

Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais

Prevention of vertical mother-to-child transmission of HIV: care and adhesion provided by couples
Profilaxis de la transmisión vertical del HIV: cuidado y adhesión develados por parejas

Tassiane Ferreira Langendorf^I, Stela Maris de Mello Padoin^{II}, Cristiane Cardoso de Paula^{II},
Ivis Emília de Oliveira Souza^I, Juliane Dias Aldrighi^{III}

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria-RS, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Aldrighi JD. Prevention of vertical mother-to-child transmission of HIV: care and adhesion provided by couples. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(2):254-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690210i>

Submissão: 05-04-2015

Aprovação: 09-10-2015

RESUMO

Objetivo: desvelar o movimento existencial do casal ao realizar a profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Método:** investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica de Martin Heidegger. Foi realizada entrevista fenomenológica com 14 participantes entre dezembro/2011 e fevereiro/2012 no ambulatório de um hospital universitário, Brasil. Foi desenvolvida análise compreensiva e interpretativa heideggeriana. **Resultados:** o casal compreende que seguiu a orientação dos profissionais de saúde conforme o que foi indicado. Ao não poder amamentar, a mulher não deixou de ser mãe, mas não foi uma vivência completa. Desvelaram-se os sentidos da ocupação do ser-casal em realizar o tratamento profilático e o da facticidade diante do fato de não amamentar. **Conclusão:** indica-se repensar o cuidado, propondo uma relação profissional que transcenda o impessoal que dita com o que o casal deve se ocupar, viabilizando sua participação de maneira ativa nas decisões e ações de cuidado. **Descritores:** Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Criança; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to unveil the existential movement of a couple when performing vertical HIV transmission prophylaxis. **Method:** qualitative research, using Martin Heidegger's phenomenological approach. A phenomenological interview was conducted with 14 participants between December/2011 and February/2012 in the outpatient facilities of an university hospital, Brazil. A comprehensive and interpretative heideggerian analysis was developed. **Results:** the couple understands that they have followed the guidance of the health professionals as indicated. By not being able to breastfeed, the woman did not fail to be a mother, but it was also not a complete experience. The senses of the occupation of the couple-being unfolded to the prophylactic treatment and facticity due to the fact of not breastfeeding. **Conclusion:** we indicate the need to rethink care, proposing a working relationship that transcends the impersonal that dictates about what the couple must deal with, enabling their active participation in care decisions and actions.

Key words: Vertical Transmission of Infectious Disease; Prenatal Care; Child Health; Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: develar el movimiento existencial de la pareja al realizar la profilaxis de la transmisión vertical del HIV. **Método:** investigación cualitativa, con abordaje fenomenológico de Martin Heidegger. Fue realizada entrevista fenomenológica con 14 participantes entre diciembre/2011 y febrero/2012 en ambulatorio de hospital universitario brasileño. Se desarrolló análisis comprensivo e interpretativo heideggeriano. **Resultados:** la pareja comprende que siguió la indicación de los profesionales

de salud, de acuerdo a lo indicado. Por no poder amamentar, la mujer no dejó de ser madre, aunque no fue una experiencia completa. Se develaron los sentidos de ocupación del ser-pareja en realizar el tratamiento profiláctico y el de la facticidad frente al hecho de no amamentar. **Conclusión:** se sugiere reconsiderar el cuidado, proponiendo una relación profesional que trascienda lo impersonal que expresa cuáles deben ser las ocupaciones de la pareja, viabilizando su participación activa en las decisiones y acciones de cuidado.

Palabras clave: Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; Atención Prenatal; Salud del Niño; Enfermería; Investigación Cualitativa.

AUTOR CORRESPONDENTE

Tassiane Ferreira Langendorf

E-mail: tassi.lang@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com a evolução da epidemia da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) e diante de suas proporções epidemiológicas⁽¹⁾, foram necessárias a implantação de políticas públicas e a reorganização dos serviços assistenciais⁽²⁾, implicando nos cuidados de saúde, em especial no que se refere ao tratamento. A eficácia dessa reorganização delineou a característica atual da aids ser considerada uma doença crônica, tornando-se necessário, em decorrência disso, o acompanhamento de saúde e a utilização permanente de medicações antirretrovirais⁽³⁾.

