, 2003a, p.16).

No que concerne ao comportamento sexual no Brasil, dados divulgados pelo Ministério da Saúde demonstram que a população deste país está iniciando, cada vez mais cedo, esta atividade e que cerca de 76% dos indivíduos sexualmente ativos não usam o preservativo nas suas relações sexuais: a população feminina (78,6%) contra 73,9% da masculina (BRASIL, 2000b). Desse modo, a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV. Conseqüentemente, a freqüência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente, em que a razão de sexo entre indivíduos contaminados passou de vinte e oito homens para uma mulher em 1985 e dois homens para uma mulher em 2000 (BRASIL, 2003b). Não obstante, em alguns lugares, as mulheres já constituem maioria, o que caracteriza a feminização como uma das tendências da epidemia, afetando predominantemente as mulheres jovens em idade fértil.

Essa modificação no comportamento epidemiológico da epidemia da Aids tornou a mulher uma “preocupação para a saúde pública, uma vez que a população feminina possui maior probabilidade de contrair o vírus da Aids do que a masculina, devido a sua vulnerabilidade<sup>2</sup> biológica, social e cultural.” (SOARES, 2003, p.21). Em vista disso, o Ministério da Saúde afirma que:

As pessoas devem ter assegurada uma vida sexual segura e satisfatória, ou seja, mulheres e homens devem ser informados e ter acesso aos métodos de planejamento familiar, como também direito de acesso aos serviços de saúde reprodutiva. (BRASIL, 2003a, p.45).

Nesse sentido, a saúde sexual e reprodutiva vai além das ações de aconselhamento e assistência no que diz respeito à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis, “[...] pois está apoiada numa ótica mais ampla [...] que inclui também a proteção dos direitos reprodutivos e o conceito de cidadania.” (BRASIL, 2003a, p.45).

Logo, a importância do acesso para a população feminina aos serviços especializados em atenção à saúde da mulher se deve ao fato de a concepção poder representar para algumas mulheres em idade reprodutiva um aspecto importante na construção da identidade feminina. Quando uma dessas engravida e descobre que é soropositiva para o HIV, ou mediante um teste realizado no decorrer do pré-natal, ou do momento do parto, ou mediante a informação do parceiro, que ficou doente, a tensão que ela experimenta é enorme. Ela tem que lidar com seu próprio diagnóstico, e reconhecer a possibilidade de a criança se contaminar.

Destarte, a Aids reflete no ser humano expectativas e sentimentos que dizem respeito ao medo, sofrimento, finitude humana, entre outros aspectos. Essa doença demanda uma atenção especial dos profissionais da Saúde, além da assistência terapêutica, ou seja, requer sensibilidade e humanização no cuidado para com as pessoas infectadas por ela.

---

<sup>2</sup> *Vulnerabilidade*: em se tratando de Aids, diz respeito a questões relacionadas a desigualdade, estigma, discriminação, violência, dentre outras, que aceleram a disseminação dessa epidemia. (PARKER, 2000).

Segundo Ferreira (2004), o termo *cuidado* refere-se a desvelo, responsabilidade, atenção, cautela. Nesse enfoque, a Enfermagem destaca-se entre as profissões de saúde, no que diz respeito aos cuidados prestados ao ser humano, pois conforme afirma Tavares (1999, p.42), “[...] a enfermagem, como prática do cuidar, existe desde tempos imemoriais, exercida por mulheres leigas, depois por religiosas, até sua atual profissionalização.”

Considerando que a prática do cuidar afina-se com as ações desenvolvidas pela mulher, Collière (1989, p.41) destaca:

As atividades de cuidados prestados pelas mulheres organizam-se essencialmente em torno de dois pólos, do nascimento à morte: o ‘corpo’, lugar de expressão da vida individual e coletiva, templo da ‘alma, sopro de vida’; e tudo o que contribui para o abastecer, para o restaurar: o ‘alimento’.

No entanto, o surgimento da Enfermagem profissional no Brasil, no ano de 1920, voltava-se prioritariamente para a assistência individual, curativista, praticada no âmbito dos hospitais, onde a doença era quem determinava os cuidados. Havia, porém, uma maior necessidade desta profissão, de procurar formar profissionais aptos para atender às necessidades referentes ao saneamento e assistência preventiva, que eram tidas como prioritárias pelo governo deste país (BATISTA, 2001).

Nessa perspectiva, a Enfermagem vem desenvolvendo-se como ciência e encontra-se comprometida em construir seu próprio alicerce de conhecimentos, a partir da definição e reconhecimento de diversos conceitos e teorias. Batista (2001, p.41) salienta: “[...] essas teorias favoreceram um repensar sobre a prática de enfermagem, a forma de cuidar.”

Cuidar “[...] é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificados à sua manifestação.” (COLLIÈRE, 1989, p.28).

---

Assim, a Enfermagem preocupa-se em interagir e assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, com um olhar que vai mais além da realização de procedimentos técnicos, valorizando dessa forma as vivências do cotidiano, sendo sensível com a singularidade do ser, com o comportamento, com o respeito e com o sentimento humano. Em outros termos: ela inquieta-se com a qualidade da interação do ser humano com o seu ambiente, onde mudanças ocorrem ou são necessárias ao estilo de vida, de modo que proporcione bem-estar físico e psíquico ao indivíduo.

Nesse aspecto, o enfermeiro como um profissional que presta diretamente cuidados às pessoas contaminadas pelo HIV/Aids, poderá atuar na prevenção dessa infecção, desenvolvendo ações que possam estimular os acometidos para a adoção de medidas contra o vírus e oferecer suporte emocional, por ser essa uma doença estigmatizadora que provoca nas pessoas sentimentos de culpa, vergonha, entre outros.

A minha aproximação com essa problemática, particularmente em relação à população feminina, se deu em 1986, quando iniciei minha trajetória profissional como enfermeira sanitária do Centro Social da Fundação Legião Brasileira de Assistência (FLBA) e, posteriormente, no Banco de Leite Humano Anita Cabral, onde permaneci até 1995, ambos localizados no município de João Pessoa (PB). O referido Banco de Leite tinha como objetivo principal o de incentivar ao aleitamento materno às gestantes e puérperas atendidas nele e às assistidas em algumas maternidades públicas do município citado.

Dentre muitas atividades que eu desenvolvia junto com o grupo de gestantes e puérperas, identificava-me com as de educação em saúde, cujas abordagens procuravam relacionar as doenças com o modo de vida das pessoas, a partir de seus valores e crenças acerca da relação homem - doença, especialmente no que concerne às questões inerentes ao ser mulher, dádiva considerada especial, uma vez que é a partir dele que se perpetua a espécie humana.

No decorrer da consulta de enfermagem, das palestras ministradas tanto no Banco de Leite como também durante as visitas de caráter educativo que realizava em duas maternidades da capital: a Frei Damião e a Cândida Vargas, observava mediante o diálogo que mantinha com as mulheres ali assistidas, que elas desconheciam sobre a sua vulnerabilidade ao vírus HIV, e conseqüentemente, sobre o risco da transmissão vertical. Conversando com elas, foi possível identificar que muitas eram analfabetas e viviam em situação sócio-econômica precária.

Foi possível verificar também, nas duas maternidades, que muitas puérperas experimentavam a prática da amamentação cruzada, isto é, a troca de crianças entre as mães na hora de amamentar. Nesse sentido, era notória a despreocupação e/ou desconhecimento delas sobre a possibilidade de transmissão de doenças, inclusive do vírus HIV, através do leite materno.

Tal situação acima descrita provocava em mim inquietações e, ao mesmo tempo, motivação para buscar cada vez mais informações através da literatura acerca da transmissão do HIV, particularmente sobre as possibilidades da transmissão vertical e suas conseqüências para o binômio mãe – filho. A intenção era poder intensificar as informações dadas à população, com ênfase na feminina, acerca dos riscos e meios de prevenção do HIV/Aids e colaborar na elaboração de estratégias para implementar as ações de prevenção executadas pelos serviços de assistência à mulher.

Mas este trabalho por mim desenvolvido sofreu interrupção, uma vez que a FLBA foi extinta no início de 1996, em decorrência da conjuntura política do ano anterior. Dessa forma, o Ministério da Saúde determinou que o Banco de Leite Humano Anita Cabral ficasse vinculado à Rede Estadual de Saúde e, conseqüentemente, os profissionais da extinta Fundação, fossem redistribuídos para instituições da esfera federal. Fiquei vinculada à Universidade Federal da Paraíba, com lotação no Centro de Ciências da Saúde, desenvolvendo atividades profissionais no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC).

Neste setor, atuando junto ao grupo de trabalho de Epidemiologia, desenvolvi atividades de assistente de coordenação do Projeto de Capacitação de Pessoal em DST e Aids, do Ministério da Saúde/Projeto UNIVERSIDAIDS (no período de 2000 a 2003). É importante destacar a trajetória da epidemia do HIV/Aids e a análise de suas tendências como pontos norteadores para traçar o planejamento e desenvolvimento das diversas capacitações promovidas pelo referido projeto, as quais se destinavam aos profissionais atuantes nos diversos serviços de atenção às DSTs/HIV/Aids, no Estado da Paraíba.

Durante a execução do projeto, participei das seguintes capacitações na área de DST/HIV/Aids: *Oficina sobre metodologia pedagógica centrada no sujeito para mudança de comportamento, (promovida pelo Projeto de Capacitação em DST e Aids, NESC/UFPB); Oficina de capacitação pedagógica: refletindo processos de capacitação relacionados as DST/HIV/Aids, (promovida pela Coordenação Nacional de DST e Aids/MS); Oficina de planejamento estratégico para ações de DST/HIV/Aids no contexto de Saúde Pública, (promovida pelo Núcleo de Capacitação Técnica e Núcleo Estadual de DST/HIV/Aids da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba) e, do Treinamento em prevenção de DST e Aids em mulheres (promovido pelo Projeto de Capacitação em DST e Aids, NESC/UFPB).*

A participação nesses cursos proporcionou-me uma maior aproximação com a problemática da epidemia do HIV/Aids, aumentando assim o meu interesse em buscar mais conhecimentos, principalmente no que se refere à relação da epidemia com a população feminina, sobretudo com as gestantes, por eu considerar que a questão da gravidez associada à Aids é de fundamental importância no campo da saúde coletiva, pois gestação e HIV/Aids são termos que se contrapõem quanto às suas expectativas.

Paiva (2000) salienta que a gravidez e a maternidade refletem expectativas ligadas à saúde, à vida, à felicidade, à continuidade da família e da espécie, ou seja, é a espera de uma criança saudável. Por outro lado, a Aids está ligada à terminalidade da vida, à desesperança e à dor moral.

A referida autora, entende o enfrentamento da epidemia da Aids nos seguintes termos:

[...] é uma tarefa complexa que requer dos(as) profissionais de saúde uma atuação para além da esfera técnico-profissional, que abranja as dimensões éticas, políticas, de saúde reprodutiva e de direitos humanos, sem perder de vista as questões de gênero e os aspectos políticos e econômicos que envolvem o controle dessa epidemia (2000, p.146).

Ramos (2001, apud Saldanha 2004, p.1) afirma que o vírus HIV “[...] pode não estar em nossa circulação, mas a Aids está definitivamente em nossas vidas e não se pode ser indiferente a ela [...].” A partir desta reflexão, faz-se necessário que, nos serviços de assistência à saúde da mulher, existam profissionais aptos para cuidar dela devidamente, sobretudo daquelas gestantes que apresentam sorologia positiva para o HIV/Aids.

É importante considerar que, mesmo com os desafios quanto à assistência preventiva e terapêutica no controle do HIV/Aids, estudar esta epidemia como objeto de saber científico põe em jogo outras dimensões, a exemplo de questões inerentes à vivência de gestantes portadoras desta doença. Suas experiências vividas poderão trazer à tona demandas que por alguma razão estão ocultas. Destarte, servirão de subsídios para o planejamento de ações que visem a assistir a gestante na sua integralidade. Por este motivo, realizei uma busca em publicações científicas, como teses, dissertações, estudos de casos, artigos, relatos de experiência, notícias na Internet, entre outras, que discorressem sobre experiências ou vivências de gestantes infectadas pelo HIV/Aids. Mas observei que, na literatura nacional, são escassas as publicações contendo a referida temática numa perspectiva qualitativa que aborde a subjetividade do ser gestante portadora do HIV. Sei, também, que elas não existem na nossa realidade local.

Daí, ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, senti-me



motivada para desenvolver uma pesquisa que abordasse essa temática. Então, lancei o questionamento: *Como é a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids?* A partir daí, foi possível configurar este estudo que teve como objetivo o de compreender tal vivência.

Para compreensão do referido fenômeno investigado, optei por desenvolver uma pesquisa qualitativa como caminho metodológico adequado para alcançar o objetivo proposto, uma vez que experiências vividas não podem ser explicadas, mensuradas ou controladas, mas compreendidas a partir do discurso do ser que o vivencia.

Cabe assinalar que, para se investigarem questões inerentes à subjetividade (a singularidade do ser humano que vivencia fenômeno de natureza deste estudo), o caminho é a fenomenologia; que segundo Capalbo, como modalidade de pesquisa qualitativa busca compreender o fenômeno, a partir das experiências vivenciadas pelo ser humano, apresentando-se da seguinte forma:

[...] como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita o ser nele mesmo, que se preocupa com a essência do vivido, [...] como uma ciência eidética material pois os vividos intencionais dão forma aos conteúdos de significação. (1994a, p.194).

Ferraz (1997, p.45) opina sobre a fenomenologia: “[...] possibilita estudar com rigor fenômenos que não são possíveis de serem investigados sob uma perspectiva quantitativa.” Tais fenômenos se referem, por exemplo, às dimensões significativas vivenciadas principalmente por ocasião da existência humana, como gestação, nascimento, enfermidade, morte, entre outras. A autora ressalta ainda que a fenomenologia possibilita ao pesquisador recurso metodológico e conceitual para refletir sobre questões vivenciadas no campo individual ou coletivo.

A opção pelo método fenomenológico é desafiadora, considerando-se a sua complexidade e as minhas limitações; é, porém tentadora uma vez

que apenas o referencial epistemológico positivista não é capaz de responder a questões inerentes às experiências e vivências da vida humana, como a que questiono nesta pesquisa.

É importante assinalar que, ao optar pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, procurei realizar leituras de artigos, dissertações e teses fundamentadas na fenomenologia descrita por Edmund Husserl e por Martin Heidegger, o que contribuiu ainda mais para aumentar a minha admiração pelo método fenomenológico e adotá-lo com a possibilidade de responder ao que se interroga neste estudo.

Como enfermeira e pesquisadora, identifico-me com o posicionamento de Capalbo (1994), a qual afirma existir uma aproximação entre a prática de enfermagem e a fenomenologia (alternativa de pesquisa), salientando os seguintes aspectos:

A tendência atual da enfermagem é a de retomar e reconsiderar o homem em seu todo, de modo holístico, e não mais isoladamente e em partes. A assistência à saúde volta-se, assim, para pessoas conscientes e livres e não para pacientes anônimos sob os quais se irá atuar. Se a enfermagem quiser inspirar-se de outro modelo que não seja o tradicional de tipo biomédico das ciências naturais e experimentais, ela poderá recorrer à fenomenologia, dentre outras metodologias e filosofias possíveis, na linha qualitativa e compreensiva. (CAPALBO, 1994b, p.75).

Nesse enfoque, Stein (1988, p.30) considera que o método fenomenológico de Martin Heidegger é “[...] uma concepção de método em filosofia totalmente nova, dado que toma forma numa nova moldura paradigmática: que rompe com o paradigma da relação sujeito-objeto como modelo do método.”

Buscando compreender a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids, foi realizada uma pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, orientada pela Analítica Existencial proposta por Martin Heidegger, expressa em sua magnífica obra *Ser e Tempo*.

# **CAPÍTULO I**

## **HIV/Aids: discurso da literatura**

Existem doenças que bloqueiam a espontaneidade da vivência cotidiana do ser humano, ocasionando dificuldades no planejamento do seu dia-a-dia por uma determinada época. Outras acontecem com características tais que chegam e ficam para sempre. Desse modo, tais doenças intervêm no plano de vida pessoal. Partindo dessas idéias, podemos considerar que o HIV/Aids enquadra-se na segunda hipótese acerca do modo de relacioná-las com a nossa perspectiva de planejar o cotidiano de nossas vidas.

Para uma melhor compreensão do que representa a infecção pelo HIV/Aids, apresentaremos neste capítulo alguns aspectos sobre a temática citada a partir do surgimento da doença e da população acometida dentro de um panorama epidemiológico sucinto, enfatizando a feminização como uma das tendências da epidemia nos dias atuais e um breve comentário sobre as recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e para a terapia anti-retroviral em gestantes.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi descrita em 1981, nos Estados Unidos, quando foi notificado ao *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC - os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi em pessoas do sexo masculino

previamente saudáveis, com comportamentos homossexuais. Nesta época, a doença destruía o sistema imunológico das pessoas contaminadas e matava em pouco tempo (PINHO NETO; FRADE, 1999).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi descoberto cerca de três anos após a descrição da doença, em 1983, por Luc Montagnier do Instituto Pasteur, em Paris (França), e por Robert Gallo, da Universidade de Marilande e Instituto de Virologia Humana (University of Maryland Institute of Human Virology), EUA (NOGUEIRA et al., 2002).

O HIV é um retrovírus humano, cuja atividade citopática leva à depleção característica dos linfócitos auxiliares (CD4),<sup>3</sup> acarretando a imunodeficiência, com o subsequente desenvolvimento de infecções secundárias e neoplasias. Além de interferir diretamente na resposta imune celular, com a destruição dos linfócitos auxiliares, o HIV também pode determinar outras disfunções no sistema imunitário, induzindo a produção de anticorpos contra as próprias proteínas celulares normais (BRASIL, 2002a).

Contudo, já existem relatos na literatura sobre o desenvolvimento de pesquisas científicas para a descoberta de vacinas terapêuticas anti-HIV. Segundo o Ministério da Saúde, o procedimento padrão atualmente utilizado é a Terapia Anti-Retroviral Altamente Ativa (HAART em inglês), a qual consiste em combinações de “[...] potentes drogas anti-HIV, também chamada de terapia de combinação tripla – coquetel – o qual é composto por 16 drogas com várias possibilidades de combinação entre elas, capaz de suprimir o vírus em pessoas com HIV e Aids.” (BRASIL, 2002a, p. 4).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (ONUAids) em 2002, existiam 42 milhões de pessoas convivendo com o HIV/Aids no mundo, das quais apenas 0,9% têm acesso ao tratamento adequado. Desse número de pessoas contaminadas 38,6 milhões são adultos

---

CD4: Contagem de linfócitos T CD4+ , que são células do sistema imunológico do organismo humano.

e 3,2 milhões são menores de 15 anos. Entre os adultos, 19,2 milhões são mulheres (OMS; ONUAids, 2002).

