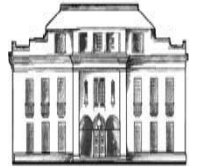




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DA PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



TASSIANE FERREIRA LANGENDORF

**O VIVIDO DA REPRODUÇÃO DO CASAL HETEROSSEXUAL
SORODISCORDANTE PARA O HIV: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO
EM ENFERMAGEM E NA SAÚDE REPRODUTIVA**

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

2015

TASSIANE FERREIRA LANGENDORF

**O vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV:
possibilidades para o cuidado em enfermagem e na saúde reprodutiva**

Tese de Doutorado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher / NUPESM

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Ivis Emília de Oliveira Souza

**RIO DE JANEIRO
Dezembro, 2015**

O vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV: possibilidades para o cuidado em enfermagem e na saúde reprodutiva

Autora: Tassiane Ferreira Langendorf
Orientadora: Ivis Emília de Oliveira Souza

Tese de doutorado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Presidente – Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro

1º Examinador – Dr. Nilo Martinez Fernandes
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz

2º Examinadora – Dr^a. Lúcia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem/Universidade do Estado do Rio de Janeiro

3ª Examinadora – Dr^a. Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro

4ª Examinadora – Dr^a Ana Beatriz de Azevedo Queiroz
Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro

1ª Suplente – Dr^a. Maria Carmem Simões Cardoso de Melo
Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Juiz de Fora

2ª Suplente – Dr^a. Lúcia de Fátima da Silva
Departamento de Enfermagem/Universidade Estadual do Ceará

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos casais participantes do estudo e aos tantos outros casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV que vivenciaram, vivenciam ou pretendem vivenciar a reprodução e que, por ainda permanecerem desconhecidos, suas necessidades e demandas reprodutivas se mantêm em silêncio.

AGRADECIMENTOS

Compreendendo que *o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros*, o processo de doutoramento e o desenvolvimento desta tese foram possíveis e se tornaram parte do meu vivido à medida que isto foi algo pretendido, acreditado, enfrentado, construído e desenvolvido a partir das relações estabelecidas *com os outros no meu mundo da vida*. E assim, por esse *com-partilhar*, que foi essencial em mais esta possibilidade de *poder-ser*, agradeço:

_ a Deus pela proteção e amparo ao iluminar meu caminho, guiar meus passos e abrir meus olhos me possibilitando ver, enfrentar e não desistir das possibilidades que me vem ao encontro.

_ à minha família base *com* o pai, a mãe e a mana pelo amor, carinho, cuidado, sensatez e *preocupação* incondicionais que me confortam, acalmam, esclarecem e me dão força para enfrentar os desafios da vida. Estando presentes ou fazendo-se *presença* participaram incansavelmente deste processo e isso foi essencial.

_ à família que está se constituindo *com* o Marcos e a Guapa em que, cada um ao seu modo, participou ativamente dessa construção e foram, sem dúvida, essenciais em cada momento. Em especial, agradeço ao meu amor e companheiro de vida pelo apoio, incentivo, compreensão e por ser sempre *presença* nos diferentes momentos que constituíram meu processo de doutoramento.

_ à Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, onde tive o prazer e satisfação de concluir a Graduação e o Mestrado em Enfermagem vinculada ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas Famílias e Sociedade - GP PEFAS/UFSM. As relações acadêmicas, profissionais e pessoais e o vivido neste meio acadêmico foram amparo para meus primeiros passos no caminho profissional, fazendo-me sonhar mais alto ao vislumbrar o Doutorado na Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN. Assim, agradeço aos colegas do GP por esta convivência enriquecedora.

_ à amiga e sempre mestre Prof^ª Stela Maris de Mello Padoin que me acolheu como sua orientanda e filha acadêmica e neste vivido compartilhou suas vivências e experiências acadêmicas, profissionais e de vida, com as quais aprendi e aprendo muito. Por ter acreditado, apoiado e incentivado a pretensão de realizar o Doutorado na EEAN. Agradeço

também pelo carinho do João Pedro nas brincadeiras com lego e naquele abraço apertado do qual sinto muita falta.

_ à amiga Letícia, com quem comecei uma relação de co-orientanda na graduação e daí desvelou-se uma grande amizade. Agradeço pelo aprendizado, apoio e incentivo que contribuíram sobremaneira para concretização de dois importantes momentos da minha vida, o Doutorado na EEAN e o Estágio de Doutorado Sanduíche na Universidad de Murcia - UMU.