Dentre os desdobramentos desse acompanhamento, quando o foco são mulheres infectadas em associação, com a possibilidade de gestação, tem-se o tratamento voltado à profilaxia da transmissão vertical (TV) do HIV. Segue-se recomendações e rotinas para os serviços de saúde e para as usuárias⁽⁴⁾, com vistas à obtenção de bons resultados terapêuticos, implicando na manutenção da conduta de adesão ao tratamento e às medidas profiláticas⁽⁵⁻⁶⁾.

Embora a terapia antirretroviral (TARV) viabilize o aumento da sobrevivência das pessoas⁽³⁾ e a prevenção da infecção em algumas situações, não significa que seja fácil de ser realizada⁽⁷⁾. Pode-se considerar que a adesão ao tratamento se mostra como algo que é construído e conquistado diariamente, ocorrendo a sua efetividade quando há clareza da necessidade do tratamento⁽⁸⁻⁹⁾, entre outras questões.

Na profilaxia da TV do HIV, a compreensão de sua necessidade se fundamenta na motivação de aderir ao tratamento a fim de preservar a saúde do filho que está sendo gerado. As mulheres se sentem responsáveis por sua prole e, assim, aderem ao tratamento durante a gestação pelo medo de transmitir o vírus para o filho. Em decorrência disso, as mães dão continuidade após o parto para estarem saudáveis e poderem cuidar do filho⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nessa construção, proporcionar um ambiente de apoio e considerar as crenças e a cultura pode contribuir para melhor adesão à TARV e à saúde das pessoas que têm HIV/Aids⁽¹²⁻¹³⁾. Além disso, o atendimento das pessoas pelos profissionais de saúde, de forma que seja oferecida uma estrutura acolhedora e compreensiva, partindo daquilo que é relevante para o usuário, também é fundamental para manutenção de um comportamento positivo de adesão⁽¹⁴⁾.

Diante desses fatos e dos novos desafios determinados pela ocorrência de gestação no contexto do HIV/Aids, projeta-se a

necessidade de compreender como o casal vivencia a realização do tratamento para profilaxia da TV, a qual inclui a rotina de atendimento clínico e laboratorial, além de recomendações no período gravídico-puerperal.

Na enfermagem, a consulta representa um dos espaços e momentos para o desenvolvimento da atenção acolhedora e compreensiva, sendo a escuta e o aconselhamento⁽¹⁵⁾ estratégias importantes a serem utilizadas pelo enfermeiro na promoção de uma relação de empatia e confiança, de modo a favorecer a adesão das pessoas que têm HIV/aids. O desenvolvimento dessa relação pode ser benéfico no processo que culmina com a eficácia terapêutica⁽¹⁶⁾.

A superação da assistência tradicional, tecnicista e biológica representa uma vertente atual, em busca de uma visão ampliada do cuidado, capaz de integrar objetividade, subjetividade e diferentes percepções no processo de cuidar⁽¹⁶⁾. Dentre essas diferentes percepções, destaca-se o cuidado de enfermagem como possibilidade ontológica, que nos permite reconhecer que essa práxis se configura como um desafio, o qual desperta a busca por um novo olhar que valorize a magnitude do cuidado⁽¹⁷⁾.

Compreende-se que incluir a mulher e o homem, bem como dar voz ao casal no desenvolvimento desta pesquisa, revela o compromisso de contribuir com o avanço da prática profissional de enfermagem e com o campo da saúde, uma vez que essa inclusão representa a superação de desafios, como o de ampliar a assistência à família. Assim, tem-se como objetivo desta investigação desvelar o movimento existencial do casal que realiza a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Para tanto, elegeu-se como base teórica e metodológica para o desenvolvimento deste estudo a fenomenologia compreensiva de Martin Heidegger, a qual possibilita compreender os significados atribuídos às vivências e às experiências das pessoas em seu cotidiano⁽¹⁸⁾. Compreender esses significados permite avançar para a dimensão ontológica do que está velado pelos significados, descobrindo-se, assim, a faceta existencial do fenômeno, na qual o casal tem espaço para se manifestar genuinamente na vivência da profilaxia da TV.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. A proposta heideggeriana abre-se para uma

investigação ontológica que atende à necessidade de tirar a obscuridade envolvida nos significados do ser do humano, compreendendo-o como um ser que existe, se relaciona e se manifesta no mundo em um movimento incessante, se modificando a todo momento⁽¹⁸⁾.