Madden (2002), representante do Fundo de População das Nações Unidas e presidente do Grupo Temático do UNAIDS no Brasil, afirma que, nas duas últimas décadas, mais de 20 milhões de pessoas no mundo morreram vítimas da Aids. Segundo o mesmo autor, estima-se que até o ano de 2020, deverão ocorrer 68 milhões de mortes prematuras nos 45 países mais afetados pela epidemia.

Em relação ao panorama mundial do número de mulheres contaminadas pelo HIV, destaca-se a situação na África Subsaariana que concentra mais da metade dos casos do mundo. No norte da África e no Oriente Médio, as mulheres já perfazem 57% da população vivendo com Aids. O crescimento da infecção na população feminina varia de acordo com o grau de pobreza e desenvolvimento da região. Na América do Norte e na Europa Ocidental, as mulheres infectadas representam cerca de 25% e na Oceania, 20%. No tocante à situação das latino-americanas, o percentual de mulheres infectadas corresponde a 36% (COELHO, 2004). Destaca-se o número de mulheres infectadas pelo HIV, que, desde 2002, aumentou em todas as regiões do mundo (OMS; ONUAids, 2002).

Nesse enfoque, durante a XV Conferência Mundial da Aids, realizada em julho de 2004, em Bangcoc (Tailândia), foi divulgada a notícia do crescimento assustador da Aids em mulheres no mundo. Esta questão também foi abordada no documento divulgado pelo Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres (UNIFEM), cujo texto elogia o Brasil pelas campanhas de prevenção que visam às mulheres e pelo trabalho realizado pelas Organizações Não Governamentais - ONGs (BIANCARELLI, 2004).

No cenário brasileiro, o primeiro caso de Aids foi notificado na cidade de São Paulo, em 1980. A este caso inicial seguiram-se outros, basicamente restritos às denominadas metrópoles nacionais - São Paulo e Rio de Janeiro –

e tinha-se como preponderantes categorias de exposição os homossexuais, os bissexuais masculinos, os hemofílicos e as demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados contaminados com o vírus HIV. Todos faziam parte dos chamados grupos de riscos, nomenclatura ora em desuso (BRASIL, 2002a).

Scheffer (2003) afirma que, vivem no Brasil, aproximadamente cerca de 600 mil pessoas infectadas pelo HIV e, segundo Farias, desse total de pessoas infectadas, “[...] 400 mil não sabem que possuem o vírus.” (BRASIL, 2004, p.10). Scheffer (2003) refere ainda que, ocorrem 21 mil novos casos de Aids por ano e todos os dias, 58 pessoas iniciam o tratamento anti-HIV.

Conforme dados do Ministério da Saúde, foram diagnosticados em 2003 um total de 9.762 casos de Aids, com taxa de incidência de 5,5 por 100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, as taxas de incidência por 100.000 habitantes nas regiões brasileiras se mostraram da seguinte forma: 8,5 para o Sul; 7,5 para o Sudeste; 3,5 para o Centro-Oeste; 2,3 para o Nordeste e 2,5 para a região Norte. Por outro lado, dados demonstram que as regiões Sudeste e Sul do Brasil concentram 84,8% dos casos de Aids e que 80 dos 100 municípios brasileiros que detêm o maior número de casos estão situados nestas mesmas regiões (BRASIL, 2004a).

A mortalidade por aids no Brasil foi 2% maior em 2003 do que a registrada em 2002, com 11.276 óbitos. A taxa de mortalidade permaneceu estável em 6,4 óbitos por 100 mil habitantes e em 8,8 óbitos por 100 mil homens, mas manteve a tendência crescente entre as mulheres e nas regiões Sul, Norte e Nordeste (BRASIL, 2004b). Scheffer (2003) afirma que todos os dias cerca de 27 pessoas morrem de Aids e por ano morrem 10 mil, sendo esta doença a segunda causa de morte entre os homens e as mulheres jovens, em nosso país.

Segundo o Ministério da Saúde, os dados referentes às taxas de mortalidade por Aids em cada 100.000 habitantes, no Brasil e em suas

macrorregiões, informam que, no período compreendido entre 1983 e 2003, as mais altas taxas estão nas regiões Sudeste e Sul (8,7 por 100.000 hab.) e a mais baixa é a da região Nordeste (2,7 por 100.000 hab.). Mesmo assim, este último valor é preocupante, uma vez que dados estatísticos demonstram que as taxas desta mesma região vêm crescendo (BRASIL, 2004a).

Embora o perfil da epidemia seja diferenciado regionalmente, em termos de magnitude e modos de transmissão, é marcante a heterossexualização da epidemia no Brasil, a qual é responsável por 86,9% dos casos de Aids. Segundo Brasil (2004a, p.6), a “[...] transmissão sexual (heterossexual) vem aumentando ao longo da série histórica, passando de 70,7% em 1992 para 93,5% em 2003.” Conseqüentemente, a transmissão heterossexual vem atingindo de forma considerável a população feminina, que segundo Barbosa (2000), estudos brasileiros realizados na década de 1990 já apontavam o crescimento da Aids entre as mulheres do nosso país por esse meio de transmissão.

É importante mencionar que no ano de 2003, existiam 207 cidades brasileiras onde havia mais casos de Aids notificados entre as mulheres do que entre os homens. Estes municípios são, em sua maioria, pequenos no que se refere o número de habitantes, por exemplo: Barbosa Ferraz(PR), Novo Horizonte(SP), entre outros. É oportuno destacar ainda que “[...] em 89 dessas 207 cidades, há apenas mulheres com Aids e nenhum homem com a doença.” Possivelmente, uma das explicações para esta situação seria o fato “[...] de as mulheres adoecerem mais rápido do que os homens.” (BIANCARELLI, 2004, p.01-02)..

Com relação à categoria de exposição ao HIV, entre os casos diagnosticados de 1980 a 2003 no Brasil, 197.902 (63,8%) tiveram exposição sexual e 8.900 (2,9%), perinatal. Os casos pediátricos de Aids (< 13 anos de idade), segundo essa mesma categoria e período, somam 10.577, ou seja, 3,4% do total geral de casos do País. Desses, 83,6% (correspondente a 8.843 casos) são perinatais. Isso decorre do aumento da infecção pelo HIV nas



mulheres em idade reprodutiva, aumentando, conseqüentemente, a possibilidade da transmissão vertical (BRASIL, 2004a).

Cumprе assinalar que a transmissão vertical do HIV é considerada no mundo como um dos meios mais perigosos para se adquirir a infecção, uma vez que, diariamente, 1600 lactentes são infectados em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, considerando-se que, nos países desenvolvidos, tem ocorrido uma redução de crianças infectadas, devido à oferta da testagem no pré-natal e do tratamento adequado (MELO, 2003).

Em relação ao Estado da Paraíba, a representação do número de mulheres com HIV/Aids, não difere da situação mundial nem da brasileira, no que concerne à questão da feminização da epidemia. Dados demonstram que ocorreu uma significativa redução da razão homem-mulher, uma vez que em 1998 era de 10 homens para cada mulher e, em 2004, essa relação passou a ser de 2,7 homens para cada mulher infectada.

No que concerne a categoria de exposição nesse mesmo Estado, em 2004, a transmissão sexual ocupou o primeiro lugar com 1.842 (80,12%) dos casos. Desse total, observou-se uma tendência à elevação entre heterossexuais com 1.040 (45,24%) dos casos, a transmissão homossexual 345 (15,01%) e bissexual com 319 (13,87%) dos casos. No que concerne a faixa etária predominou a compreendida entre os vinte e trinta e quatro anos de idade, com um total de 1.196 casos, seguida da faixa dos trinta e cinco aos quarenta e nove anos, com 847 casos. Isso reflete que a tendência da Paraíba, corresponde a nacional, cujo número de casos de Aids nas pessoas em idade reprodutiva vem crescendo consideravelmente, principalmente entre as mulheres (PARAÍBA, 2004).

Na Paraíba, o primeiro registro de Aids por meio de transmissão vertical ocorreu em 1992. Dez anos depois, esse número chegou a 42 casos notificados (30%). O Núcleo Estadual de Controle das DST e Aids desse

Estado, divulgou que até novembro de 2004, foram notificados no Sistema de Informação Nacional de Agravos Notificáveis (SINANW), 93 casos de gestantes HIV positivo com suas crianças expostas, cuja categoria de exposição perinatal corresponde a 0,04%. Apesar de não ser tão alta esta incidência, é preocupante uma vez que é crescente a transmissão heterossexual na população em idade reprodutiva, numa conjuntura que envolve baixa renda e escolaridade (PARAÍBA, 2004).

Segundo dados do Serviço de Assistência Especializado/Hospital Dia Materno-Infantil e Centro de Referência e Treinamento em Transmissão Vertical do HIV (SAE/HD/CRT), do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), desde o início de seu funcionamento, de novembro de 2002 até dezembro de 2004, foram notificados 88 atendimentos de gestantes com sorologia positiva para o HIV.

O referido serviço foi implantado no sexto andar do HULW. Possui instalações físicas e equipamentos em excelente estado de conservação e de higienização, que o tornam um ambiente confortável e acolhedor. O SAE constitui-se uma referência no Estado da Paraíba, no tocante ao atendimento de gestantes portadoras do vírus HIV encaminhadas geralmente pela rede de atenção básica à saúde. Oferece o teste anti-HIV, precedido de acolhimento e aconselhamento sobre o pré-teste e o pós-teste às gestantes que procuram o referido serviço, estendendo as ações ao companheiro, filhos e outros familiares, na perspectiva de reduzir os riscos da transmissão vertical do vírus e de ampliar as informações e conhecimentos sobre as DST/HIV/Aids.

Durante a realização deste estudo, foi possível observar a crescente procura desse serviço efetivada por gestantes que foram referenciadas pelos serviços da rede básica de saúde do município de João Pessoa e de outros municípios paraibanos. Desta forma, esse número de gestantes com HIV positivo revelado anteriormente, pode ser ainda maior, considerando-se que muitas delas atendidas no SAE do HULW estão aguardando o resultado do teste anti-HIV, para confirmação diagnóstica.

Mesmo sabendo-se que a Aids não é mais aquela doença que declarava uma sentença de morte, como era propalado no início da epidemia, a espera pelo resultado do teste anti-HIV pode ser marcada por sentimentos de ansiedade, temor, revolta, medo do desconhecido, entre outros. Portanto, descobrir-se portador ou portadora do HIV é uma experiência crítica para qualquer ser humano, que muitas vezes não recebe a devida assistência dos profissionais da Saúde, em virtude do despreparo profissional para lidar com essa questão, nem o apoio dos próprios familiares e amigos devido ao estigma e preconceito sobre a doença. Na verdade, existem casos em que a família desconhece a soropositividade de algum membro dela, por este manter-se no anonimato temendo o enfrentar o preconceito.

Em se tratando das mulheres, muitas delas, ao receberem o diagnóstico positivo para o HIV, “[...] vivenciam solitárias a dor de junto com essa descoberta, conhecer também a sorologia positiva para o HIV do companheiro e entrar em contato com dúvidas a respeito de sua fidelidade e atividades sexuais.” (CRUZ; BRITO, 2004a).

No que diz respeito à relação que existe entre fidelidade e HIV/Aids, Praça e Latorre (2003) afirmam que, nos relacionamentos heterossexuais, a maioria das mulheres tendem a manter relações exclusivas com seus parceiros, embora nem sempre ocorra o inverso. Elas, por acreditarem em sua exclusividade de parceira sexual, não os percebem como risco para a infecção pelo HIV.

Entretanto, estudos acerca da situação das mulheres portadoras do HIV/Aids, bem como os esforços voltados para o desenvolvimento das políticas de prevenção e assistência específicas à população feminina ainda são tímidos, tanto no âmbito nacional quanto nos diferentes países (SILVA; FRAGA, 2001).

Nesse enfoque, cabe assinalar que, além dos cientistas e estudiosos das academias e serviços de saúde que apresentaram na literatura estudos sobre esta problemática, os grupos feministas e ONGs começaram a publicar artigos e relatos de experiências sobre Aids e mulheres, os quais passaram a incorporá-los em seus discursos e agendas de trabalho. A partir dessa época, quebra-se a resistência e a timidez no trato das questões relacionadas com as mulheres e Aids.

Muñoz (2004) afirma que o crescimento da Aids entre as mulheres, especialmente entre as meninas, se deve às desigualdades que persistem no país e que as tornam mais vulneráveis. Entre estas desigualdades,<sup>4</sup> ela destaca o machismo, a violência, a dupla jornada de trabalho. Ela faz uma ressalva afirmando que são as mulheres e as meninas quem prestam cuidados aos homens quando eles caem doentes.

Melo (2003) comenta o tempo em que pensávamos que a Aids não era um problema feminino e que as mulheres seriam apenas pessoas a cuidar dos portadores desta doença ou que elas não seriam infectadas pelo HIV nos contatos heterossexuais. Nesse sentido, O'Leary e Cheney (1993) salientam que, nos países mais industrializados, onde o número de mulheres infectadas pelo HIV, foi pequeno durante os primeiros anos da epidemia, tanto os serviços públicos de saúde como as informações divulgadas sobre a epidemia forjaram uma imagem da Aids, considerando-a como doença de homens, mais precisamente como uma doença de homossexuais masculinos.

Isso, porém, essas são suposições passadas. Hoje presenciamos o crescente número de mulheres acometidas pelo HIV/Aids. Assim, os efeitos da Aids nas mulheres não representam apenas uma afecção individual, mas uma profunda modificação nas relações sociais e familiares, em razão dos múltiplos papéis que desempenham.

---

<sup>4</sup> "Desigualdade" neste estudo, significa as relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade. (PARKER, 2000).

Nos países em desenvolvimento, o acesso da mulher aos serviços de saúde é geralmente limitado, como também suas atribuições e as dificuldades de dinheiro e de transporte reduzem as oportunidades que têm para procurar clínicas de saúde. Estas oportunidades podem ser ainda mais reduzidas pelo fato de elas terem a obrigação de trabalhar ou de tomar conta de outros membros da família que também estiverem doentes (O'LEARY; CHENEY, 1993).

Melo (2003) destaca um trecho do depoimento proferido por uma mulher que milita em prol do controle da epidemia da Aids. Reforçamos, então, o pensamento anterior: “[...] não podemos deixar de ressaltar questões culturais que nos levam a deixar de cuidar de nós mesmas para cuidarmos dos outros.”

Desse modo, a soropositividade para o HIV na população feminina acarreta-lhe problemas de ordem social, emocional e familiar, os quais são agravados quando lhe é negada atenção e/ou quando deixa de receber, de forma adequada, assistência à saúde, capaz de ajudá-la a repensar seu cotidiano e, algumas vezes, modificá-lo, como condição indispensável a uma maior sobrevivência e à superação destas dificuldades (SILVA; FRAGA. 2001).

Estudos desenvolvidos no Brasil acerca da relação entre Aids e mulheres demonstram que características culturais influem na cadeia de transmissão do HIV. Esses achados são reiterados pelos dados epidemiológicos do Brasil, os quais, por sua vez, apresentam como principal categoria de exposição ao HIV em mulheres maiores de treze anos, o contato sexual, em especial, a relação heterossexual que corresponde a 65,8% dos casos (PRAÇA; LATORRE, 2003).

Os autores Galvão e Parker (1994) afirmam que, no Brasil, o aumento do número de casos de Aids entre a população feminina não se fez acompanhar de políticas públicas de saúde que respondam às demandas<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Demanda: refere-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, aos medos, manifestos ou latentes, vivenciados durante o atendimento (BRASIL, 2003c)

ocorridas com esse acometimento epidêmico sobre esse grupo populacional. Ao mesmo tempo, pouca atenção é dada às dimensões socioeconômicas da epidemia, que coloca as mulheres em condições ainda mais vulneráveis de se infectarem pelo vírus HIV.

O documento brasileiro de implantação das metas da Declaração de Compromisso elaborada pela UNGASS (Sessão Especial das Nações Unidas sobre HIV/Aids – Nova York/2001) não dá visibilidade necessária ao recorte de gênero<sup>6</sup>. O destaque dado, na abordagem sobre a transmissão vertical e no papel das mulheres nas ações de prevenção, passa a idéia de que o empoderamento<sup>7</sup> das mulheres que lidam com a epidemia pode ser limitado às condições de cuidadoras e/ou multiplicadoras das ações de prevenção (UNGASS, 2003).

A partir desses fatos, a consciência do impacto que a Aids exerce sobre a população feminina merece ser visualizada, com maior compromisso, pelas autoridades sanitárias e profissionais da Saúde, considerando-se que por muito tempo as mulheres eram tidas como invisíveis na epidemia, o que subestimava sua importância de grupo vulnerável.

A UNGASS (2003) chama a atenção dos profissionais e autoridades da Saúde, afirmando que é necessário realçar a importância de políticas estruturais de fortalecimento das mulheres, no enfrentamento das vulnerabilidades de gênero nos serviços de saúde, no acesso das pessoas soropositivas a programas sociais e na efetivação dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais, estes compreendidos como direitos que sucedem-se aos direitos civis, políticos e sociais.

Destaque-se o comentário citado por Cruz e Brito (2004a, p.1):

---

<sup>6</sup> Gênero: é uma categoria de análise utilizada para demonstrar a carga de socialização e cultura que atua de forma racional, sobre homens e mulheres (BRASIL, 2003a, p. 27).

<sup>7</sup> Empoderamento: ocorre “[...] através da conscientização da mudança de comportamento, para um comportamento protetor ou mais seguro [...].”(PIMENTA, 2001).

Não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina e no Caribe, a maior parte dos grupos de apoio para pessoas que vivem com o HIV/Aids estão voltadas para os homens, havendo dificuldades em perceber e priorizar as demandas das mulheres e, além disso, os grupos de mulheres, feministas ou não, latino-americanos e caribenos não costumam desenvolver atividades de atenção ou suporte direto para problemas de saúde específicos. Assim, as mulheres portadoras do HIV/Aids se mantêm isoladas no atendimento às suas necessidades.

Para muitas mulheres soropositivas, a Aids “[...] aparece como alguém que, inadvertidamente, rasga um desenho de vida lentamente construído, promovendo uma profunda desestruturação.” (CRUZ; BRITO, 2004a, p.1).

Paradoxalmente, a superação do impacto inicial acaba revelando que essa doença pode significar uma reconstrução, o encontro de novos sentidos para viver, conforme retrata este depoimento de uma mulher soropositiva:

Descobri o HIV em 93 [...]. Minha vida era passar dias e noites correndo atrás de um homem que eu achava que amava, pai dos meus três filhos mais novos. Ele não prestava, mas eu só queria saber de andar grudada nele. Acho que é o mal da mulher esquecer dela mesma [...], aquela [...] de antes morreu, não existe mais. Eu descobri que tenho valor. Hoje sou uma mulher responsável. (BRASIL, 2004b, p.4-5).

Este tipo de comportamento acima pode ser visto como o retrato do empoderamento feminino, ocupando lugar de sujeito no cenário da Aids. Isto acontece quando, geralmente, as mulheres soropositivas se engajam em grupos ou em algum tipo de organização em prol de uma melhor qualidade de vida, cujas vivências compartilhadas são consideradas como valiosos instrumentos para apropriação de conhecimentos, e pode, conseqüentemente, influir no comportamento.

O Brasil tem-se destacado dentre os demais países em desenvolvimento, pelo fato de atualmente ofertar o tratamento e os exames

de diagnóstico para controlar o HIV e os efeitos da Aids, considerando que as ações de prevenção e profilaxia desta infecção têm sido algumas das prioridades da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Apesar desse grande avanço, nem todas as pessoas têm acesso nem podem usufruir essas medidas, porquanto na área das DSTs e da Aids, a integração das políticas de prevenção e assistência com as demais políticas de saúde, na maioria dos Estados e municípios brasileiros, são débeis e dependentes do modelo nacional.

Em face disso, Santiago (2004, p.7) ressalta:

Apesar de o Brasil estar em uma situação privilegiada em relação ao tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, existem ainda pontos que precisam ser melhorados, e a participação ativa das pessoas contaminadas pelo vírus HIV, é de fundamental importância para apontar os problemas e sugerir soluções. [...] quando o HIV entra na vida de uma mulher, problemas cotidianos que afetam a vida de muitas de nós, como por exemplo, a violência e a discriminação,<sup>8</sup> tornam-se ainda mais complicados.

A partir de janeiro de 2004, passou a vigorar no Brasil a segunda resenha institucional que apresenta a nova definição de caso de Aids, tendo sido aprovada pelo Comitê Assessor de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids. A primeira definição de caso no país foi estabelecida em 1987 e, passados esses anos, a elaboração dessa nova definição reflete o amadurecimento do processo de vigilância nacional sobre essa doença.

Silva e Fraga (2001) fazem referência aos programas de prevenção para as mulheres infectadas pelo HIV, os quais não devem se restringir apenas aos aspectos comportamentais da doença, mas também precisam atender às suas necessidades, em termos de garantia de acesso aos serviços que lhes dão suporte. Além disso, cabe a esses programas prover serviços individualizados, para atendimento àquelas recentemente diagnosticadas e, ainda, devem possuir capacidade para identificar barreiras

---

<sup>8</sup> Discriminação: “tratamento preconceituoso dado a indivíduos de certos grupos sociais, étnicos, etc.” (FERREIRA, 2004, p.321).



socioculturais, de alguma forma limitantes para a busca e permanência nos serviços.

Nesse enfoque, Melo (2003) diz que devemos considerar que, a proteção da mulher, no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV, não pode ser realizada isoladamente. Devem-se levar em consideração os valores culturais, sociais e econômicos que determinam o modo de ser das relações familiares e sociais, além do suporte da sociedade aos cuidados de saúde. Isso significa exercer a plenitude da cidadania, entendendo-se o Estado como provedor da assistência integral à saúde e esta, como direito de todos os cidadãos. Assim, as mensagens a serem enviadas às mulheres, no sentido de se prevenirem contra a Aids, devem estar conectadas a essa realidade, pois ao contrário elas cairão no vazio.

Saldanha (2004) afirma que, quando se trata de mulheres, o maior agravante da vulnerabilidade é evidenciado pelas limitações no espaço de suas relações pessoais, principalmente no que se refere à prática cotidiana das relações conjugais, a qual naturaliza as relações de dependência objetiva e subjetiva, implicando um escasso nível de individualidade, uma ordem de prioridade sentimental e ideal de postergação, mais do que o êxito pessoal.

Assim, o discurso da natureza feminina, os mitos da maternidade, da passividade e o discurso do amor romântico subsidiaram a construção histórica de uma forma subjetiva própria das mulheres – o ser do outro em detrimento do ser de si –, tendo como conseqüência sua fragilização diante do homem, que detém o poder de decisão nos relacionamentos sexuais.

Praça e Latorre (2003, p.73) afirmam: “[...] quando a mulher vive numa família constituída, continua sujeita ao risco de infecção pelo HIV devido a fatores culturais que permeiam sua percepção e sua prática sexual e reprodutiva.” No Brasil, é característica da maioria das mulheres infectadas ter parceiro sexual exclusivo e família constituída.

Por outro lado, Barbosa (2000) argumenta que, neste século, a palavra de ordem entre as mulheres deve ser prevenção, dando-se as costas para a dominação, tabus e preconceitos em sua vida sexual.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito à maternidade, quando se trata da situação da Aids entre as mulheres. Este constitui em um tema crucial, sobretudo quando se discutem as relações de gênero. Para Orozco (2004, p.2), a maternidade aparece como o “[...] atributo principal das mulheres; é sobretudo, uma representação das sociedades ocidentais, nas quais se pensa que as mulheres devem ser mães porque, somente assim, podem ser verdadeiras mulheres.”

A referida autora destaca ainda uma idéia freqüente entre as mulheres: a relação entre sexualidade e reprodução como uma coisa comum, o que significa para algumas mulheres que a sexualidade está naturalmente direcionada para a produção da vida. Neste sentido, ela ressalta:

[...] frente à constatação de que uma das principais vias de contágio do HIV é a relação heterossexual e também, que a transmissão do vírus de mãe para filho é bastante preocupante, até que ponto as mulheres ainda acreditam na idéia de que para serem mulheres de verdade, devem ser mães. (OROZCO, 2004, p.2).

Nesse contexto, como já foi dito, muitas vezes a mulher geralmente só descobre sua condição sorológica para o HIV durante a realização do pré-natal. O impacto, quando ela depara com o resultado positivo, é grande. Conseqüentemente será dolorosa, também, a convivência com o vírus HIV ou com a Aids durante a gestação juntamente com inúmeros sentimentos, dentre os quais, a culpa e a incerteza a respeito da possibilidade de o filho nascer contaminado.

Segundo Melo (2003), a transmissão do HIV da mãe para o feto, no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, ou pela placenta ou pelo parto ou pelo aleitamento, já está bem estabelecida. A possibilidade de transmissão materno-fetal varia entre 15% a 40%, dependendo da prevalência do vírus na população

materna, nos diferentes países. É mais elevada nas mulheres sintomáticas e nas portadoras de doença mais avançada.

O Ministério da Saúde, emite as seguintes afirmativas:

[...] a maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e através do aleitamento materno. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20% e, ocorre redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 0 (zero) e 2%, quando se estabelece o uso de anti-retrovirais combinados, realização da cesariana eletiva e quando a carga viral é menor do que 1.000 cópias/ml ao final da gestação. (BRASIL, 2004d, p. 5-8).

Rachid e Schechter (2003) afirmam que é preocupante o total de casos de mulheres grávidas soropositivas no mundo, uma vez que se estima que menos de 1% do total de gestantes contaminadas tem-se beneficiado das intervenções para prevenir a transmissão vertical do HIV.

No Brasil, foi adotada a terapia anti-retroviral combinada (TARV), a qual reduz, significativamente, a carga viral plasmática do HIV para níveis indetectáveis, apresentando assim baixíssimas taxas de transmissão vertical. Portanto, esta terapia é assegurada a todas as gestantes diagnosticadas soropositivas para o HIV, mediante acompanhamento de especialistas nos serviços de assistência e/ou serviços de referência para se assistirem gestantes portadoras do HIV/Aids, conforme as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes (BRASIL, 2004d).

Embora essas intervenções estejam disponíveis em nosso país para toda a referida população e os respectivos filhos, as dificuldades da rede pública de saúde em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis ao HIV, e a qualidade do pré-natal, ainda longe do desejável, resultam na administração de zidovudina (AZT) injetável em

menos de 50% dos partos do total de mulheres estimadas como infectadas pelo vírus (BRASIL, 2004d).

Apesar de o uso de anti-retrovirais durante a gravidez estar tornando-se cada vez mais freqüente, existem poucos dados sobre as conseqüências da exposição fetal a essas drogas. Mesmo assim, a terapia anti-retroviral combinada está indicada para as mulheres grávidas que seguirem os critérios para o início do tratamento, visando ao controle de sua infecção e à redução da transmissão vertical do HIV, uma vez que a potência das drogas reduz drasticamente a carga viral materna e, conseqüentemente, diminui muito os riscos desse meio de transmissão (BRASIL, 2004d).

No que diz respeito ao pré-natal, Simonetti et al. (2004, p.33) afirmam: “[...] a falta de qualidade do pré-natal realizado na região Nordeste do Brasil, pode estar contribuindo com a transmissão do vírus da Aids de mãe para filho.” Para confirmar esta afirmativa, os autores fazem uma comparação entre as taxas de crescimento anual da transmissão materno-infantil do HIV nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Norte, no período de 1990 a 1996, e concluíram que no primeiro a taxa corresponde a 5% e, no segundo, a 17%.

O Ministério da Saúde informa que nos países desenvolvidos, onde ocorre a ampliação do implemento de intervenções para se reduzir a transmissão vertical do HIV, principalmente no que diz respeito à administração de terapia anti-retrovirais combinada, à realização de cesariana eletiva e à substituição do aleitamento materno, ocorreu redução significativa da incidência de casos de Aids em crianças (BRASIL, 2004d).

Assim, as medidas profiláticas da transmissão vertical, e a TARV vêm aliviar um pouco a tensão que as mulheres experimentam, quando resolvem engravidar mesmo conhecendo sua sorologia positiva para o HIV, uma vez que, segundo Cruz e Brito (2004b, p.1), o desejo da mulher com HIV/Aids, de ter ou não um filho “[...] fica encarcerado sobre o olhar do outro, um outro externo e internalizado, ou seja, fica entre a cruz e a espada,

popularmente falando.” Ela é apontada como responsável por engravidar, sabendo de sua condição sorológica e dos riscos a que está expondo o filho.

Desse modo, Santos et al. (1998) destacam os Serviços de Assistência à Saúde da Mulher (serviços de assistência pré-natal e/ou serviços de suporte educacional e acolhimento para tratar-se de assuntos relacionados com a contracepção e gestação) os quais devem ter profissionais aptos para o atendimento e orientação a essas mulheres e seus familiares sobre o exercício de sua sexualidade e de suas decisões reprodutivas. Cruz e Brito (2004b, p.1) tecem o seguinte comentário: para muitas mulheres, “[...] parece que a maternidade tem um peso maior do que a Aids, [...] pois estando grávida a mulher sente-se viva e um bem estar de saúde porque carrega nela, uma vida.”

Nesse contexto, os referidos autores ressaltam que ainda não é pensamento de todos a possibilidade de as mulheres com HIV pensarem sobre ter ou não filhos, dispondo de meios para apoiarem-nas em suas decisões. Além disso, muitas mulheres desconhecem o fato de poder engravidar sendo acompanhadas por um serviço de assistência especializado, com probabilidade de ter filhos livres da infecção, mesmo sendo positivas para o vírus HIV, e de ter uma vida com qualidade.

Observa-se, na literatura, que existem profissionais da Saúde que se revelam contrários à decisão da mulher em optar por engravidar sabendo que é portadora do HIV. A exemplo disso, podemos constatar a opinião do Dr. Olavo Henrique Munhoz Leite, responsável pelo ambulatório da Casa da Aids, entidade ligada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Ele emite o seguinte parecer: “[...] mesmo com todo o tratamento, os riscos da transmissão vertical ainda são altos. Por isso, eu costumo aconselhar as mulheres infectadas a não engravidarem.” (PUPO, 2000, p.12).

Essa situação descrita acima pode ser vista sob uma outra ótica. Katie Bias, uma norte-americana soropositiva, narra o seguinte relato:

Eu estava num simpósio em que se discutia a perda e a tristeza. Pensei que eu realmente não havia perdido alguém. [...]. A perda pode vir de várias formas, e que (sic) a perda da possibilidade de ter um filho é muito semelhante à perda de um membro da família. Trata-se de uma redução de nosso potencial [...]. Estou experimentando a perda de alguém que nunca existiu, mas se trata de alguém que sempre sonhei conhecer um dia. (O'LEARY; CHENEY, 1993, p.61).

Entretanto, é difícil saber em que medida o discurso de especialistas pode influenciar as decisões cotidianas das mulheres. Destarte, as autoras O'leary e Cheney (1993) destacam um comentário da médica obstetra Janet Mitchell, do Hospital Harlem em Nova York, a qual discorre sobre a reação de surpresa de profissionais da Saúde diante das mulheres que, mesmo sabendo que são soropositivas para o HIV e que o bebê corre o risco de ser infectado, recebem com satisfação a notícia da gravidez. A surpresa dos profissionais decorre da incapacidade de encarar a situação a partir da perspectiva da mulher.

As referidas autoras ainda mencionam a opinião de uma pesquisadora norte-americana que estuda a Aids, Laura Hauer, a qual afirma que um índice de transmissão perinatal de 50% é visto como um risco aceitável para algumas mulheres (O'LEARY; CHENEY, 1993).

Considerando a perspectiva do direito das mulheres soropositivas, de concretizar o desejo da maternidade, o governo brasileiro, desde 1997, tem intensificado as ações direcionadas para as mulheres portadoras do HIV/Aids. Tais ações se dão a partir dos setores de assistência e prevenção da transmissão vertical. Neste sentido, têm sido realizados treinamentos, capacitações e cursos em todo o território nacional, objetivando contar com o maior número possível de profissionais que atuam nos serviços de assistência especializados (SAE) e em maternidades de referência para o atendimento de gestantes portadoras do HIV. Portanto, é importante sensibilizar e capacitar os que atuam na rede de atenção básica à saúde quanto as ações inerentes as DST/HIV e Aids, principalmente as de aconselhamento, uma vez que a captação de mulheres soropositivas para o HIV/Aids ocorre em maior

proporção por ocasião da assistência pré-natal, a partir da oferta do teste anti-HIV, que atualmente é de rotina nos serviços de assistência à gestante.

O teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, independentemente de sua situação de risco, de preferência na primeira consulta, o que lhes possibilitará saber o mais cedo possível de sua condição sorológica. Desta feita, o diagnóstico da infecção, no início da gestação, favorece os melhores resultados do controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus (BRASIL, 2004d).

Doutra parte, o teste anti-HIV deverá ser sempre voluntário e confidencial, acompanhado do processo de aconselhamento a respeito do pré-teste e do pós-teste. O Ministério da Saúde define o aconselhamento nestes termos:

[...] consiste em um processo de escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa, possibilitando uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher a fim de promover troca de informações entre ambos. (BRASIL, 2004d, p. 61).

Lamentavelmente, ainda é grande o número de gestantes que realizam o pré-natal e não se submetem ao teste anti-HIV, apesar de ser isso um direito garantido para todas, em nosso país. É, também, considerável o número de mulheres que ainda desconhecem as formas de transmissão do HIV/Aids e as medidas preventivas. Muitas até têm conhecimento da necessidade do uso do preservativo como medida preventiva não só do HIV, mas também de outras DSTs; não têm, porém, o poder de negociar com os respectivos companheiros por diversas razões que permeiam as relações de gênero, condições socioeconômicas, crenças, além de outras situações.

É necessário encorajar as mulheres de um modo geral e particularmente as gestantes, quanto à importância da adesão ao teste anti-HIV e a TARV, pois está comprovado que o uso desta terapia associada ao

acompanhamento da carga viral (contagem de CD4) são essenciais para o controle eficaz da epidemia nesse grupo populacional.

É observada também uma lacuna no âmbito da experiência de muitos profissionais da Saúde, os quais enfrentam dificuldades em abordar questões relacionadas com a sexualidade, DST/HIV/Aids, saúde reprodutiva e uso de drogas, o que ocasiona, assim, dificuldades no acolhimento às necessidades específicas da mulher nas circunstâncias de pré-natal, parto e puerpério e de promoção da sua saúde integral.

Partindo dessas considerações, o Ministério da Saúde faz a seguinte ressalva:

Para se compreender o caminho que as mulheres percorrem em direção à infecção pelo HIV e sífilis, faz-se necessário aproximar a escuta dos profissionais de saúde desses sujeitos em suas especificidades biológicas, psicossociais e culturais e suas circunstâncias de ser, viver e sentir. (BRASIL, 2004d, p. 62).

Portanto, como já foi dito, a Aids não é mais aquela doença que declarava uma sentença de morte como no início da epidemia. Mas, no Brasil, apesar de todos os avanços ocorridos com a política de controle do HIV e com a oferta do coquetel,<sup>9</sup> o que contribuiu para uma diminuição de 50% das mortes, ainda morre muita gente (entre homens, mulheres e crianças) por causa da infecção.

Segundo Farias (2004), a imunidade sofre influência da auto-estima e dos hábitos de vida. Independente de qualquer situação ou doença, não é fácil levar uma vida emocionalmente estável. Momentos de tristeza, preocupações, dúvidas, medos, entre outros sentimentos, são inevitáveis. Isso, além das condições socioeconômicas da nossa população.

---

<sup>9</sup> Coquetel: são cerca de dezesseis drogas com várias possibilidades de combinação entre elas, para inibir a proliferação do HIV no organismo humano (BRASIL, 2002, p. 04).



Segundo a Organização das Nações Unidas, até o ano de 2005, deve ser reduzida em 20% a proporção de crianças infectadas com o HIV e em 50%, até 2010, com as seguintes garantias: 80% das gestantes que têm acesso ao pré-natal recebam informações, orientação e outros serviços de prevenção do HIV; aumento da disponibilidade e do acesso das mulheres soropositivas e seus bebês, de tratamento efetivo para reduzir a transmissão vertical do HIV, inclusive da aquisição de substitutos do leite materno; intervenções efetivas das mulheres soropositivas, incluindo-se de forma voluntária e confidencial, acesso ao aconselhamento, testes e tratamento, especialmente a terapia anti-retroviral; integralidade da assistência contínua (OMS; ONUSIDA, 2002).