O cenário da pesquisa foi o ambulatório de pré-natal e puericultura de um hospital universitário no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A obtenção dos dados ocorreu por meio da entrevista fenomenológica no período de dezembro 2011 a fevereiro de 2012. Esta pesquisa se configura como a modalidade de acesso aos participantes que possibilita um movimento de compreensão do vivido do ser humano, tal como se apresenta na sua vivência cotidiana, permitindo estabelecer um encontro singular com os sujeitos⁽¹⁹⁾.

O critério de inclusão dos participantes foi casais que assim se compreenderam e que vivenciaram a profilaxia da TV do HIV durante o período gravídico-puerperal. Critérios de exclusão se deram quando o homem ou a mulher apresentasse limitação cognitiva ou quando houvesse óbito do/a filho/a proveniente dessa gestação.

A forma de seleção dos participantes e a constituição amostral foram intencionais quando, a partir da conversa com a mulher, que demandava ou frequentava o serviço ambulatorial, era abordado o tema focalizado no estudo. Assim, o casal era convidado a participar e a pesquisadora comprometia-se a realizar contato telefônico posterior para confirmar o interesse de participação do casal. Nos casos de aceite, eram agendados local, data e horário de disponibilidade para realização da entrevista.

Totalizaram-se 14 participantes, sendo sete casais, os quais foram identificados com as letras M de mulher, H de homem e F de filho (quando o filho foi citado pelos pais na entrevista), seguidas de números (de 1 a 7). A realização das entrevistas foi suspensa e considerada suficiente quando os depoimentos dos casais, respondendo à questão norteadora, expressaram significados que revelaram facetas do fenômeno pesquisado e, em decorrência, o alcance do objetivo da pesquisa. Isso foi possível porque a etapa de campo é desenvolvida concomitante à análise, mostrando a suficiência de significados expressos nos discursos dos participantes⁽¹⁹⁾.

Cinco entrevistas foram realizadas no ambulatório de puericultura e duas na residência, sendo sempre em local de escolha dos casais e com garantia de privacidade. As entrevistas tiveram início com a seguinte questão: “como foi/é para vocês a vivência dos cuidados para prevenir a transmissão do HIV para o/a seu/a filho/a?”. A partir da pergunta inicial, foram formuladas questões empáticas, destacando significados expressos pelos casais, a fim de evitar a indução de respostas que necessitavam ser aprofundadas para melhor compreensão. As entrevistas foram gravadas com gravador digital, mediante consentimento, e as transcrições ocorreram conforme a fala originária.

O protocolo do projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cumprindo-se com a proteção dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme a Resolução Brasileira nº 196/96. A investigação atendeu aos preceitos éticos definidos pela Resolução vigente à época, porém, também atende ao solicitado na atual Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde – Ministério da Saúde do Brasil.

Para a organização dos dados, seguiu-se a estratégia de: a) escuta e leitura atenta das entrevistas, a fim de compreender os significados expressos pelos casais, sem impor categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático; b) destaque cromático das estruturas essenciais (significados) expressas nas transcrições das entrevistas, compondo o quadro analítico do material empírico com os significados da profilaxia da TV do HIV no vivido do casal.

Diante disso, deu-se início à análise dos dados, a partir da orientação proposta por Martin Heidegger⁽¹⁸⁾, contemplando dois momentos metódicos. O primeiro, denominado compreensão vaga e mediana, constitui-se em: I) construir as unidades de significação (US), sendo o *caput* (enunciado) composto pelas expressões dos depoimentos dos casais; II) apresentar os resultados com ilustrações dos depoimentos, seguidas do discurso fenomenológico (descrição do *caput*).

No segundo momento metódico, os significados expressos na análise compreensiva são submetidos à análise interpretativa, na busca pelo desvelar dos seus sentidos. Essa compreensão, à luz do referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger, é necessariamente uma interpretação, na qual se discute o já compreendido⁽²⁰⁾.

Para o Heidegger, o descobrimento/desocultamento ocorre na própria experiência vivida que se vela e se desvela como compreensão. Então, importa o que se dá a partir da hermenêutica como a verdade, tratando do desvelamento daquilo que estava previamente escondido. Sendo a compreensão aquilo que expressa o significado da experiência, da vivência ou do vivido, busca-se o que é diferente da posição prévia do objeto já elucidada pela ciência⁽²⁰⁾.

A etapa analítica sustentada no referencial filosófico heideggeriano foi desenvolvida como discussão interpretativa. Nessa perspectiva, dispensou-se a contribuição de outros referenciais cujo pensamento apresentado na literatura revisada já enriqueceu a introdução da problemática do estudo. Assim, a hermenêutica desenvolvida possibilitou desvelar os sentidos da ocupação e da facticidade, os quais serão foco da discussão interpretativa.

RESULTADOS

A compreensão vaga e mediana revelou o movimento existencial do casal que realiza a profilaxia da transmissão vertical do HIV, significando os cuidados pertinentes e a adesão necessária ao tratamento como modos-de-ser, apresentados a seguir, a partir de duas unidades de significação (US).

US 1: Significou seguir corretamente as orientações dos profissionais de saúde

O casal anuncia que faz o tratamento conforme a orientação médica e se empenha em realizar aquilo que lhe foi orientado. Confia no que os profissionais de saúde orientam que seja feito para prevenir a transmissão. Apreendem cada informação que lhes é dita e se ocupam em praticá-las rigorosamente, como manter relação sexual desprotegida apenas no período fértil.

Ela [doutora] explicou certinho o período fértil dela [M4] para não estar sempre sem camisinha [...] a gente ficou tentado, confiando na doutora. [...] Fizemos tudo certinho como ela [doutora] mandava. (H4)

Era uma tentativa por mês [no período fértil] [...] para não [ter relação sexual] toda hora sem preservativo. (M4)

Ela [psicóloga] falava o que podia, o que não podia, como ia ser a reação, como não ia ser, como as pessoas iam tratar [...] eu me preparei [...] eu já sabia mais ou menos o que ia acontecer. Eu vim ganhar já sabendo, vou fazer um medicamento. (M5)

A gente procura seguir o que eles pedem [profissionais de saúde]. (M7)

Sempre fazer [o tratamento] como está pedindo. (H7)

O casal refere que foi compromissado com o tratamento medicamentoso no pré-natal, toma a medicação durante a gravidez, também não falha às consultas e faz os cuidados durante o parto. Realizar o tratamento, tomar as medicações é ruim. Por vezes, as medicações causam efeitos indesejados na mulher, como dor de estômago, diarreia, vômito, e ela não consegue se alimentar direito.

Nesses momentos, o companheiro insiste para que a mulher tome a medicação e ajuda buscando estratégias para facilitar a ingestão dos remédios. Quando necessário, troca de medicação para que não prejudique a criança, pois entendeu que a medicação é a única maneira de cuidar para não transmitir o HIV para o filho. Vai nas consultas porque tem que ir, mas não gosta.

E eu chorava às vezes para tomar esses remédios e ele [H1] me arrumava suco, fazia chá para eu tomar os remédios [...] a medicação tinha que estar no horário, era rígido [...] tem que ter compromisso, não venho nas consultas porque eu quero, mas eu sei que eu tenho que vir. (M1)

Às vezes, eu brigava com ela por causa dos remédios, fazia ela tomar. (H1)

Tomar medicação durante a gravidez, os cuidados durante o parto. (M2)

Desde o momento que a gente descobriu [a gravidez], a primeira preocupação era: tem que começar a tomar medicação. (H2)

Troquei de remédio, estava tomando o Efavirenz [...] fiz o uso do AZT, depois que ganhei também continuei. [...] E eu achei que não ia [ser parto normal], ia ser cesárea, para prevenir mais. (M4)