Portanto, Teixeira afirma que se faz necessária a promoção de ações de prevenção e assistência geral às mulheres, sejam elas soronegativas ou soropositivas, levando-se em conta a integralidade e a intersetorialidade das ações de prevenção e assistência no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003a, p.8).

## CAPÍTULO II

## ANALÍTICA DA EXISTÊNCIA E A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

A partir da exposição anterior citada sobre fragmentos da nossa experiência profissional, seguimos uma trajetória diferente daquela postulada pelas ciências naturais. Partimos em busca de um caminho que possibilite a descrição, explicitação e compreensão das diversas manifestações significativas e de complexidade constitutiva do ser gestante soropositiva para o HIV/Aids, em suas diversas dimensões.

É sabido que a gravidez acontece modificando a mulher em sua totalidade de vida. Sustentada pelo Naturalismo, a abordagem mecanicista sobre a gestante perde de vista essa totalidade do ser gestante, principalmente quando a gravidez está associada a uma doença, a exemplo da infecção pelo HIV/Aids.

Por outro lado, escutá-la com atenção, quando ela expressa suas experiências de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids, ajuda-nos a compreendê-la. Para possibilitar esta compreensão, existem na fenomenologia subsídios, com os quais Heidegger, descreve a Analítica da Existência, voltada à essência e à natureza intrínseca do ser.

Serão abordados neste capítulo aspectos sobre a Analítica da Existência Heideggeriana e sobre o caminho percorrido para o

desenvolvimento desta pesquisa.

Quanto aos aspectos da Fenomenologia Hermenêutica<sup>10</sup>, estes serão apresentados de forma sucinta, uma vez que interpretar os conceitos descritos pelo filósofo Martin Heidegger, significa ousar para quem pretende apenas que seus pensamentos possibilitem um modo de pensar alternativo para o enfermeiro e demais profissionais da Saúde sobre a vivência da gestante soropositiva para o HIV/Aids.

Nesse entendimento, desenvolver este estudo norteado pela Analítica da Existência citada por Heidegger é buscar a compreensão do ser humano em seu cotidiano. Segundo Capalbo (1994b, p.70):

A tendência atual da Enfermagem é voltar-se para pessoas conscientes e livres e não para pacientes anônimos. A fenomenologia busca compreender o homem em sua totalidade existencial complexa, enquanto homem que vive numa dada sociedade histórico-cultural situada, em seu todo de carne e espírito.

### **Analítica da Existência: idéias básicas.**

Em sua principal obra filosófica “Ser e Tempo”, Martin Heidegger define a Filosofia nos seguintes termos:

[...] uma ontologia fenomenológica e universal, que parte da hermenêutica da pre-sença, a qual, enquanto (sic) analítica da existência, amarra o fio de todo questionamento filosófico no lugar de onde ele brota e para onde retorna. (HEIDEGGER, 2000, p.69).

Para Heidegger (2000), a Hermenêutica é compreendida como a interpretação histórica da existência humana, sendo também considerada o ponto de partida para a análise ontológica por meio do método fenomenológico, para explicitar o significado do Ser – a maneira de algo se tornar manifesto,

---

<sup>10</sup> Hermenêutica: gr. Hermeneutikê (MICHAELIS, P. 1083). Atualmente, significa teoria ou estudo da interpretação, [...] é agora, a metodologia, o estudo do método, [...], é interpretação,

compreendido e conhecido para o ser humano.

Heidegger (2000, p. 66) emite, a respeito disso, a seguinte idéia: “O fenômeno não se mostra diretamente e, na maioria das vezes se mantém velado ante o que se mostra.” Ele pode apresentar-se desfigurado ou manter-se encoberto, às vezes por muito tempo que termina sendo esquecido, tornando ausente a questão do ser. A fenomenologia é, assim, “[...] a via de acesso e o modo de verificação para se determinar o que deve constituir o tema da ontologia.”

Quanto à questão do sentido do Ser, visualizada no horizonte do tempo, a ontologia de Ser e Tempo requer, necessariamente, submeter-se a uma analítica da existência do Dasein.<sup>11</sup> Logo, trata-se de investigação ontológica, “[...] porque busca apreender conceitualmente o ser dos entes e explicitar o próprio ser, objeto temático, científico da Filosofia ou – o que é o mesmo para Heidegger - da ontologia.” (COSTA;VALLE, 2000, p.50).

Nessa perspectiva, Heidegger afirma que a ontologia só é possível existir como fenomenologia e esta é entendida como hermenêutica da compreensão do modo de ser do Dasein. Este filósofo, ao referir-se à analítica da existência, assinala que “[...] a expressão fenomenologia diz, antes de tudo, um conceito de método. Não caracteriza a quiddidade real dos objetos da investigação filosófica, mas o seu modo como eles o são.” (2000, p.57).

Heidegger manteve-se fiel à máxima “ir às coisas mesmas,” princípio do método fenomenológico proposto por Edmundo Husserl (1965, p.72). Encontra seu percurso para a construção da fenomenologia hermenêutica, trazendo à tona o significado dos termos gregos *phainomenon* e *logos*.

A partir dos conceitos desses dois elementos que formam a palavra *fenomenologia* é que se chega ao seu sentido formal: “Deixar e fazer ver por si

---

“desvelando o sentido do ser e as estruturas básicas do Dasein.” (INWOOD, 2002, p.79).

<sup>11</sup> Dasein: o termo Dasein ou pre-sença é “comumente traduzido por existência [...]”

mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo.” (HEIDEGGER, 2000, p.58) . Daí, a fenomenologia possibilita olhar o fenômeno no sentido fenomenológico.

A fenomenologia é o método apropriado para conduzir investigação ontológica; cujo primeiro passo diz respeito à analítica do Dasein, e à descrição do modo de ser desse ente<sup>12</sup> é hermenêutica. Conforme Heidegger, “a fenomenologia da pre-sença é hermenêutica, no sentido originário da palavra em que designa o ofício de interpretar.” (HEIDEGGER 2000, p.68). Assim, a fenomenologia heideggeriana “é uma ontologia da existência humana que se inicia a partir da hermenêutica da experiência concreta do ser historicamente existente.” (BAPTISTA, 1992, p.20).

Segundo Spanoudis (1981, p.11), a palavra existência,

[...] não tem ligação com o conceito habitual e clássico, que quer dizer “realidade” como contraposição ao conceito “essência”. Existência vem do verbo ek-sistere; ek-sistência é algo que emerge, se manifesta, se desvela.

Deste modo, o referido autor sintetiza o pensamento de Heidegger, no que se refere aos termos ôntico e ontológico, enfatizando: “[...] tudo o que é percebido, entendido, conhecido de imediato, é ôntico. Assim, como podemos chamar existencial ao ontológico, podemos chamar existenciário ao ôntico.”(Spanoudis, 1981, p.11).

Heidegger (2000, p.310) confirma, em sua obra Ser e Tempo, que a palavra existência significa “[...] toda a riqueza das relações recíprocas entre pre-sença e ser, entre pre-sença e todas as entificações, através de uma entificação privilegiada, o homem. Nessa acepção, só o homem existe.” Portanto, o termo existência fica reservado apenas ao homem, o único ente cujo modo de ser é o da possibilidade.

---

(HEIDEGGER 2000, p.309).

<sup>12</sup> Ente “é tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos.” (HEIDEGGER 2000, p.32).

Este filósofo deixa claro: “O homem só se realiza na pre-sença [...] e é esta pre-sença que joga originalmente nosso ser no mundo. Ser-no-mundo não quer dizer que o homem se acha no meio da natureza, [...] das coisas e de outros homens, [...] não é um fato nem uma necessidade no nível dos fatos, [...] é uma estrutura de realização.” (HEIDEGGER, 2000, p.20).

Segundo Spanoudis (1981), Heidegger, ao apresentar o termo ser-no-mundo, indica as várias maneiras que o ser humano – o Dasein – tem como possibilidades de viver. Este autor esclarece ainda:

O mundo, no qual o ser humano existe, é anterior ao mundo espacial, topográfico, interior. Ser-no-mundo é as múltiplas maneiras que o homem vive e pode viver, os vários modos como ele se relaciona e atua com os entes que encontra e a ele se apresentam. (SPANOUDIS, 1981, p.16).

Embora o Dasein signifique ser-no-mundo, isto não quer dizer que ele esteja fixado em algum lugar ou que preencha um espaço no universo. O mundo tem caráter ontológico e é constitutivo do ser do Dasein. “Esse ente é mundano e o mundo é o seu a priori: não há Dasein sem mundo, nem mundo sem Dasein.” (COSTA E VALLE, 2000, p.53).

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (2000, p.103) refere-se a mundo como “[...] fenômeno, como sendo deixar e fazer ver o que se mostra no ente dentro do mundo.” A descrição de tudo o que há no mundo fica ligada aos entes e, dessa, forma é ôntica. Assim, o mundo sob a ótica da fenomenologia, “significa: mostrar e fixar numa categoria conceitual o ser dos entes que simplesmente se dão dentro do mundo.”

No que diz respeito ao significado polissêmico da palavra mundo,

[...] a mesma pode ser usada significando vários conceitos: ôntico, diz respeito a totalidade dos entes que se dão intramundano; ontológico, refere-se ao ser dos entes e as possibilidades destes viverem em uma dada região com

possibilidade de abarcar vários entes. (Heidegger, 2000, p.105).

Nesse contexto, Heidegger (2000, p.105) esclarece que mundo é o lugar onde o Dasein vive e que pode ser compreendido como “[...] mundo público do nós, que refere-se ao contato com as outras pre-senças; mundo circundante que é o mais próximo, doméstico e, o mundo próprio, que diz respeito a relação do homem com ele mesmo.”

Assim, o homem é visto por ele como responsável pela elaboração da natureza do ser, a partir da natureza dele próprio e de sua existência cotidiana neste mundo. O referido filósofo, em sua obra *Ser e Tempo*, afirma: “[...] a essência da pre-sença está em sua existência.” (2000, p.77), .

Nesse enfoque, Heidegger (2000, p.79) esclarece que a pre-sença “[...] é determinada como ente sempre a partir de uma possibilidade que ela é, e de algum modo, isso também significa que ela se compreende em seu ser. Este é o sentido formal da constituição existencial da pre-sença.”

O termo existencialidade é utilizado pelo citado filósofo, para explicar uma “[...] diferença constitutiva entre as estruturações da existência, os existenciais, e as estruturações dos demais seres, as categorias.” (2000, p.311).

Heidegger chama os caracteres ontológicos da pre-sença de existenciais, porque “[...] eles se determinam a partir da existencialidade. Estes são diferentes das determinações ontológicas dos entes que não têm o modo de ser da pre-sença, os quais chamamos de categorias.” (2000, p.80-81).

Na acepção do referido filósofo, os termos existencial e existenciário são diferentes. Sobre isso, ele afirma:

Existencial, refere-se às estruturas que compõem o ser do homem a partir da existência em seus desdobramentos



advindos da pre-sença e, existenciário indica a delimitação fatural do exercício de existir que sempre se propaga numa pluralidade de singularidades, situações, épocas, condições, ordens, etc. (HEIDEGGER, 2000, p.310-311).

Portanto, as estruturas fundamentais da estrutura do ser ou, simplesmente, os existenciais (disposição, compreensão, interpretação, discurso e linguagem) e as categorias são consideradas nestes termos:

São as duas possibilidades fundamentais de caracteres ontológicos. O ente, que lhes corresponde, impõe, cada vez, um modo diferente de se interrogar primariamente: o ente é um quem - existência ou um que - algo simplesmente dado no sentido mais amplo. (HEIDEGGER, 2000, p.81).

A disposição como elemento que constitui o Dasein é mais conhecida por afetividade ou como estado de humor, de ânimo. Portanto, a palavra humor é explicada com estas palavras:

[...] derivada do termo alemão *stimmung* que significa o estado e a integração dos diversos modos de sentir-se, relacionar-se e de todos os sentimentos, emoções e afetos bem como das limitações e obstáculos que acompanham essa integração. (HEIDEGGER, 2000, p.321).

Nesse sentido, o humor “[...] revela como alguém está e se torna. [...] é o modo de ser-no-mundo e, a idéia de mundo é uma totalidade de referências e relações.” (HEIDEGGER, 2000, p.188).

Na concepção heideggeriana, a disposição é vista como “[...] abertura do estar-lançado e a abertura do ser-no-mundo em sua totalidade, como também a abertura prévia do mundo, a qual pertence ao ser em.” (HEIDEGGER, 2000, p.191).

Da mesma maneira que a disposição é uma das estruturas existenciais em que o ser da partícula pre da pre-sença se sustenta, a compreensão também constitui esse ser. Heidegger (2000, p.201) refere-se à

compreensão como o “[...] modo de ser do Dasein em que a pre-sença é as suas possibilidades enquanto possibilidades.”

Nesse enfoque, Heidegger (2000, p.204) afirma que “[...] é na compreensão que o Dasein se projeta, e esse projetar da compreensão possui a possibilidade de se elaborar em formas, o que este filósofo chama de interpretação.”

Segundo o mesmo autor, compreender é o “[...] ser existencial do próprio pode-ser da pre-sença de tal maneira que, em si mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser.” (2000, p.200). Então, “toda compreensão guarda em si a possibilidade de interpretação, isto é, de uma apropriação do que se compreende.” (2000, p.218).

Nessa linha de pensamento, o mesmo filósofo considera que interpretar “[...] não é tomar conhecimento de que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas na compreensão. [...] a interpretação é elaborada a partir da compreensão.” (HEIDEGGER, 2000, p.204).

A linguagem também se fixa na constituição existencial da abertura do Dasein e tem como fundamento ontológico-existencial o discurso. Desse modo, o meio do discurso é a linguagem. O discurso é conceituado, em Ser e Tempo, do seguinte modo:

É a articulação significativa da compreensibilidade do ser-no-mundo, a que pertence o ser-com [...], cuja conexão com a compreensão e sua compreensibilidade torna-se clara a partir de uma possibilidade existencial inerente ao próprio discurso, qual seja, a escuta. (HEIDEGGER, 2000, p.219-222).

Destarte, o ser da linguagem é comparado a um instrumento de comunicação consigo mesmo e com os outros que envolvem o falar, o ouvir e o silêncio. Fazem parte da linguagem como possibilidades intrínsecas, uma vez

que o ouvir também possui o modo de ser de uma escuta compreensiva.

Trotignon (1990, p.11) afirma: “O conhecimento do pensamento de Heidegger deve ajudar-nos a compreender, a interrogar e a criticar a nossa própria existência.” Para Heidegger, nós nos conservamos em relação ao ser, numa compreensão vaga e mediana, sem apreender-lhe o sentido.

Diante dessas reflexões, e da afirmativa de Heidegger (2000) “[...] de que todo questionamento é uma procura e todo questionado possui um interrogado, um perguntado [...],” partimos em busca da compreensão do fenômeno deste estudo.

### **A trajetória metodológica da investigação**

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo de natureza fenomenológica, norteado pela Analítica da Existência proposta por Martin Heidegger. Segundo Minayo (2002, p.18), na investigação qualitativa trabalha-se com:

Os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, possibilitando desse modo uma compreensão ampla da vivência humana, a partir da interpretação de suas experiências no mundo.

Dentre as diferentes abordagens qualitativas, a fenomenologia é a que tem tido maior relevância na área da saúde. No entanto, ela apresenta congruência com este estudo, considerando que a mesma tende a compreender o fenômeno interrogado, porquanto a situação da pesquisa “[...] não é definida pelo experimentador, mas freqüentemente é constituída pelos próprios sujeitos investigados.” (MARTINS; BICUDO, 1994, p.92).

Reiteramos que esta pesquisa teve como campo de investigação o Serviço de Assistência Especializado/Hospital Dia e Centro de Referência e Treinamento (SAE/HD/CRT) Materno-Infantil em transmissão vertical do HIV, implantado no sexto andar do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), situado no campus I da Universidade Federal da Paraíba.

Este serviço foi inaugurado em novembro de 2002. Constitui uma ação inovadora da Coordenação Nacional de DST/HIV/Aids, do Ministério da Saúde (Brasil), sendo referência para atender à demanda de gestantes soropositivas para o HIV/Aids do Estado da Paraíba e demais cidades circunvizinhas. Tem o objetivo de reduzir os riscos de transmissão vertical do HIV, a partir das ações realizadas que vão desde a oferta do teste anti-HIV, precedido de aconselhamento pré-teste e pós-teste na gestante e familiares (inclusive o parceiro) até à assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. É garantido o acompanhamento do bebê na puericultura, independentemente de ele ser HIV positivo ou não.

O SAE do HULW é composto por uma equipe multidisciplinar (médicos: obstetras - ginecologistas, infectologista e pediatra; enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos), contando também com uma equipe de apoio (recepcionista, assistente de higienização e estagiários). É função da equipe multidisciplinar proporcionar assistência adequada ao binômio mãe - filho e assegurar, a assistência mediante a referência e contra - referência, conforme as necessidades apresentadas pela clientela. Além disso, cabe à equipe fornecer medicamentos e fórmulas de leite infantil, de acordo com a lógica de distribuição de insumos e medicamentos padronizados pelo Programa Nacional de DST/HIV e Aids do Ministério da Saúde.

O Serviço de Assistência Especializado/Hospital Dia (SAE/HD) é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que fixa o portador de HIV/Aids a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua enfermidade, prestando um atendimento com resolutividade, integrando outras alternativas assistenciais, operacionalizando os mecanismos de referência e

contra-referência, além de viabilizar o suporte assistencial nos vários níveis de demanda (BRASIL, 2003c).

Cumpramos assinalar que antes de iniciarmos este estudo, o projeto de pesquisa foi encaminhado, para apreciação, ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW da UFPB, no final de fevereiro de 2004. Nesse período, realizamos as primeiras visitas ao referido serviço, com o objetivo de conhecer-lhe o funcionamento e estabelecer um entrosamento com a coordenação, equipe de saúde e gestantes assistidas.

O fato de já conhecermos o coordenador e alguns profissionais da equipe do SAE/HD favoreceu o bom entrosamento com os demais membros da equipe e gestantes assistidas. Desse modo, enquanto aguardava o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, inserimo-nos como mestranda no serviço, de modo que participamos e colaboramos nas atividades educativas e de aconselhamento, que são realizadas diariamente com as gestantes, companheiros e familiares que procuram o SAE, com encaminhamento de outros serviços de saúde ou com iniciativa própria - o que é raro esta acontecer.