Todos os meses tem que estar controlando o teu sangue, a imunidade, requer outros cuidados [...] vir uma hora antes [do parto] para fazer o medicamento. (M5)

Cada dose, cada comprimido que eu tomava eu chorava de dor no estômago, eu vomitava, tinha diarreia [...] tratamento eu só fiz por causa dela [F6]. (M6)

Eu sabia que a medicação deveria ter sido começada antes (H6)

Para completar a profilaxia da TV do HIV, refere que, após o parto, não amamenta e dá o remédio para o filho. Faz-se o acompanhamento de saúde da criança, vai nas consultas de puericultura e realiza exames. Assim, como realizou o tratamento rigoroso durante a gestação, o casal descreve que não se descuidou em cumprir adequadamente o tratamento do filho. Cuida para não esquecer nenhuma dose da medicação, dando-a no horário exato. Também busca estratégias para lembrar o horário, fazendo o que for preciso.

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

Não foi dado mama para ele [F3] e um remedinho que deram para ele tomar [...] e no 1º exame que a gente fez [no F3] já não apareceu nada. (M3)

45 dias [complementa a fala da M3] - remedinho que deram para ele tomar. (H3)

Fizeram os exames [no F4] todos que tinham que fazer. (H4)

Não amamentar, o remedinho certinho quando saiu do hospital [...] dar aquele remedinho de 6 em 6 horas. Acorrava de madrugada para nós dar o remedinho. E agora tem que vir nas consultas, fazer o acompanhamento certinho, fazer exames. [...] Daqui a um ano e meio faz o examezinho dele (M4)

Quando nasceu, eu não amamentei ela, que não podia amamentar [...] tomou aquele remedinho. (M5)

US 2: Significou que não ter amamentado foi complicado e triste

O casal expressa que com os outros filhos foi diferente, pois foram amamentados. Compreende-se que não deixa de ser mãe porque não está amamentando, mas fica faltando algo para ser completa a felicidade. As mulheres sabem que é importante o filho receber o leite materno, pois este pode proteger contra doenças e proporciona à criança um crescimento saudável e forte. Porém, refletem que, quando têm o vírus, a melhor opção é não oferecer seu leite, dando, assim, continuidade aos cuidados que realizaram desde a gestação.

Durante a gestação, as mulheres aprendem que não podem amamentar, pois se informaram ou ouviram falar sobre isso. Quando vivenciam a impossibilidade da amamentação, sentem dificuldade em lidar com essa realidade. O companheiro pensa que a gestante já deveria estar preparada para não amamentar, pois já fora informada sobre o fato, surpreende-se com a reação da mulher.

Não poder amamentar foi um luto para mim, foi a parte mais difícil. [...] Eu já devia estar preparada, mas doeu na hora. (M2)

Eu não esperava essa reação [um luto não amamentar] dela, para mim era uma coisa que ela já estava processando que ela não ia dar mama no peito. (H2)

Novidade para mim, porque dos outros [filhos] foi diferente, eu amamentei. (M5)

Eu sei que eu não posso [amamentar]. [...] Tu não deixa de ser mãe porque tu não está dando o peito [...] tu chega lá [pré-natal] e tu fica lendo aqueles cartazes imenso de grande que faz bem [amamentar] [...] mas não tem uma coisinha para deixar as mães [que têm HIV], um cartaz lá dizendo que conforte a gente. (M7)

Só que eles [profissionais de saúde] não esclarecem que quem é portador do HIV a mãe não pode amamentar. Essa parte falta. [...] Na mídia não tem, esse foco falta também (H7)

O casal relata que, diante da sociedade, é complicado não amamentar. As pessoas cobram e julgam, julgando negativamente os pais por estarem privando o filho de algo tão saudável como o leite materno. Frente às cobranças, os pais alegam outras razões fictícias para justificar que não vão amamentar, pois as pessoas não sabem o verdadeiro motivo, que é o HIV. O casal acaba aceitando esse fato que está posto em seu cotidiano, pois outras mães também não amamentam por outros motivos além do HIV.

Eu queria ter dado mama quando ela procurava o meu seio [...] tem nenê que também não é amamentado e a gente acabou aceitando. (M2)

Tem quantos nenês que não mamam [no peito] não só por esse motivo [HIV]. (H2)

Tu ver as outras mães poderem amamentar fica uma coisa ruim. (M3)

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

Tu ouvir as pessoas te perguntar sobre amamentação é muito complicado [...] elas [pessoas] ficam te julgando, te cobram [...] dou um monte de desculpa. (M7)

Não fala [por que não amamenta] pela questão do preconceito. (H7)

DISCUSSÃO

A partir da análise interpretativa, pautada no referencial filosófico de Martin Heidegger, dois sentidos foram desvelados: o da ocupação do ser-casal em realizar o tratamento para profilaxia e o da facticidade diante do fato de não poder amamentar. Esses dois sentidos se constituem no foco da análise hermenêutica.

Na vivência da profilaxia da TV do HIV, o ser-casal significou que segue passo a passo a orientação dos profissionais de saúde para realizar o tratamento. Faz como os profissionais pedem e mandam. Entre os cuidados, cumprem o tratamento para a profilaxia, dão o remédio para o filho e não amamentam. A partir dessa significação, foi possível desvelar o sentido

da ocupação⁽¹⁸⁾, no qual o casal se manifesta ocupado na realização da profilaxia da TV do HIV.

O ser ocupa-se em cumprir tarefas que lhe são designadas. Na realização dessas tarefas, não há compreensão, pois a pessoa lança mão do instrumento que é necessário para cumprir determinada ação e assim o faz sem refletir sobre o que está sendo feito. Numa primeira aproximação, o ser está empenhado no mundo das ocupações, realizando aquilo que é preciso fazer em seu cotidiano⁽¹⁸⁾.

A ocupação é dirigida pela circunvisão, uma visão de conjunto do ser-no-mundo, na qual o ser percebe as informações captadas por seus sentidos para, então, interpretá-las em seu cotidiano, mesmo sem compreendê-las. Essa interpretação descobre os instrumentos (o material, o usuário e o uso) que estão à mão para que o ser os utilize em suas ocupações⁽¹⁸⁾.

Assim, o ser-casal desenvolve sua circunvisão nesse cotidiano de realizar a profilaxia da TV do HIV, percebendo e reconhecendo os instrumentos necessários para realizá-la. De posse da interpretação desses instrumentos, na rotina de acompanhamento clínico, medicações, procedimentos durante o parto, entre outros fatores que envolvem esse processo, o ser-casal sem empenha, ocupado, em aderir ao tratamento. Revela-se que, em seu cotidiano, o ser-casal se manifesta perdido no modo de ser da inautenticidade.

A inautenticidade significa o desvio, de cada indivíduo, de seu projeto essencial em favor das ocupações cotidianas, confundindo-o com a massa coletiva, em que, sendo todos, não é si mesmo, ou seja, ser todos é ser ninguém. O ser em sua vida cotidiana é um ser público, não um ser próprio, reduzindo sua vida junto aos outros e para os outros, alienando-se da principal tarefa, que seria o tornar-se si mesmo⁽²¹⁾.

Diante dessa ocupação, desvela-se a solicitude substitutiva-dominadora⁽¹⁸⁾ dos profissionais de saúde. Esse comportamento ocorre quando há o salto sobre o outro de maneira que este seja dominado, quando um toma conta do outro. O profissional se põe à frente do ser-casal, decidindo como é preciso serem realizados os cuidados para a profilaxia, sem proporcionar aos pais a possibilidade de escolha e compreensão desse cuidado.

A facticidade regula as possibilidades do sim e do não⁽¹⁸⁾, estabelecendo a impossibilidade de amamentar. Frente à possibilidade do não, revelam que essa situação é complicada diante da sociedade em geral, uma vez que as pessoas cobram e julgam quando os pais falam que não vão amamentar. O casal não relata aos outros que não vão amamentar para desviar a possibilidade de revelar o porquê - ter HIV -, pois isso envolve questões de preconceito. Assim, os pais preferem pensar que têm outros bebês que também não são amamentados por outros motivos que não o HIV.