Após o parecer favorável do citado Comitê (ANEXO), oficializamos o desenvolvimento da pesquisa na Coordenação, para o conhecimento da equipe do SAE/HD, a partir da apresentação da proposta do presente estudo, destacando o objetivo, a justificativa e a metodologia a serem utilizadas. Ambas opinaram favoravelmente ao trabalho.

Foram observadas, obviamente, as recomendações éticas contempladas na Resolução 196/96<sup>13</sup> do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo

---

<sup>13</sup> Esta Resolução “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.” (BRASIL, 2002b, p.83).

seres humanos no Brasil, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido do participante do estudo.

Levamos em consideração, também, outras recomendações da referida Resolução, como por exemplo: tratar a participante com dignidade, respeitá-la em sua autonomia, defendê-la em sua vulnerabilidade, assegurar-lhe o anonimato e garantir-lhe o direito de interromper sua participação no estudo em qualquer momento.

Antes de convidarmos as gestantes para participarem da pesquisa, éramos apresentadas a cada uma por algum profissional do serviço como aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, que pretendia realizar um estudo com a clientela ali atendida. Após a anuência em participar, procurávamos, nesse primeiro encontro oficial da pesquisa, manter um diálogo com as gestantes, no intuito de manter uma aproximação para estabelecer uma relação de confiança com elas.

Primeiramente, era acordado com elas sobre o melhor dia e horário para se desenvolver a conversa entre a pesquisadora e cada gestante. Durante a primeira conversa, era explicado o objetivo do estudo, a justificativa e as condições para ser realizado, com ênfase no procedimento de coleta de dados, principalmente quanto às questões éticas, destacando-se a importância do consentimento livre e esclarecido que garante o anonimato da participante em todas as etapas do estudo, e respeita o direito da autonomia para participar ou não da pesquisa.

Citamos, também, a relevância deste estudo tanto para as gestantes portadoras do HIV e para todos os profissionais da Saúde, uma vez que, conhecendo as vivências experienciadas por estas mulheres, estes profissionais poderão como orientadores e formadores de opinião repensar suas práticas, no sentido de construir estratégias para estimular as mudanças de atitudes e direcionar o atendimento, de forma que isto satisfaça as

necessidades dessa clientela, a partir da compreensão do fenômeno investigado.

Entendendo a proposta do estudo, nove gestantes participaram da presente investigação. Este número foi determinado pelo critério da repetitividade, ou seja, foi definido à medida que o fenômeno ia sendo desvelado, julgado suficiente para ser compreendido.

Nesse enfoque, Costa e Valle (2000) ressaltam: “[...] na pesquisa qualitativa não importa a quantidade de participantes e sim, a qualidade com que o fenômeno investigado ocorre.”

O critério estabelecido para participar da pesquisa, era a gestante ter diagnóstico positivo para o HIV/Aids e, aceitasse fazer parte da investigação, independentemente da idade gestacional em que se encontrava por ocasião da coleta de dados.

Assim, nos meses de abril e maio de 2004, procedemos aos encontros para realização da investigação com as gestantes HIV positivo assistidas pelo citado serviço, os quais aconteciam geralmente nas manhãs das terças-feiras, quartas e quintas, considerando-se que coincidiam com os dias agendados para o atendimento médico (infectologista, obstetra e/ou pediatra). As entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio SAE cujo ambiente foi considerado favorável por já ser conhecido pelas gestantes (consultório de enfermagem ou na sala de estudos). Acontecia geralmente no turno da manhã, após a consulta médica, o que não foi regra, porquanto algumas entrevistas ocorreram antes, otimizando o tempo de espera entre uma consulta e outra, sendo isto suficiente para que as mesmas fossem realizadas.

Para a obtenção dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista a partir do roteiro elaborado (APÊNDICE B) contendo uma questão norteadora inerente ao objeto do estudo. Foi utilizado o sistema de gravação em fita cassete, conforme foi acordado previamente com as participantes, para o

registro dos depoimentos, uma vez que o gravador é um instrumento que possibilita a apreensão da narrativa garantindo a fidedignidade do discurso da entrevistada. Nessa perspectiva, essa técnica é vista com relevância por Martins e Bicudo (1994, p. 54), por ser “[...] a única possibilidade que se tem para obtenção de dados significativos a respeito do entrevistado.”

É a seguinte a concepção de Martins e Bicudo (1994, p.55), sobre conduzir entrevistas:

Não é um procedimento mecânico a ser seguido em uma amostra de respondentes. É um procedimento que decorre do conhecimento que o pesquisador possui sobre a realidade onde vai trabalhar. A maneira pela qual a entrevista procede deve sempre revelar algo da preocupação do entrevistando.

É importante mencionar que antes de abordar a questão norteadora do estudo, procurávamos manter inicialmente uma conversa informal com as gestantes acerca de assuntos do cotidiano, objetivando estabelecer um clima de informalidade e descontração entre pesquisadora e gestante, a fim de fluir o sentimento de empatia entre ambas. Isto serviu como experiência positiva nesta pesquisa, pois esse sentimento foi experimentado em todas as entrevistas.

Segundo Boemer (1984, p.27), em Fenomenologia, empatia significa “[...] sentir com o outro o que ele sente, mas sem com isso estar vivenciando o mesmo que ele. Ela permite o encontro com o outro e nos possibilita ser-aí-com o nosso semelhante.”

Capalbo (1984, p.6) conceitua empatia nestes termos: “[...] é a forma de acesso que se tem para penetrar nos objetivos vividos; portanto, a entrevista com abordagem fenomenológica é por ela mediada.”

Por ocasião da entrevista propriamente dita, apresentávamos, como já foi mencionado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE



A), o qual, após lermos junto com a participante, assinávamos em duas vias, distribuídas, em seguida, entre ambas.

Posteriormente, sugerimos a cada uma estabelecer um nome fictício como forma de reforçar a garantia do respectivo anonimato. Neste sentido, apresentamos nomes de mulheres que, pelos seus atos, marcaram a história no mundo, inclusive no Brasil, em situações diferentes, dando exemplos de coragem, bravura e luta por algum ideal. Fazíamos um breve histórico acerca da biografia de cada uma. A partir daí, escolhiam, individualmente, o nome daquela que lhe representaria neste estudo: Joana D'arc, Madre Tereza de Calcutá, Evita Perón, Lady Dayana, Margarida Maria Alves, Raquel de Queiroz, Zilda Arns, Nair Brito e Irmã Dulce.

Durante a coleta dos depoimentos, procurávamos manter uma relação de discrição e abertura, de modo que as participantes pudessem expressar livremente suas concepções e vivências a respeito do fenômeno investigado. Nesta ocasião, foi possível observar que houve um certo constrangimento de algumas gestantes em falar de suas vivências como portadoras do HIV/Aids. Todavia, não foi observada nenhuma resistência ao uso do gravador, de modo que se desenvolveu o livre discurso de cada entrevistada. O uso deste aparelho nos favoreceu, no sentido de mantermos-nos atenta à informante, no que tange à verbalização dos sentimentos e às possíveis modificações no modo de expressar-se, que pudessem ser significativas para o objeto investigado.

Segundo Heidegger (2000, p.222), a escuta é “[...] constitutiva do discurso. Assim como a fala está fundada no discurso, a percepção acústica também se funda na escuta. [...] escutar é o estar aberto existencial da presença enquanto (sic) ser-com os outros.”

À medida que as gestantes iam falando sobre suas vivências, foi possível observar que algumas ficavam emocionadas, uma vez que apresentavam semblante triste, voz e olhar baixo e, em algumas delas, eram

visíveis as lágrimas. Daí, permaneciam em silêncio por alguns minutos, enquanto se refaziam daquele momento. Essa emoção era visível no momento que elas relatavam a surpresa do resultado do teste anti-HIV, o qual confirmava a positividade para o HIV/Aids.

Nesse enfoque, Heidegger destaca:

[...] o silêncio é uma outra possibilidade constitutiva do discurso, possuindo o mesmo fundamento existencial. Quem silencia no discurso da convivência pode (sic) dar a entender com maior propriedade, [...], pode elaborar a compreensão por ocasião àquele que não perde a palavra. [...] falar muito sobre alguma coisa não assegura em nada uma compreensão maior. (2000, p.223).

Cada entrevista teve uma duração média de trinta minutos. No final, solicitávamos da participante que ouvisse o seu relato gravado, para certificar-se do que o seu discurso poderia ser registrado ou não, com possibilidades de acrescentar ou retirar trechos, conforme a participante achasse conveniente. Cabe ressaltar que não houve alteração nos depoimentos das entrevistadas. Esse momento de escuta da gravação do depoimento aconteceu de forma descontraída, visto que as participantes riam ao ouvirem suas vozes entoadas no gravador.

Ao término de cada entrevista, agradecida pela colaboração da gestante no estudo, continuávamos o trabalho num diálogo informal com as participantes trocando informações e conhecimentos, no sentido de reforçar as orientações dadas pelos profissionais do SAE sobre os seguintes aspectos: necessidade de continuar o tratamento após o parto; possíveis implicações no caso de abandono do tratamento sem orientação médica; importância da perseverança na busca de uma vida com qualidade; importância das medidas de prevenção do HIV, entre outras informações que emergiam nesse momento.

Os nove depoimentos constituíram-se em material de análise no presente estudo. Foram inicialmente transcritos na íntegra, codificados de acordo com a seqüência de sua realização, de um a nove, e identificados com

os nomes fictícios escolhidos pelas participantes. Posteriormente, iniciamos uma leitura minuciosa de cada discurso, de modo que isto nos permitisse uma visão do conjunto dos depoimentos, sem pretender interpretá-los ou compreendê-los, mas conhecer, oportunamente, a natureza de cada relato obtido. Em seguida, repetimo-las inúmeras vezes, para assimilar e compreender cada vez mais os relatos proferidos. Isso exigia de nós uma leitura mais profunda de forma que um outro olhar nos permitisse adentrar na essência das declarações, objetivando uma melhor compreensão dos depoimentos, livres de pressupostos que pudessem envolver o fenômeno em estudo. Isso possibilitou a identificação de oito unidades de significados que expressam a percepção que essas gestantes têm acerca do que vivenciam:

1. Enfrentar o diagnóstico vivenciando sentimentos e afetos
2. Preocupar-se com o outro
3. Temor diante da finitude
4. Conviver com a indiferença e abandono do outro
5. Conviver com o falatório e com a ambigüidade
6. Viver na incerteza sobre o futuro
7. Aceitar o tratamento
8. Ter esperança apoiada na fé

Cabe aqui destacar que, as unidades de significados citadas reproduzem também a nossa compreensão sobre a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids.

## CAPÍTULO III

## COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS À LUZ DA ANALÍTICA EXISTENCIAL

Buscamos neste capítulo, descrever e compreender à luz da Analítica Existencial, os depoimentos das nove gestantes participantes do estudo, nos quais elas expressaram suas opiniões sobre a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids.

Nesse aspecto, Costa e Valle (2000, p.95) afirmam que, quando se examinam as respostas sob o olhar fenomenológico, “[...] não se separam os seus elementos constitutivos [...]; [...] visa a considerar as respostas na sua completude e na relação íntima que as perpassa.”

A completude interpretada fenomenologicamente refere-se aos dois aspectos seguintes:

Ao fenômeno na forma como se mostra, e também ao velamento que lhe é inerente. Com isso ficam afastadas as tendências totalizantes ou até mesmo totalitárias de qualquer análise que pretendesse esgotar a complexidade de uma questão, através de sua fragmentação. De acordo com a fenomenologia-hermenêutica, a interpretação de uma questão não deve ser vista simplesmente como um modo de conhecê-la. Ao contrário, deve ser concebida como o desenvolvimento da compreensão que dela temos, compreensão que nos pertence, em face da existência. (COSTA; VALLE, 2000, p.95-96).

Desse modo, desde que a vivência de ser gestante soropositiva

pode revelar-se a si mesma pela sua afetividade, seu discurso, sua interpretação e sua compreensão, esta análise não procura descobrir os motivos de essas gestantes viverem como tal. A análise fenomenológica dos seus discursos “[...] desenvolve-se a partir de uma visão do ser humano como estrutura aberta para seu mundo. Aquele ser humano que se vê lançado em um mundo de possibilidades de ser, dentre elas a de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids.” (BAPTISTA, 1992, p.36).

Nesse sentido, Baptista (1992, p.38) afirma que “[...] o pesquisador enquanto procede à hermenêutica, entra, apóia-se nesta abertura para o outro, [...], para elevar o conteúdo fenomenal do que era inaparente a um nível conceitual [...] de modo existencial.”

As unidades de significados desveladas do fenômeno investigado nesta pesquisa revelam como as nove gestantes participantes da pesquisa compreendem a sua vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids. Elas tinham entre dezoito e trinta e seis anos e a idade gestacional variou do segundo ao oitavo mês de gestação. Quanto ao estado civil, duas eram viúvas, uma era casada e as demais eram solteiras; todas, porém, residem com companheiros, exceto uma cujo parceiro a tinha abandonado.

Em relação ao nível de escolaridade, as gestantes apresentaram a seguinte situação: uma era analfabeta; duas cursaram o ensino fundamental maior (até à oitava série) e as demais variaram de alfabetizadas a niveladas no ensino fundamental menor (até à quarta série). Quanto à questão salarial, variou de menos de um salário mínimo (setenta reais) a mais de um salário mínimo (duzentos e setenta e sete reais). Não obstante, duas das entrevistadas não sabiam informar quanto o companheiro ganhava e uma outra afirmava que o companheiro estava desempregado.

No que se refere ao número de filhos, três gestantes estavam grávidas do primeiro filho, duas do terceiro, duas do quarto, uma do sexto e uma do segundo.

Assim, a gestante soropositiva para o HIV/Aids mostrou-se como um ente que é através do seu discurso pronunciado pela linguagem. Segundo Heidegger (2000, p.219), “A totalidade significativa da compreensibilidade vem à palavra. Das significações brotam palavras.” Nesse contexto, a totalidade significativa é o conjunto do que é articulado no discurso e, pode ser desmembrado em significações, as quais expressam, de modo velado, o sentido da pre-sença que discursa.

Desse modo, passamos a apresentar as unidades de significados evidenciadas nas afirmações significativas presentes aos depoimentos que nos permitiu compreender que *vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids*, significa:

### **Enfrentar o diagnóstico vivenciando sentimentos e afetos.**

Esta unidade de significado revela que a afetividade consiste na apreensão mais imediata do mundo, ou seja, o modo de encontrar, de sentir desta ou daquela maneira, o humor, a tonalidade afetiva com que o ser humano depara numa determinada situação. Assim, a afetividade, podendo apresentar-se em suas diversas modalidades, como: melancolia, aborrecimento, medo, ansiedade ou desespero, mostra os modos possíveis como ser-no-mundo, quer dizer, desempenham uma função reveladora, pois desvelam as dimensões da existência humana em seu mundo.

Originalmente, as gestantes em estudo sempre se encontram numa situação afetiva - o que lhes garante a abertura para o mundo, o ser-possível, conforme podemos observar nos relatos abaixo:

*Quando fui fazer o pré-natal [...] fiz o teste do HIV, deu positivo. Fiquei desesperada, revoltada por ter confiado tanto numa pessoa, conviver com a pessoa [...], aí descobrir que essa pessoa passou esse vírus para mim. Minha vontade era de*

*morrer, entrar embaixo de um carro, tomar alguma coisa, não estava suportando [...] (Joana D'arc).*

*Fiquei com um rapaz uns dois ou três meses [...], soube que ele tava com a doença, terminei tudo, magoada, com raiva pois ele sabia[...]. Não me preveni porque eu não sabia que ele tinha isso. Conheci o pai de minhas filhas, fiquei grávida, aí foi que eu fui fazer os exames [...] aí quando eu fiz, deu, pronto [...]. Fiquei mal, com muita raiva do outro que me enganou. (Raquel de Queiroz).*

*Eu peguei uma pneumonia e fui interna [...], fiz um monte de exames e eu nem sabia que tinha feito esse do HIV. Aí foi descoberto que eu tenho o vírus [...] aí mandaram eu vir pra cá, para fazer o pré-natal. Eu fiquei revoltada, acho que tô até hoje [...], me dá vontade de fazer uma merda [...] (Evita Perón).*

*Fui pro posto de saúde pra fazer o pré-natal, aí a médica pediu os exames [...], dez dias depois mandaram eu repetir um dos exames. Aí quando eu fui saber do resultado, a doutora falou que eu era portadora do HIV. Pra mim, foi como se fosse uma bomba em cima de mim, fiquei desnorteada, não sabia pra onde ia, vim para o HU chorando, sozinha [...] (Zilda Arns).*

*Fui no posto de saúde onde eu tô fazendo o pré-natal e pedi o exame de Aids a médica, pois uma colega minha disse que a médica tava dando esse exame [...] fiz uma vez, aí mandaram eu fazer de novo. Aí deu positivo; eu já tava com sete mês de bucho. Fiquei chorando, chorei muito. (Madre Tereza de Calcutá).*

*Eu soube agora na gravidez com três meses, quando eu fui começar o pré-natal [...]. Fiquei muito abatida, chegou numa hora inesperável. Chorei muito, chorava direto. (Irmã Dulce).*

O diagnóstico positivo para o HIV/Aids aparece referido nos depoimentos das gestantes como um inimigo que ataca e explode no próprio corpo, provocando um destroço em sua percepção de mundo e em sua vida, transformando-a, em um caos. Desse modo, elas encontram-se lançadas ao mundo da Aids, abandonadas na facticidade de ser portadoras do HIV/Aids. Abandonadas a essa situação, expressam seus afetos de tristeza, infelicidade, dor, revolta, medo, horror, autopiedade, vergonha e desespero, os quais deixam manifestar a condição humana das gestantes soropositivas para o HIV/Aids. Eles revelam o modo de essas mulheres estarem vivendo no mundo, e estarem relacionando-se nos diversos pontos espaciais.



Spanoudis (1981, p.16) assinala que Heidegger, ao apresentar o termo ser-no-mundo, indica as várias maneiras que o ser humano – o Dasein – tem como possibilidades de viver. O referido autor ressalta ainda:

O mundo em que o ser humano existe é anterior ao mundo espacial, topográfico, interior. Ser-no-mundo são as múltiplas maneiras que o homem vive e pode viver, os vários modos como ele se relaciona e atua com os entes que encontra e a ele se apresentam. (SPANOUDIS, 1981, p.16).