A interpretação desvelou que a amamentação está mais imediatamente à mão, podendo ser encontrada como algo que não é passível de ser empregado ou como utensílio danificado, pois para as mulheres que têm HIV/Aids há a recomendação de não amamentar. O utensílio é designado como *instrumento*, coisa que vem ao encontro no modo-de-ser da ocupação, aquilo que está disponível para o manuseio⁽¹⁸⁾.

Ao significar a profilaxia, especialmente o ser-mulher revela que tem vivências e experiências em amamentação. Como

outros filhos sempre receberam o leite materno, não poder amamentar agora que tem HIV é uma novidade, é diferente. Com receio do preconceito e discriminação, silencia seu diagnóstico e, conseqüentemente, o motivo pelo qual não irá amamentar. Isso vai além do silenciar, pois o ser-casal opta por se isolar a conviver constantemente sofrendo preconceito e discriminação, mesmo que por vezes de forma velada.

Nessa perspectiva, o instrumento (amamentação) está à mão para ser utilizado (possibilidade fisiológica da mulher-mãe), uma vez que há a produção do leite e o filho necessita ser alimentado. Porém, para o ser-mulher deste estudo, o instrumento se configura na impossibilidade situacional para seu manuseio, considerando a transmissão do vírus da aids por essa via, resultando na situação em que a mulher não amamenta.

As mulheres contam que reconhecem a importância do leite materno, porque já ouviram falar ou vivenciaram a amamentação de outros filhos. Também relatam que sabem que não podem amamentar devido à infecção pelo HIV, constituindo sua circunvisão acerca da amamentação e da profilaxia da TV do HIV.

Quando esse instrumento está à mão e se descobre a impossibilidade de seu emprego, surge a surpresa. Emergem os sentimentos de tristeza, dificuldade diante da impossibilidade de amamentar. Na surpresa, não somente aquilo que não pode ser empregado vem ao encontro do ser, mas também se depara com aquilo que falta, com aquilo que não apenas não pode ser manuseado, mas que também não está, de maneira nenhuma, à mão para manusear⁽¹⁸⁾.

Após o nascimento, vivenciar a impossibilidade de amamentar surpreende o ser-mulher, ainda que durante a gestação este pensasse que não poderia desenvolver a prática, pois, para completar os cuidados de prevenção da TV do HIV, amamentar não está ao seu alcance de forma alguma. Ao não amamentar, compreende que não deixa de ser mãe, mas se depara com a falta de algo para completar a felicidade na vivência de gestar e ser mãe.

Diante dos fatos, a mãe manifesta a aceitação de não poder amamentar e se desvela outro sentido, o da *facticidade*. Nesse modo de ser, a presença está lançada a um fato que está dado, que não pode mudar, do qual não pode escapar⁽¹⁸⁾. O ser se entrega àquilo que ele é e àquilo que ele deve ser, diante dos fatos impostos no seu mundo-da-vida, sendo, assim, absorvido pela inautenticidade do impessoal que permeia esse modo de ser.

Na facticidade de não amamentar, o ser-mulher considera a possibilidade do sim, de ser autêntica nesse momento em que diz querer ter amamentado quando o filho procurava o

seio, pois considera que a criança poderia sentir falta do aleitamento materno. Porém, mantém-se presa ao fato de que não pode amamentar e se entrega a essa condição, sendo absorvida no modo-de-ser da inautenticidade, tendo que aceitar não amamentar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela hermenêutica do ser-casal na realização da profilaxia da transmissão vertical do HIV, desvelou-se o movimento da ocupação e da facticidade. Esse movimento revela o caráter de impropriedade em que o ser-casal se mantém para aderir ao tratamento, sem a possibilidade de compreender e refletir sobre esse cuidado, apenas realizando-o.

A implicação para a prática profissional de enfermagem perpassa a necessidade de repensar o cuidado, propondo uma relação que valorize a intersubjetividade e transcendendo o impessoal, que dita com o que o ser-casal deve se ocupar.