Assim, a gestante soropositiva para o HIV/Aids experimenta seu mundo pessoal, existente, como o mundo circundante com os outros, ou seja, o mundo circundante aparece junto com o mundo humano e pessoal, uma vez que estes já estão dados, coexistem. O ataque do HIV/Aids destrói, ao mesmo tempo, o mundo circundante (impondo novos instrumentos e alterando a fisiologia humana), o mundo humano (relações com os outros) e o mundo pessoal (relação consigo mesmo).

O modo originário de se encontrar e se sentir no mundo é uma espécie de primeira apreensão global do mundo que, de alguma maneira, funda a própria compreensão, que é sempre afetiva.

Heidegger (2000) afirma que é o existir angustiado que se caracteriza por uma procura constante de si mesmo, um acordar para o existir na verdade do ser [...], pois, na angústia, a pre-sença é chamada à existência ouvindo a voz da consciência que a faz sair do plano ôntico para o plano ontológico, isto é, diante de si mesma, para o que ela é no mais íntimo de seu ser.

Costa e Valle (2000) observam que a destruição daquilo que a tradição, durante muito tempo, tratou como teoria dos sentimentos e afetos, chegando a classificá-los em superiores e inferiores, a disposição interpretada pela fenomenologia significa que, pelo fato de ser-no-mundo (facticidade), o

ente que somos sente como está essa situação, ou seja, sente em que estado se encontra o seu ser.

Na acepção de Heidegger, a disposição é um modo existencial básico; compõe o nosso modo de ser, é ontológica. Sua descrição evidencia os afetos e sentimentos como responsáveis pela estruturação original de nossa existência. No que se refere à ontologia, “[...] ela não apenas caracteriza a presença como também é de grande importância metodológica para a analítica existencial, devido a sua capacidade de abertura.” (HEIDEGGER, 2000, p.194).

Costa e Valle (2000) enfatizam o fato de sentimentos e afetos serem considerados em todo o seu valor ontológico, a partir do modo banal e cotidiano do existir, no qual, de início e mais seguidamente, nos encontramos.

A base fenomenal, ôntica para a hermenêutica dos sentimentos e afetos “[...] é fornecida pelo humor, pelo estado de humor. No entanto, na quotidianidade, não cedemos ao que o humor revela: na maior parte das situações ôntico-existenciárias, a presença se esquia ao ser que se abre no humor.” (HEIDEGGER, 2000, p.189).

Constatamos, também, que, em alguns depoimentos, as gestantes afirmaram que estão vivendo bem, diante da convivência com o HIV. No entanto, foi possível observarmos que não há contradição entre o que elas afirmam e suas condições físicas e biológicas, considerando as evidências clínicas que podem ocorrer pela presença do HIV/Aids no organismo humano, conforme descreve a literatura. Com isso, levantamos a hipótese de esse viver bem estar associado à ausência de sinais e/ou sintomas de qualquer mal decorrente do HIV.

No entanto, o conformismo demonstra a luta em prol de estar-no-mundo, à maneira de mulheres soropositivas para o HIV, e ver-se como possibilidade pura. Este sentimento foi identificado em trechos dos depoimentos abaixo:

*Chorei muito, mas a médica deu conselho a mim dizendo que era como uma pessoa que tivesse diabete [...] tô conformada, fazer o que? (Madre Tereza de Calcutá).*

*[...] passei um bocado de tempo desesperada [...], até que fui me conformando [...]. (Lady Dayana).*

*[...] eu já sabia que meu marido tinha, aí eu devia ter. Não tive reação nenhuma. (Margarida Maria Alves).*

*[...] não tinha mais jeito a dar, aí fui fazer o tratamento junto com ele. Vivendo como Deus quer [...]. (Nair Brito).*

*[...] vivendo normal, eu já vivi antes dessa, a gravidez do meu filho [...] eu já tinha o HIV. Mas eu fiz o tratamento e ele nasceu bom. (Margarida Maria Alves).*

*Eu tô vivendo bem [...], Eu nem penso que eu tô com isso, nem boto isso na minha cabeça. (Madre Tereza de Calcutá).*

Convém destacar a tranqüilidade com que essas mesmas gestantes expressaram-se no momento da entrevista, de forma objetiva, sem demonstrar muita emoção ao se expor cada uma diante das outras depoentes, no que se refere ao estado de humor como seres dispostos no mundo.

Segundo Heidegger (2000, p. 188), o “[...] humor revela como alguém está e se torna.” É “[...] como alguém está que o humor conduz o ser para o seu pré.”

Conforme refere Crossetti (1997, p.76), “[...] se não dispuser da afetividade como um existencial, o mundo não teria significado e seria sem cor, pois estaria desprovido do interesse, da curiosidade, do cuidado que naturalmente lhes pertence e suscita em si a descoberta. A afetividade nos fala de nossa relação com o outro.”

**Preocupar-se com o outro.**

Na hermenêutica de Ser e Tempo, Heidegger (2000, p. 174) afirma que o termo *preocupação* diz respeito ao modo de ser-no-mundo. Neste sentido, as autoras Costa e Valle (2000) ressaltam que a preocupação é responsável pela explicitação do nosso modo de ser com outros, enquanto a preocupação ontológico-existencial é guiada pela consideração e pela tolerância.

No contexto da gravidez, existe preocupação com o outro. Este outro é representado pelo filho que ela carrega no ventre. Desse modo, esta é uma questão muito importante em sua vida, porque envolve responsabilidade e compromisso com aquele que compartilha e depende integralmente de sua existência, para vir ao mundo. Isso pode ser confirmado nos relatos abaixo:

*Tá sendo um momento muito feliz na minha vida por eu estar esperando um filho, mas também tem uns momentos que eu fico pensando: será que esse vírus vai passar para a criança? Mesmo fazendo o tratamento [...] corre o risco de passar pra criança. (Joana D'arc).*

*[...] é como se fosse um pesadelo. Fico imaginando como essa criança vai nascer, se vai nascer com o vírus [...]. É uma gravidez que eu não estava esperando [...] infelizmente aconteceu, e eu tenho que criar agora [...]. Se não fosse por esse meu problema, seria bem vindo. Fico triste por isso, a criança pode nascer doente. (Raquel de Queiroz).*

*[...] preocupada, pois não sei como vou criar mais esse, pois já passo fome com os outros dois e quando esse nascer? Não sei o que será de mim e deles [...]. (Nair Brito).*

*Eu peço a Deus todos os dias pro meu filho não sair com isso porque ele não tem culpa, coitado. (Margarida Maria Alves).*

*[...] minha preocupação é com o menino, que ele não pegue. Eu quero que ele nasça bem, somente [...]. (Irmã Dulce).*

*O problema é [...] fico pensando na criança em não nascer com isso, fico com medo. [...] meu Deus, será que a criança vai nascer com isso? Eu nem ligo pra mim [...] venho pro médico, corro, me cuido por causa da criança. (Lady Dayana).*

*[...] não queria mais viver [...] tenho que reagir pelo menos por causa do bebê, tenho que tentar salvá-lo, dele não ser portador. (Zilda Arns).*

*Estou vivendo bem [...], minha preocupação é com o menino, que nasça bem e o resto [...]* (Irmã Dulce).

Emerge dos discursos das gestantes a preocupação com o outro, a qual é o fator estimulante para enfrentarem a luta contra o HIV/Aids, principalmente quando este outro é um filho que está por vir. Esta luta é caracterizada pelo enfrentamento das adversidades surgidas no cotidiano e pela adesão ao tratamento.

Segundo Spanoudis (1981, p.19), o “[...] relacionar-se com o outro, numa maneira envolvente e significativa, é o que Heidegger chama de ‘solicitude’ que imbrica as características básicas do ter consideração para com o outro e de ter paciência com o outro.”

Heidegger (2000, p.173-174) refere-se à preocupação afirmando: “[...] positivamente, essa possui duas possibilidades extremas [...]. Primeiramente, ela pode retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, substituindo-o. Nesse caso, o outro é dependente e dominado, mesmo que esse domínio seja silencioso e encoberto para o dominado, o que o filósofo chama de substituição dominadora.”

Uma segunda forma de preocupação é a que “[...] não substitui o outro, mas que lhe antepõe em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe retirar o cuidado e sim para devolvê-lo como tal [...], denominada por Heidegger de anteposição liberadora.” (HEIDEGGER, 2000, p.174).

O ser-com-os-outros pertence ao ser da presença que, sendo, está em jogo seu próprio ser. Desse modo, “[...] ser-com, a presença “é”, essencialmente, em função dos outros.” (HEIDEGGER, 2000, p. 175).

Heidegger (2000, p.172) afirma: “[...] o mundo da pre-sença é um mundo compartilhado.” Então, o encontro e relacionamento do homem com os outros é chamado de ser-com.” Este filósofo ressalta ainda que “o ser-com é

sempre uma determinação da própria presença de outros na medida em que, pelo mundo da presença, libera-se a possibilidade para um ser-com.”

Segundo o mesmo autor, “[...] o ser-com os outros pertence ao ser da pre-sença que sendo, está em jogo seu próprio ser. Enquanto ser-com a pre-sença é, essencialmente, em função dos outros.” Ser-no-mundo é cuidar, é ser zeloso, preocupado [...] é a preocupação que torna significativa a vida e o existir humano. (HEIDEGGER, 2000, p.175).

### **Temor diante da finitude.**

Como ser-aí, a gestante soropositiva para o HIV/Aids foi lançada no mundo que a fez encontrar-se diante de diversas possibilidades. De acordo com as idéias de Damasceno (1997), tais possibilidades são escolhidas ou por ela própria ou por um meio de que ela foi vítima. Dentre estas, uma aconteceu, ou seja, ela contraiu uma doença que ela não escolheu e que não tem cura ainda.

Diante da fatalidade do HIV/Aids, muitas mulheres costumam perguntar: “Por que eu?” “Por que aconteceu comigo?” Em relação ao que se teme, Heidegger (2000, p.196) afirma: “O próprio ente que teme a pre-sença é aquilo pelo que o temor teme. Apenas o ente em que sendo, está em jogo seu próprio ser, pode temer.”

Nesse entendimento, fica evidente nos discursos das gestantes o temor à morte, diante da soropositividade para o HIV, uma vez que elas vêem a sua existência e a do bebê ameaçadas. Daí, elas se revelarem temerosas - o que é um modo de ser, de existir, da pre-sença do HIV/Aids.

*Eu vim chorando pra o HU [...], começaram a me explicar que não é o tipo de doença que porque descobriu vai morrer naquele dia [...], se tratando, evita morrer cedo [...], com remédios ia poupar mais meus dias de vida e salvar minha criança. (Zilda Arns).*

*[...] também eu possa, sei lá, vai que aconteça alguma coisa no parto que eu possa morrer. Fico triste [...] posso morrer de uma hora pra outra [...]* (Raquel de Queiroz).

*[...] não sei até quando eu posso viver [...] só sei que eu queria mesmo era viver tempo suficiente para cuidar da minha filha.* (Joana D'arc).

*[...] que Deus me ajude a viver para cuidar deles [...]* (Raquel de Queiroz).

*[...] se eu vier a morrer tudo bem que eu já vivi muito, mas o coitado vai nascer e pode até morrer logo, nem viver [...]* (Evita Perón).

Quanto à *morte*, Heidegger (1993, p.32) refere: “[...] esta é sempre uma possibilidade ontológica que a própria pre-sença sempre tem de assumir [...] e, é em última instância, a possibilidade da impossibilidade absoluta da pre-sença.”

Segundo Inwood (2002, p.71) a finitude na obra *Ser e Tempo*, refere-se “invariavelmente e de maneira mais ou menos explícita, à morte, sendo pois, finitude temporal. A finitude assombra toda a nossa existência: Dasein não tem um fim [...]; Dasein existe finitamente.” Assim, cada ser humano traz em si a sua finitude. O homem, embora tenha consciência da morte, não se percebe como alguém que nasce para morrer, uma vez que a morte para ele é algo ruim.

Costa e Valle (2000, p.60) fazem referência ao sentimento do temor, esclarecendo os seguintes aspectos:

O Dasein é disposto no mundo de modo impróprio, porque onticamente o temor é medo de algo que aconteça; do ponto de vista ontológico, o temor é constituído pelo que é temido e ameaçador, orientando-se sempre pelo que vem ao encontro do Dasein e o ameaça.

Na concepção de Heidegger, o “temor” é explicado nestes passos:

O que se teme, “o temível”, é sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo e que possui o modo de ser do

manual, ou do ser simplesmente dado, ou ainda da co-presença [...], o que se tem possui o caráter de ameaça [...], o que vem ao encontro possui o modo conjuntural de dano [...], o danoso enquanto ameaça não se acha ainda numa proximidade dominável, ele se aproxima [...] (2000, p.195).

Enquanto lançada no mundo, a pre-sença teme. O temor será sempre uma possibilidade que ameaça seu próprio ser. Nesse enfoque, Heidegger salienta:

Não se constata primeiro um mal futuro para a seguir temer. O temer também não constata primeiro o que se aproxima, mas em sua temeridade já o descobriu previamente [...]. O temer “é *temerosidade*” e, como tal, já abriu o mundo para que o temível dele possa se aproximar. (2000, p.196).

O temor é uma reação que se manifesta no homem, em face da situação que parece ameaçar o seu ser e o torna incapaz de agir para deter o perigo. As gestantes revelaram, nos depoimentos, esse temor à infecção pelo HIV, por desconhecer a maneira e o tempo de o vírus se manifestar em seus corpos.

Heidegger (1993, p.26) destaca: “[...] o findar implicado na morte não significa o ser e estar-no-fim da pré-sença, mas o seu ser-para-o-fim. A morte é um modo de ser que a pre-sença assume no momento em que é. Para morrer basta estar vivo.” Entretanto, a mortalidade vivida pela gestante soropositiva para o HIV/Aids é expressa como a morte que se instala lentamente, ocupando espaço na vida cotidiana.

Segundo Costa e Valle (2000, p.60), nas ocupações, o Dasein esquece e foge de si. Na analítica da existência, essa fuga é o desvio do olhar do fim, é a fuga do Dasein da própria morte, da sua finitude. Portanto, “[...] à medida que o fenômeno é interpretado meramente como algo que se instala na pre-sença singular, a análise da morte permanecerá inteiramente neste mundo.” (HEIDEGGER, 1993, p.29).



Desse modo, em face da morte, a gestante HIV positivo, pode se libertar convicta de que é um ser-para-a-morte. Por esta razão, tem a liberdade de escolher uma existência autêntica que a convida a escutar o chamado da própria consciência, para voltar a si mesma, estabelecer e cumprir seu projeto de vida.

Inwood (2002, p.73) explica que o “Ser” é finito em três sentidos:

(a) Ele requer outras coisas (Deus, etc.) para revelar-se em uma civilização. (b) Nenhuma revelação do ser revela tudo que há; há sempre mais do que qualquer civilização descobre. (Desta forma a finitude do ser refuta qualquer *idealismo*). (c) toda civilização tem um começo e um fim.

### **Conviver com a indiferença e abandono do outro.**

Em seus relatos, as gestantes deixam aflorar o modo de sentirem-se ao serem abandonadas pelos companheiros e pelas próprias famílias, onde a indiferença perpassa na relação familiar, representando para elas um peso, diante do estado em que se encontram nesse momento ímpar de suas vidas, sentindo-se diferentes e marginalizadas. A família é o núcleo fundamental da vida do ser humano. É o alicerce de uma existência saudável.

*[...] não sei o que aconteceu, que o homem se transformou, foi embora [...]* (Joana D’arc).

*[...] morava com outro rapaz que nem ligou quando soube que eu tinha HIV [...] me ajudou, pois eu tava esperando um filho dele [...] tive duas filhas com ele, depois agente se separou, ele foi embora.* (Raquel de Queiroz).

*Minha família me dava conselho pra eu ter cuidado na vida [...] Fui viver com o que morreu que já tinha quatro filhos mais ninguém se incomodava não. Mais depois que souberam que eu peguei essa doença, todo mundo ficou revoltado [...], eles não me aceita na casa deles, minha mãe tem medo até de botar a menina no braço [...]* (Nair Brito).

*[...] fui viver com outro rapaz. Conteí a ele que eu tinha o HIV [...] ele via eu assim forte, gorda, bebendo, farrando [...] eu*

*acho que ele não acreditou que eu tinha [...] eu engravidei dele e tive essa menina [...] ele me deixou, foi pro Rio. Esse homem que eu vivo agora, que é o pai desse que eu tô esperando [...] nós tamos separados, ele saiu de casa [...] ele fica lá bebendo e saindo com as outras mulheres [...] (Nair Brito).*

O abandono aqui citado, entendemo-lo como a falta de solicitude para com o outro. Crossetti (1997, p.81) faz uma alusão a si própria: “Enquanto estou ser-com-no-mundo, estou a priori aberto, logo exposto à presença dos outros em mim.”

A convivência com os familiares é apontada, pelas gestantes deste estudo, como algo que elas sentem falta no cotidiano de suas vivências conforme refere uma delas: “[...] depois que souberam que eu peguei essa doença, todo mundo ficou revoltado [...], eles não me aceita na casa deles, minha mãe tem medo até de botar a menina no braço [...] (Nair Brito).

Nessa perspectiva, o ‘Ser-com’ é um ‘Ser-em’ e, este é concebido nestes passos:

Um ser-dentro. É o modo de ser de um ente que está dentro de um outro. É um dentro que leva a pensar uma relação de ser de dois entes entendidos dentro do espaço, os quais se relacionam entre si, levando em consideração o seu lugar nesse espaço. Ser-em indica habitar, estar habituado, ser familiar de, ter o costume de [...] (HEIDEGGER, 2000, p. 92).

Desse modo, o ser-em não tem um sentido espacial, ou seja, não faz alusão ao lugar onde o homem é colocado. A relação entre o homem e o mundo diz respeito ao envolvimento pessoal, as possibilidades da existência humana de abrir-se ou fechar-se para as experiências com os outros seres no mundo.

Para Heidegger, o homem, enquanto é convivência cotidiana, encontra-se sob a tutela de outros. O ser-com determina “[...] existencialmente a presença mesmo quando um outro não é, de fato, dado ou percebido. Mesmo o estar-só da pre-sença é ser-com no mundo. [...] o estar-só é um modo

deficiente de ser-com e sua possibilidade é a prova disso.” (HEIDEGGER, 2000, p.172)

A condição do ser-com neste estudo é assumida na figura de um membro familiar, como: pai, mãe, amigo, amiga, esposo, esposa, namorado, namorada, entre outros, nos quais, a infecção pelo HIV e pela Aids passa a ser, de certo modo, um problema não só do indivíduo acometido, mas de toda a família ou pessoas afins, sendo divididos e compartilhados os sentimentos e preocupações.

### **Conviver com o falatório e com a ambigüidade**

Negando a condição de ser portadora do HIV/Aids, a gestante assume o existir inautêntico, tentando manter o sigilo de sua condição sorológica para o HIV, diante da possibilidade do falatório. Assim os depoimentos abaixo revelam que elas percebem o fenômeno deste estudo como falatório:

*[...] não contei pra ninguém lá onde eu moro, o povo lá pensa que eu tô com tuberculose [...]* (Evita Perón).

*[...] eu nem disse a minha mãe, pois eu não sei qual vai ser a reação dela.* (Zilda Arns).

*[...] pois eu não contei nada a ele sobre meu exame que deu positivo. Quando eu descobri que tinha, fiquei calada só contei para minha mãe [...]* (Madre Tereza de Calcutá).

*[...] está sendo difícil para mim, pois eu sinto uma tristeza e não posso fazer nada, para ninguém desconfiar [...]* até quando eu vou agüentar ficar sem dizer nada a ninguém de casa. (Joana D'arc).

*[...] não falei disso com ninguém [...]. Só que as vez me dá muita tristeza.* (Raquel de Queiroz).

*[...] só os mais de casa é que sabe, pois quando meu marido morreu aí ficaram sabendo que foi de Aids [...]* não falei pra ninguém de fora a família. (Margarida Maria Alves).

*[...] só minha mãe e o cara que eu vivo sabe [...] não contei pra ninguém lá onde eu moro [...] (Evita Perón).*

O anonimato é considerado por Heidegger (1993) como uma das características do modo inautêntico de existir, uma vez que diz respeito ao ignorado, dissolvido na multidão.

Não assumindo a posição de sujeito de seu próprio destino, o homem deixa-se levar pelas coisas e pelas pessoas que o rodeiam, vivendo frivolamente na superfície, adaptando-se a um modo de ser neutro e impessoal, o que caracteriza a existência inautêntica (CROSSETTI, 1997, p. 56).

Quanto ao falatório, Heidegger (2000) afirma que nisso as conversas se estendem, de modo que cada vez mais vão perdendo a solidez, uma vez que não se repassa a fala da mesma maneira que se ouviu. Então, muitos acham que compreenderam tudo, mas não apreenderam a essência da coisa falada.

Segundo Costa (2003, p. 89), na Analítica da Existência, o falatório “[...] revela um modo cotidiano possível de ser da pre-sença [...] impregnado da aparência de que tudo compreende, mas a compreensão elaborada no falatório tem a marca da indiferença ou de uma compreensão indiferente.”

O falatório tem a capacidade de expor o indivíduo, interferindo em sua vida cotidiana. Podemos constatar isso a partir do relato a seguir:

*[...] Tem uma vizinha minha lá que descobriu sabe? [...] ela pegou e saiu enchendo lá pela rua [...] teve umas pessoas que vieram me fazer perguntas, aí eu disse que era mentira e saí enrolando [...] eu vou sair de lá onde moro, pois esse zum zum zum [...] (Lady Dayana).*

Nesse sentido, Heidegger (2000, p.233) assinala: “[...] a curiosidade, a que nada se esquia, e o falatório que tudo compreende, conferem à pré-

sença um discurso ambíguo.” O falatório que qualquer pessoa pode absorver sem preocupar-se com a fidedignidade dos fatos, tanto dispensa uma compreensão verdadeira como elabora um entendimento indiferente, do qual nada é excluído. O falatório é, “[...] pois, por si mesmo, um fechamento, devido à sua própria abstenção de retornar à base e ao fundamento do referencial.” (HEIDEGGER, 2000, p.229). Costa e Valle comentam-no inspiradas neste autor:

O falatório não está dissociado da curiosidade e da ambigüidade, enquanto modalidades da decadência. A esse respeito, deve-se frisar que a principal característica da curiosidade é a pressa pelo novo, porque nela surge sempre uma novidade que conduz ao aprisionamento e à dispersão. Aprisionado e disperso na novidade, o Dasein se encontra desamparado, encontra-se em toda parte e, ao mesmo tempo, em parte alguma. (2000, p. 65-66).

Independente de algo já ter acontecido ou não, a curiosidade sempre inventa algo novo; por isso, manifesta-se diante do presente inautêntico, de maneira que o falatório constitui o modo de ser da presença descompromissada consigo mesma e com os outros.

Mantendo o anonimato de sua soropositividade para o HIV, as gestantes não se expõem diante da própria família e da sociedade, isto é, com base nas idéias de Crossetti (1997), elas renunciam à liberdade de eleger-se a si mesmas e adotam respostas mecânicas e estereotipadas, limitando-se a uma vida falsa.

### **Aceitar o tratamento.**

No período da gravidez, o cuidado com a saúde da mulher deve ser dobrado. Em se tratando de ser gestante portadora do HIV/Aids, essa atenção

deve ser ainda maior, considerando-se a possibilidade da transmissão vertical do HIV. Daí a importância da assistência especializada a este ser fragilizado, para se garantir o adequado tratamento da saúde do binômio mãe – filho.

Nesse contexto, a gestante se percebe no cotidiano, assumindo a responsabilidade de cuidar da própria saúde, ou seja, ela assume o seu ser mais próprio, o modo autêntico do existir, conforme declaram em seus relatos:

*[...] mesmo sabendo que tô fazendo o tratamento direito, ainda me preocupo[...] agente recebe toda assistência e se Deus quiser o bebê vai nascer bem. (Joana D'arc).*

*[...] eu me tratei, depois eu fiquei um tempo afastada, mas comecei a me sentir mau, aí procurei o médico. [...] mesmo sendo muito comprimido estou tomando certinho. (Raquel de Queiroz).*

*[...] tomando remédio, tomando remédio [...] eu me trato [...] dá uma agonia no estômago, mas [...] (Nair Brito).*

*[...] é por isso que eu venho pro médico, faço todos os exames que me pedem; eu corro, me cuido por causa da criança. (Lady Dayana).*

*Depois que eu tive o último menino, eu abandonei o tratamento, só voltei agora da metade da gravidez pra cá [...] (Margarida Maria Alves).*

Os relatos dessas gestantes demonstram sua preocupação em cuidar de sua própria saúde, levando em consideração a responsabilidade que têm de proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento sadio do bebê que esperam nascer.

No que concerne ao uso da terapia anti-retroviral (TARV), uma das gestantes entrevistadas expressou a dificuldade em seguir o tratamento recomendado, conforme relato a seguir:

*[...] são muitos comprimidos e eles são grandes; fico enjoada mais ainda, mas tenho que tomar para não prejudicar o tratamento por causa do bebê [...] procuro força e estou tomando certinho, pelo bem da criança. (Zilda Arns).*

Compreende-se, a partir dos depoimentos, que a gestante portadora do HIV/Aids, como ser-no-mundo se abre para o conhecimento de si mesma, a partir de sua própria existencialidade. A esse respeito, Heidegger (2000, p. 265) afirma que “[...] a condição existencial de possibilidade de cuidado com a vida e dedicação deve ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico.”

### **Viver na incerteza sobre o futuro.**

Baptista (1992, p.66) assinala que, quando o ser humano “[...] perde seu futuro como possibilidade perde também sua própria liberdade; fixa-se no presente e no passado entregando-se ao destino, desse modo transformado em destruição.”

Existir significa estar em processo, em contínuo vir-a-ser. Nesse processo, a gestante soropositiva para o HIV/Aids encara o futuro, ante o qual, é intimada a agir. Desse modo, o futuro constitui a direcionalidade primária da existência humana. Na existência inautêntica, ele é simplesmente esperado, presumido. As gestantes externalizaram suas expectativas acerca do futuro, nos seguintes trechos fragmentados dos depoimentos:

*[...] também não sei quando, eu posso viver dez, vinte anos, pode ser que não chegue nem a um ano, não sei [...] queria mesmo era viver tempo suficiente para cuidar dela [...] (Joana D'arc).*

*[...] a criança pode nascer doente. (Raquel de Queiroz).*

*[...] não sei o que vou fazer, porque eu não tenho condições de criar e nem coragem de dar. (Nair Brito).*

*[...] medo que ele nasça doente, porque vai ser mais trabalho pra mim. (Margarida Maria Alves).*

*[...] se o bebê vai nascer igual às outras crianças, saudável, né? Mas, sei lá! Nascer com essa doença [...] o que vai ser dele com isso? [...] pode até morrer. (Evita Perón).*

*[...] que seja bom daqui pra frente [...] que o bebê não pegue o HIV [...]* (Irmã Dulce).

O futuro nada mais é do que uma projeção do presente expresso na temporalidade. Assim, o Dasein é um existente porque está essencialmente ligado ao tempo. A respeito da temporalidade da pre-sença, o filósofo esclarece:

A unidade ekstásica da temporalidade [...], nas retrações de porvir, vigor de ter sido e atualidade é a condição de possibilidade para que um ente possa existir como o seu “pré”. Temporalização não significa “sucessão” de ekstases. A temporalidade se temporaliza num porvir atualizante do vigor de ter sido. (HEIDEGGER, 2000, p.149 -150).

Conforme Crossetti (1997, p.68), “[...] o passado é a parte de que não se pode mudar, é o que em nós, de nós, é fato e nos orienta em direção a certas possibilidades.”

Essa incerteza acerca do futuro também é visualizada, em um dos depoimentos, como a espera na cura do HIV/Aids, conforme relato de uma das gestantes:

*Se meu filho nascer [...] mais um dia eu e ele vai ter cura [...]*  
(Madre Tereza de Calcutá).

A existência humana “[...] se desenvolve na temporalidade mediante seus planos, expectativas e projetos. O futuro se aloja no presente e o conforma [...]. O homem é assim, um ser temporal, histórico e inacabado [...].” (CROSSETTI, 1997, p.131).

Na existência inautêntica, o futuro é sempre esperado, presumido. Destarte, os discursos da maioria das gestantes participantes da pesquisa demonstram que não têm grandes perspectivas de futuro que ora é vivenciado como perdido. A Aids absorve qualquer expectativa, impedindo o planejar, o pensar o futuro, diante do amanhã desconhecido. Resta apenas viver o passado e o presente.



Para as gestantes, não ter o futuro como possibilidade é perder a própria liberdade, ou seja, elas perdem o seu eu para o fatalismo.

Esta fusão de futuro, passado e presente em seu específico sentido existencial é o que, na visão heideggeriana, constitui a temporalidade, que diz respeito ao sentido do ser da existência. Assim, o tempo cronológico é próprio do cotidiano do homem e difere do tempo fenomenológico vivido, que representa a forma de ser do próprio homem, o ser possível.

### **Ter esperança apoiada na fé.**

As gestantes expressaram o sentimento da esperança no porvir, manifestada pela fé e crença em Deus. Confiantes, e apoiadas numa fé religiosa, se arrastam para dentro da esperança. Ao visualizarem a possibilidade de suas vidas serem abreviadas em decorrência da doença e a de os bebês nascerem contaminados, as fortes emoções tornam-nas vulneráveis. Por isso, não conseguem superar sozinhas as dificuldades. É buscando apoio na fé em Deus que elas esperam o futuro almejado, conforme dizem os relatos:

*[...] quero que Deus me ajude a viver para cuidar deles [...], que ele nasça sadio[...]* (Raquel de Queiroz).

*[...] eu peço a Deus que me dê saúde e que meu filho não nasça com esse problema.* (Lady Dayana).

*[...] peço a Deus que ele venha sadio, se isso [...] quero ter saúde para criá-lo.* (Zilda Arns).

*Eu peço a Deus todos os dias pro meu filho não sair com isso [...]* (Evita Perón).

Segundo os depoimentos, as gestantes reconhecem Deus como um ser supremo, capaz de resolver os seus problemas e proporcionar-lhes o

conforto de que necessitam. É nele que têm esperança e confiam os seus destinos.

Os depoimentos revelaram que as gestantes reconhecem suas limitações e assumem a condição de estarem lançadas no mundo, em busca da existência autêntica, a qual, segundo o pensamento heideggeriano, caracteriza-se por viver de acordo com o próprio modo de ser.

Segundo Heidegger (1993, p.143), “[...] a esperança em oposição ao temor [...], caracteriza-se como espera de um bonum futurum.” O autor afirma que “[...] o caráter de humor reside, primordialmente, em ter esperança enquanto esperança-para-si.” Então, aquele que tem esperança, tem fé, se deixa levar para dentro destas e contrapõem-se ao que lhe é esperado.

Inwood (2002, p. 40) afirma que:

[...] os entes descobertos pela fé, inclusive a própria fé, são o tema da teologia, a ciência da fé. [...]; a fé vem espontaneamente. A fé é em si mesma não conceitual, embora a teologia a interprete conceitualmente. [...].

A teologia é uma disciplina histórica, a qual não confere ou confirma a fé. Esta envolve o renascimento, de maneira tal que a crença sobre a existência do Dasein ser pré-cristã, isto é, não religiosa, está ultrapassada sob o estudo existenciário - ôntico. Porém, o que está superado pela fé, ainda encontra-se envolvido pela compreensão da existência do ser. Por exemplo: “[...] o conceito teológico de pecado envolve o conceito não teológico de culpa, uma determinação originária ontológica da existência de Dasein.” (INWOOD, 2002, p.40).

Assim, Deus não é estudado pela Teologia. Esta, analisa a fé cristã e os entes por ela descobertos. A fé não é simplesmente vista por essa como crença ou conhecimento, mas no sentido luterano de uma renovação que afeta toda uma vida, de um existir compreendido por meio da fé, na história contada sobre o ocorrido com Jesus (INWOOD, 2002). Durante a realização desta

pesquisa, tomamos conhecimento de que uma gestante soropositiva para o HIV/Aids, a qual era assistida pelo SAE/HD/HULW, abandonou o tratamento, após ter feito opção por uma outra religião, diferente da que seguia (que era o Catolicismo). Isso demonstra que os adeptos de determinadas religiões, acreditam que a cura de males de natureza da Aids, vem de Deus e não do homem mundano. Existe a crendice de que muitas doenças são conseqüências do pecado e assim, buscam a Deus por intermédio das igrejas, como meio de purificar-lhes a alma, o corpo, libertando-as assim do sentimento da culpabilidade e das doenças.

Assim, a duração da existência humana está nos limites entre o nascimento e a morte. Portanto, compete à gestante soropositiva para o HIV/Aids realizar-se, concretizar seus desejos, não ficando apenas à espera de seu fim, porquanto todos nós somos mortais.



CONSIDERAÇÕES  
SOBRE O ESTUDO

Este estudo possibilitou o entendimento de que a pesquisa fenomenológica não conduz a generalizações. Mais importante que o alcance do objetivo proposto foi a trajetória percorrida, uma vez que caminhou na direção de compreender o fenômeno *Vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids à luz da Analítica Existencial proposta pelo filósofo alemão Martin Heidegger*. Desta forma, a interpretação fenomenológica possibilitou-nos uma aproximação ao referido fenômeno por meio da abertura de seu mundo de experiências e ao mesmo tempo da ação própria de interpretar, visto que a Fenomenologia Ontológico-Hermenêutica proporcionou a compreensão de facetas dessas vivências.

Analisando os depoimentos das gestantes soropositivas para o HIV/Aids, passamos a valorizar ainda mais a abordagem fenomenológica, considerando ser este um método com um vasto suporte teórico capaz de desvelar fenômenos investigados que não podem ser explicados, mas compreendidos.

Apesar de todo esforço empreendido neste estudo, ainda não foi suficiente para a compreensão plena do fenômeno investigado, considerando-se que nos é impossível apreender na sua totalidade os significados atribuídos pelos seres investigados. Ficou claro também para nós, que não se trata de encontrar respostas precisas e exatas para o que é investigado, mas de mostrar as várias facetas de algo tornar-se manifesto, sentido, percebido. Desse modo, a discussão sobre a vivência de ser gestante soropositiva para o

HIV/Aids permanecerá sempre incompleta, aberta para novos estudos, acerca da experiência do ser que vivencia a referida morbidade. Assim, é preciso resgatar o discurso, isto é, “[...] retirar de seu velamento o ente sobre que se discorre [...]” (HEIDEGGER, 2000, p.63).

A gravidez é um período na vida da mulher marcado por transformações, que estão relacionadas com fatores de ordem fisiológica, psicológica e sociocultural. Quando, porém, a gestante descobre que é portadora dessa doença, esses fatores sofrem alterações uma vez que ela vai vivenciar uma situação diferente onde não só existe a gravidez, mas a infecção pelo HIV, provocadora de uma doença, a Aids, cuja cura ainda não foi descoberta até o momento. Essa gravidez de risco é permeada por sentimentos e afetos. Tudo isso se confunde com o desejo da maternidade naquele momento. Apesar de essa infecção não ser impedimento para alcançar o objetivo de muitas mulheres – o de ser mãe -, muitas gestantes, em outras situações, ao saberem de sua positividade para o HIV, desejariam estar livres da gravidez, pelo risco a que expõem os filhos.

A gestante soropositiva para o HIV/Aids, preocupa-se como ser-no-mundo com a própria existência. Nesse preocupar-se está implícita a possibilidade para a morte, para a finitude humana, segundo a concepção heideggeriana. Nesse sentido, cuida de sua saúde, atendendo dessa forma ao chamado do próprio ser. Essa atitude é o modo autêntico de ser, a maneira de passar a exercer suas possibilidades, enquanto procura ser assistida por um serviço especializado, aceitando o tratamento, buscando qualidade de vida e demonstrando preocupação com o outro.

Em relação ao significado de preocupação com o outro, constatamos presente a quase todos os relatos das participantes, uma vez que, neste estudo, o outro foi representado como o filho que cada uma traz dentro de si e que está exposto aos riscos da contaminação pelo vírus HIV. Conseqüentemente, consideramos o período tardio na maioria delas, em que iniciaram o tratamento com a TARV (terapia anti-retroviral), para evitar a

transmissão vertical. Esse período tardio deve-se ao fato de muitas gestantes iniciarem o pré-natal geralmente no final do segundo trimestre.