Nessa perspectiva, no campo assistencial, pensa-se na possibilidade de valorizar as demais abordagens de atenção no cuidado ao casal, incluindo consultas multiprofissionais e atividades em grupo. Essas práticas proporcionam um espaço dialógico onde pode emergir necessidades do casal, que no atendimento tradicional nem sempre são contempladas.

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

Este estudo apresenta as limitações de uma investigação qualitativa, uma vez que essa metodologia não intenta a mensuração dos fatos e nem a generalização estabelecida mediante o alcance da verdade de caráter universal. Porém, nos possibilita aprofundar a busca pela compreensão do vivido dos sujeitos, permitindo que sejam desveladas facetas que expressam verdades acerca do fenômeno investigado, as quais apontam implicações favoráveis para qualidade do cuidado de enfermagem e para a efetividade da política pública que trata das questões de HIV/Aids, especialmente no que diz respeito à adesão e à profilaxia da transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico. Ano II - nº 01 - até semana epidemiológica 26ª [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013[cited 2014 Sep 14]; Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf
2. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];66(2):271-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>
3. Oliveira DC. Construction and transformation of social

- representations of Aids and implications for health care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];21(spe):276-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2014 Sep 14]; Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf
 5. Tejada R, Alarcón J, Velásquez C, Gutiérrez C, Loarte C, Zunt J, et al. Factores asociados a la no adherencia a TARGA durante la gestación, parto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2011[cited 2014 Sep 28];15(2):106-12. Available from: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_NO2/AO4_Vol15_No2_2011.html
 6. Lemos LMD, Rocha TFS, Conceição MV, Silva EL, Santos AHS, Gurgel RQ. Evaluation of preventive measures for mother-to-child transmission of HIV in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2012[cited 2014 Sep 28];45(6):682-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n6/05.pdf>
 7. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];17(4):740-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0740.pdf>
 8. Felix G, Ceolim MF. The profile of women with HIV/AIDS and their adherence to the antiretroviral therapy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012[cited 2014 Sep 28]; 46(4):884-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/15.pdf>
 9. Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS, Moura MAV. Women living with HIV: the decision to become pregnant. *R Pesq: Cuid Fundam* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];5(1):3159-67. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1869/pdf_672
 10. Barros VL, Araújo MAL, Alcântara MNA, Guanabara MAO, Melo SP, Guedes SSS. The factors that influence adherence of pregnant women with HIV/AIDS to anti-retroviral therapy. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2011[cited 2014 Sep 28];24(4):396-403. Available from: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo15_2011.4.pdf
 11. Galvão MTG, Paiva SS. Experiences to cope with HIV among infected women. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Sep 28];64(6):1022-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a06.pdf>
 12. Brown JL, Littlewood RA, Vanable PA. Social-cognitive correlates of antiretroviral therapy adherence among HIV-infected individuals receiving infectious disease care in a medium-sized northeastern US city. *AIDS Care* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];25(9):1149-58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626750/pdf/nihms426933.pdf>
 13. Gaston GB. African-Americans' perceptions of health care provider cultural competence that promote HIV medical self-care and antiretroviral medication adherence. *AIDS Care* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 14];25(9):1159-65. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2012.752783>
 14. Andrade MS, Silva AS, Medeiros AK, Nascimento PW. Perception of users on host adherence in high activity antiretroviral therapy. *Rev APS* [Internet]. 2012[cited 2014 Sep 28]; 15(3):299-305. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1416/659>
 15. Pequeno CS, Macêdo SM, Miranda KCL. Counseling on HIV/AIDS: theoretical background for an evidence based clinical practice. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];66(3):437-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a20v66n3.pdf>
 16. Macêdo SM, Sena MCS, Miranda KCL. Nursing consultation for patient with HIV: perspectives and challenges from nurses' view. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Sep 28];66(2):196-201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/07.pdf>
 17. Oliveira MFV, Carraro TE. Care in Heidegger: an ontological possibility for nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Sep 29]; 64(2):376-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a25v64n2.pdf>
 18. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
 19. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Driving modes of the interview in phenomenological research: experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2014 Sep 29];67(3):468-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0468.pdf>
 20. Schmidt LK. *Hermenêutica*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
 21. Heidegger M. *Todos nós... ninguém*. São Paulo: Moraes; 1981