Além do exposto acima, observamos também, lacunas nos serviços de saúde, no que concerne à oferta do teste anti-HIV, conforme foi dito em um dos depoimentos: “[...] eu soube que a médica tava dando o teste do HIV, aí eu fui lá e pedi pra fazer [...]. Aí deu positivo.” (Madre Tereza de Calcutá). Este fato demonstra que muitos profissionais da Saúde ainda não incluíram na rotina de sua prática a oferta do teste anti-HIV a toda gestante, acompanhado de aconselhamento pré-teste e pós-teste, como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A omissão desse aconselhamento pode refletir na vida do casal, ocasionando muitas vezes o abandono da relação, do lar. Foi constatado, nos depoimentos, o sentimento de indiferença e abandono do outro como uma unidade de significado, que, mesmo tendo sido revelado por poucas participantes, foi relevante para o estudo, uma vez que este sentimento é de grande significância e repercussão na vida da gestante que o vivencia neste momento ímpar de sua vida. Aqui, o outro foi representado pelos esposos (ou companheiros). Quando as gestantes descobriram, durante a realização do pré-natal, que eram portadoras do HIV, os parceiros desconheciam, segundo as entrevistadas, a sua própria condição sorológica. Alguns deles negaram-se a fazer o teste, deixando a mulher carregar o sentimento de culpabilidade por essa situação. Na verdade, fica difícil saber de onde partiu a contaminação, visto que é comum observar a multiplicidade de parceiros e parceiras entre ambos.

Nesse contexto, foi evidenciado que algumas participantes têm ou tiveram parceiros fixos e que a fidelidade da mulher era tida como princípio na relação. Dessa forma, algumas gestantes julgaram ter contraído o vírus com os maridos (ou companheiros). Estes, por sua vez, ao saberem da situação das respectivas mulheres em relação à positividade do teste anti-HIV, abandonaram o lar. Quando isso aconteceu, o sofrimento, segundo as

gestantes, foi grande, pois assumiram sozinhas, além da culpa da infecção pelo vírus, a responsabilidade de enfrentar a gravidez e a criação dos filhos, numa situação de pobreza e desprezo.

Percebemos, em um dos relatos, que o outro citado no sentimento do abandono era representado também pela família. A gestante como ser-no-mundo-com-os-outros revelou que, além de ter sido abandonada pelo companheiro, foi proibida de permanecer no âmbito da família, por esta não aceitar conviver com um portador do HIV/Aids em um mesmo ambiente, aumentando ainda mais o sofrimento dessas mulheres, que se sentem marginalizadas.

Nesse aspecto, algumas gestantes revelaram em seus discursos que mantêm o anonimato ante a sua soropositividade, por medo de ser desprezadas e assim perder não só o convívio familiar mas também as condições para sobrevivência. Haja vista que muitas delas – desempregadas - juntamente com os filhos, já foram abandonadas pelos companheiros. Essa falta de solicitude revela um ser-com-o-outro de forma inautêntica.

Diante da fragilidade em que muitas gestantes se encontram, a esperança de poderem viver mais tempo e parir o filho intacto, provém da fé em Deus. A fé é o alimento que nutre o cotidiano diante de um futuro incerto, buscando superar as angústias e temores que carregarão sempre consigo, até que um dia possa surgir, no meio científico, a descoberta da cura para o HIV/Aids.

Constatamos, através dos relatos de algumas participantes, que, ao assumirem de fato a soropositividade do HIV/Aids diante da família e da sociedade, conseguem enfrentar, de forma mais harmoniosa, os problemas decorrentes da convivência com o HIV/Aids, ou seja, percebemos mais vigor em suas aparências. É este o modo autêntico de ser, cuja existência autêntica não é algo que flutua acima do cotidiano; é apenas uma maneira modificada de apreendê-lo.



Entretanto, para se compreender a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids numa visão fenomenológica, faz-se necessário que todos os profissionais da Saúde que atuam na área de atenção a saúde da mulher, principalmente na assistência às gestantes, levem em consideração não apenas as queixas clínicas apresentadas por elas. Convém considerar também as experiências e sentimentos que estão sendo vivenciados nesse período. É a partir daí, que os serviços de saúde poderão implantar e implementar ações específicas que atendam as demandas dessa clientela.

O enfoque fenomenológico adotado neste estudo oferece a possibilidade de um novo olhar sobre o fenômeno ser gestante soropositiva para o HIV/Aids. As reflexões aqui trazidas foram extraídas da grande obra *Ser e Tempo* descrita pelo magnífico filósofo Martin Heidegger e de outros trabalhos elaborados e editados por estudiosos e pesquisadores que têm afinidade com a fenomenologia heideggeriana.

Nesta pesquisa, contribuímos também como enfermeira sanitária, uma vez que desenvolvemos atividades profissionais no âmbito da saúde coletiva especificamente, na área de capacitação e treinamento de recursos humanos da Saúde que atuam na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.

Ante a realidade do Estado da Paraíba, no que diz respeito à qualificação profissional em nível de treinamentos e seminários de atualização com ações inerentes às DST/HIV e Aids, um grande contingente de profissionais da Saúde que atuam nos serviços de saúde pública deste Estado receberam, nas últimas duas décadas, diversas capacitações específicas nessa área temática citada.

Esta observação acima tem base em nossa própria experiência: como já foi dito, tivemos a oportunidade de atuar no Projeto de Capacitação de Pessoal em DST/HIV e Aids (Projeto UNIVERSIDAIDS) e participar de cursos oferecidos por este referido projeto. Além disso, tivemos conhecimento acerca

das ações desenvolvidas no âmbito das coordenações de DST e Aids do Núcleo Estadual e do Núcleo Municipal de Saúde de João Pessoa.

Assim, este estudo proporcionou para nós uma nova vivência no campo da Enfermagem e no da Saúde Coletiva, tratando-se do primeiro trabalho que realizamos na área da Fenomenologia. A partir desta possibilidade, foi possível inferir que a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids não só envolve as questões relacionadas com as transformações fisiológicas e de ordem biológica ocorridas no organismo da mulher, mas também inclui a grandeza da questão do ser, isto é, a importância ontológica da gestante como ser-no-mundo.

Esperamos que esta pesquisa impulse o desenvolvimento de outros estudos fenomenológicos, tanto por profissionais da Enfermagem como pelos demais que se interessam em estudar os problemas no âmbito da saúde pública, particularmente no da saúde da mulher, considerado vasto – por entendermos o ser-mulher-no-mundo-para-o-mundo-com-o-mundo.

Não podemos deixar de reconhecer os progressos que houve em nosso país, no tocante à assistência aos seres infectados pelo HIV/Aids, principalmente a assistência profilática e terapêutica para a gestante soropositiva para o HIV/Aids. Mas ainda há muito o que fazer, no que concerne às atividades preventivas, em que se reconhece a importância da educação como instrumento terapêutico para que o ser humano possa ter elementos para se autocuidar.

Nós, profissionais da Saúde, precisamos refletir sobre o porquê do crescimento da epidemia, uma vez que há interesse das autoridades da Saúde do Brasil em despender esforços para controlar e combater a epidemia. Tais esforços dispensados variam de interesse e, conseqüentemente, de intensidade de um país para outro.

Parece que falta ainda aos profissionais da Saúde, formuladores e executores das ações de saúde conhecer melhor e compreender mais as vivências pessoais do ser infectado pelo HIV/Aids, principalmente no que concerne às das gestantes infectadas, considerando-se que cada uma é a sua própria e única história; por isso atribui significados diferentes à sua vivência pessoal. Portanto, se queremos realmente ajudá-las, precisamos conhecê-las na totalidade de sua condição humana, sem nos restringirmos aos procedimentos técnicos ou à Aids, que não existe só em si, mas sempre e necessariamente em alguém.

Para o desenvolvimento das ações de assistência à população feminina, principalmente às mulheres soropositivas para o HIV/Aids, cada profissional da equipe de saúde ocupa lugar distinto diante das atribuições que lhe competem, sem haver distinção em grau de importância. Haja vista que cada um tem papel específico a desempenhar em prol do controle da epidemia, principalmente em busca de consolidar a cidadania das soropositivas, lutando para que os direitos e deveres desse grupo populacional sejam de fato concretizados.

É papel também desses profissionais repudiar atitudes de discriminação das pessoas infectadas pelo HIV/Aids, porquanto este mal envolve uma infinidade de preconceitos, frutos desta história inicial, o que fortaleceu a estigmatização da doença. Tornar-se soropositivo para o HIV é um momento difícil e inesperado na vida de um ser humano. Se a pessoa não escolheu essa condição para a sua vida, terá que se responsabilizar pelo significado de tal situação em suas futuras decisões.

Daí, as mulheres soropositivas para o HIV/Aids - gestantes ou não - precisam ter em mente que são livres, mas sua liberdade é limitada, não por serem portadoras da citada moléstia, mas por tratar-se de seres humanos. Dessa forma, a liberdade implica a aceitação de um compromisso perante a vida, além de responsabilidades assumidas com o poder do arbítrio para enfrentar a realidade e assumir riscos.

Esse caminho das gestantes em busca da autenticidade não precisa ser percorrido por elas sozinhas, mas juntamente com profissionais que tenham uma visão holística do homem, e capacidade de prestar uma assistência humanizada, porquanto os sentimentos de compaixão e piedade pelo ser portador do HIV/Aids, devem estar associados aos cuidados e preocupações saudáveis, para proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. M. HIV/Aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro, 2000. (Coleção ABIA, 2).

BAPTISTA, M. E. C. **Fenomenologia do existir do diabético**. 1992. 100f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Federal da Paraíba, Ribeirão Preto, 1992.

BATISTA, P. S. S. **Ética no cuidar em enfermagem**: discurso de enfermeiras assistenciais. 2001. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

BIANCARELLI, A. A Aids também atinge mais as mulheres em 207 cidades brasileiras. In: **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 jul. 2004. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em: 03 ago. 2004.

BOEMER, M. R. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.18, n.1, p. 23-29, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Apresentação e Comentários. **Boletim Epidemiológico - AIDS**, Brasília, DF, ano 17, n. 1, 2004a. (Semanas epidemiológicas 1ª a 52ª, jan./dez. 2003).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Apresentação. **Boletim Epidemiológico - AIDS**, Brasília, DF, ano I, n. 1, 2004b. (Semanas epidemiológicas 1ª a 26ª, jan./jun. 2004).

\_\_\_\_\_. Com garra e coragem todo sonho pode virar realidade. **Saber Viver Mulher. Amiga da Mulher Soropositiva**, ano 1, n.3, fev./abr. 2004c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF, 2004d.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília, DF, 2003a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Serviço de Assistência Especializada – SAE**. Brasília, DF, 2003c.

\_\_\_\_\_. **Cadernos PELA VIDA**. ano 12, n. 36, p. 09, ago. 2002a.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: CENEP, 2002b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Comentários. **Boletim Epidemiológico Aids**. Brasília, DF, ano 12, 2000a. (Semanas epidemiológicas 36<sup>a</sup> a 52<sup>a</sup>, out./dez. 2000).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids**. Brasília, DF, 2000b. (CEBRAP, Série avaliação, 4).

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM**, 3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1984.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.192-197, out. 1994a.

\_\_\_\_\_. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p.70-76, maio. 1994b.

COELHO, L. Notícias de Bangcoc: mulheres são alvo da Aids. **Agência de Notícias da AIDS** 14 set. 2004, p.1. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em: 03 ago. 2004.

COSTA, S. F.G.; VALLE, E. R. M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2000.

COSTA, M. M. L. **Vivências do ser adolescente no mundo da família, da rua e do orfanato**: um enfoque fenomenológico. 2003. 137f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CROSSETI, M. G. **O processo de cuidar:** uma aproximação à questão existencial na enfermagem. 1997. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CRUZ, E. F.; BRITO, N. **Fios da Vida:** tecendo o feminino em tempos de aids. Apêndice. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids/ GIV. (Grupo de Incentivo a Vida). 2004a. Disponível em: <<http://www.giv.com.br>> . Acesso em: 27 jun. 2004.

CRUZ, E. F.; BRITO, N. **Fios da Vida:** tecendo o feminino em tempos de aids. Maternidade e HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids/ GIV. (Grupo de Incentivo a Vida). 2004b. Disponível em: <<http://www.giv.com.br>> . Acesso em: 27 jun. 2004.

DAMASCENO, M. M. C. **O existir do diabético:** da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

FARIAS, R. Conversando sobre AIDS: fique sabendo. **Revista Canal Saúde**, ano 5, n. 24, p. 10, mar./abr. 2004.

FERRAZ, C. A. Investigación cualitativa: una estrategia para la cualidade de la práctica en enfermería. **Rev. Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v.15, n. 2, p. 40-56, set. 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio:** O dicionário da língua portuguesa. 6. ed. ver. atualiz. Curitiba: Posigraf, 2004.

GALVÃO, J.; PARKER, R. Prefácio da edição brasileira. In: GUPTA, G. R.; WEISE, E. **MULHER E AIDS**. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Pesquisas Sobre a Mulher – CRW/ Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 1993.

GUPTA, G. R.; WEISS, E. **Mulher e AIDS:** desenvolvendo uma nova estratégia de saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. pte.1.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1993. pte. 2.

HUSSERL, E. **A filosofia como ciência do rigor**. Coimbra: Atlântida, 1965. 75p.

INWOOD, M. J. **Dicionário Heidegger**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.



MADDEN, R. B. **Vinte anos de descoberta do HIV**. Agência de Notícias da AIDS. 2002. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>> . Acesso em 3 ago. 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1994. 110p.

MELO, V. H. **Aspectos atuais da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na mulher**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 22 nov. 2003.

MICHAELIS. **Moderno dicionário: Inglês/Português, Português/Inglês**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MUÑOZ, M. NOTÍCIAS DE BANGCOC: A Aids também atinge mais as mulheres em 207 cidades brasileiras. **Folha de São Paulo**, 14 jul. 2004. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em: 3 ago. 2004.

NOGUEIRA, L.C.; REIS, J.; LAMBERT, S. **A experiência do programa de AIDS no BRASIL**. São Paulo: Atlas, 2002.

O'LEARY, S.; CHENEY. (Org.). Infecção pelo HIV: reprodução e maternidade. In: \_\_\_\_\_. **Tripla ameaça - Aids e Mulheres: dossiê Panos**. Tradução de Ana Dourado. Rio de Janeiro: ABIA, 1993. Cap. 4.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - ONUSIDA/OMS. **Resumen Mundial de la epidemia de VIH/SIDA** – diciembre, 2002. Ginebra, 2002. Disponible em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 13/05/2003.

OROZCO, Y. P. **Mulheres, Aids e Religião**. Agência de Notícias da Aids. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em: 3 ago. 2004.

PAIVA, M. S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica – Núcleo de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Casos de Aids acumulados: jun/85 a nov/2004**. João Pessoa, 2004.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PINHO NETO, O.S.; FRADE, J.D.M.S. Aids e Mulheres: transmissão vertical do HIV. **Revista de Extensão, Pró-Reitoria de Ação Comunitária – UFPB**, ano 4, n. 9, jun,1999.

PUPO, L. HIV em GESTANTES. **Revista Brasil Positivo**. n 2, p 12, abril. 2000.

PRAÇA, N. S.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. **Rev. bras. saúde materno – infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p. 61-74, jan./mar. 2003.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 7 ed. rev. e aum. São Paulo: REVINTER, 2003.

SALDANHA, A. A. W. **A vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade por mulheres**. Agência de Notícias da Aids. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em: 3 ago. 2004.

SANTIAGO, J. P. Sou um elo entre as mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Revista Saber Viver Mulher – Amiga da Mulher Soropositiva**, ano 1, n. 3, p. 7, fev./abr. 2004.

SANTOS et. al. HIV positive women, reproduction and sexuality in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 6, n. 12, 1998.

SCHEFFER, M. Dia mundial de luta contra a Aids. Folha de São Paulo, 22 nov. 2003. **Folheto 1º de Dezembro**: Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso: 20 dez. 2003.

SIMONETTI, S.; SIMONETTI, J. Transmissão mãe/filho e presença do vírus no leite materno. **Revista de Manguinhos**, ano 1, n. 4, abr. 2004.

SOARES, M. J. G. O. **Mulheres e HIV/AIDS**: análise de comportamento preventivo à luz do Modelo de Crenças em Saúde. 2003. 185p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

SILVA, L. M. S.; FRAGA, M. N. O. Educação e Saúde em Enfermagem: Formas de assistir à mulher soropositiva. **JBA**, São Paulo, v.2, n.4, p.7, out/dez.2001.

SPANOUDIS, S. A todos que procuram o próprio caminho. In: HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes, 1981.

STEIN, E. **Seis estudos sobre “Ser e tempo” (Martin Heidegger)**. Petrópolis: Vozes, 1988.

TAVARES, C. M. C. **A poética do cuidar na enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: SENAI, 1999.

TROTIGNON, Pierre. **HEIDEGGER**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1990.

UNGASS (Sessão Especial das Nações Unidas sobre HIV/Aids). Direitos Sexuais e direitos reprodutivos. Nova York, 2001 In: **Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso em: 12 dez.2003.

UNAIDS; OMS, Dados do Relatório 2004 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids e da Organização Mundial da Saúde divulgado em Genebra. **Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa**, 2004. Disponível em: <<http://www.redesaude.com.br>> Acesso em: 15 dez.2004.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Senhora,

Eu, Ana Suerda Leonor Gomes Leal, Enfermeira e mestranda em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba estou realizando um estudo para elaborar uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo compreender o significado de vivenciar a gravidez sendo portadora do HIV/AIDS. Este estudo se realizará a partir de depoimentos de gestantes HIV positivo, assistidas pelo Serviço de Assistência Especializado/Hospital Dia/Centro de Referência e Treinamento, do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Vale ressaltar, que os depoimentos serão coletados por meio de uma entrevista individual, podendo ser gravada ou não, de acordo com a sua preferência, ficando a Senhora com a liberdade sobre o seu direito quanto ao esclarecimento de qualquer dúvida, como também para deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

Portanto, solicito a sua participação na referida pesquisa, bem como, autorização para divulgá-la em eventos científicos, garantindo-lhe que esta pesquisa não lhe trará nenhum dano quanto à sua saúde, nem implicará na continuidade e qualidade da assistência que lhe está sendo prestada por esse hospital, caso a Senhora se recuse a participar, ou desista após ter iniciado a pesquisa. Asseguro-lhe também, que a Senhora será tratada com dignidade e respeito, sua autonomia será respeitada, bem como sua identidade será mantida em sigilo em todos os momentos deste estudo, garantindo desta forma a sua privacidade.

---

Ana Suerda L. Gomes Leal – Pesquisadora Responsável

Telefones: 216-7249 (NESC) e 216-7109 (Mestrado)

Tendo sido esclarecida a respeito do objetivo do estudo proposto e sobre as condições de minha participação, como também da garantia do sigilo de minha identidade em todos os momentos deste estudo, aceito participar da pesquisa.

---

Assinatura da Participante



## ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Questão norteadora sobre o estudo

*Como é a vivência de ser gestante soropositiva para o HIV/Aids?*

ANEXO