_ à EEAN, pela possibilidade de qualificação a partir das diferentes atividades desenvolvidas durante o doutorado, nas quais tive a oportunidade de conviver e aprender muito. Em especial à Prof^ª Marcia de Assunção Ferreira e à Prof^ª Regina Célia Gollner Zeitoune como coordenadoras na anterior e atual gestão da Coordenação Geral da Pós-Graduação pelo empenho na busca por novas oportunidades e pela qualidade da formação dos estudantes do programa; às Prof^ªs Ana Beatriz de Azevedo Queiroz e Maria Aparecida Vasconcelos Moura pelo aprendizado nos distintos momentos de convivência e pela contribuição ao acompanhar a proposta e desenvolvimento da tese desde o processo seletivo; aos funcionários técnico-administrativos da EEAN, em especial à Sonia Maria da Ressureição Xavier, chefe da Secretaria Acadêmica da Pós-graduação, a qual foi sempre solícita ao atender às demandas presenciais ou virtuais; aos colegas pela convivência prazerosa e pelos importantes momentos construtivos de discussões nas disciplinas que cursamos juntos.

_ à orientadora, amiga e também sempre mestre Prof^ª Ivis Emília de Oliveira Souza, que antes mesmo de me acolher oficialmente como sua neta acadêmica me instigou à reflexão do que posteriormente se tornou a temática desta tese, por assumir *com-igo* o desafio de desenvolvimento da proposta deste estudo e por suas palavras que iluminaram, conduziram, acalentaram e enriqueceram esta jornada, que não foi fácil, mas foi possível e profundamente gratificante.

_ à amiga Renata pela parceria acadêmica e pessoal, acolhendo-me em sua casa nas inúmeras estadas no Rio de Janeiro, permitindo que eu me sentisse como se estivesse na minha própria e por sua disponibilidade sempre que peço ajuda.

_ à Thaís, amiga, colega e companheira de orientações no doutorado, pela sensibilidade com que me tocou com sua luz em cada conversa que tivemos. Pelas palavras carregadas de amor, carinho, respeito, conhecimento, conforto e lucidez que teve a gentileza de

compartilhar *com-igo* durante o processo de doutoramento. Sou grata por nossa convivência.

_ às colegas Elayne, Andyara e Rita de Cássia pela agradável e importante companhia nos momentos de aprendizado e construção conjunta proporcionados pela realização do doutorado na EEAN;

_ aos novos laços de amizade constituídos em Matelândia, em especial às amigas Jussara e Jady pelos momentos de distração, pelas palavras de incentivo e pelos gestos de cuidado no período de conclusão da tese; à amiga Elenice por cuidar da nossa casa com muito zelo permitindo-me a grata sensação de chegar no nosso lar, após as viagens de estudo, e encontrar um ambiente agradável e por mantê-lo sempre assim.

_ à Adriana, Roberta e Diana, amigas desveladas ao vivenciar o Estágio de Doutorado Sanduíche que me proporcionaram um enorme crescimento pessoal e profissional; ao encontro casual com as queridas gaúchas Aline, Caroline e Teila na Espanha, com as quais passei bons momentos e compartilhamos importantes pensamentos e referências.

_ à Prof^a Pilar Almansa Martinez, coorientadora no exterior, por sua calorosa acolhida desde o meu desembarque no aeroporto de Murcia, pela convivência, pelas inúmeras oportunidades que me proporcionou e pelo aprendizado durante o Estágio de Doutorado Sanduíche na UMU; agradeço também pela recepção e acolhida dos demais professores da UMU.

_ à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela concessão da bolsa de doutorado, a qual me possibilitou dedicação exclusiva ao doutorado e pela concessão da bolsa para o estágio de Doutorado Sanduíche, a qual me possibilitou desenvolver esta importante atividade que contribuiu sobremaneira acadêmica, profissional e pessoalmente.

_ à banca examinadora desta tese: Prof^o Nilo Martinez Fernandes, Prof^a Lúcia Helena Garcia Penna, Prof^a Ana Beatriz de Azevedo Queiroz, Prof^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Prof^a Maria Carmem Simões Cardoso de Melo, Prof^a Lúcia de Fátima da Silva e Prof^a Stela Maris de Mello Padoin por aceitarem participar desta construção avaliando e contribuindo de maneira significativa com o aprimoramento deste estudo.

_ aos profissionais do Hospital Universitário, cenário do estudo, que se dispuseram a auxiliar no desafio que foi buscar e encontrar os casais participantes porque, sem dúvida, a ajuda de cada um foi fundamental.

_ aos casais que aceitaram participar deste estudo, dispostos a contribuir com esta investigação mediante o compartilhamento do seu vivido referente à reprodução na situação de sorodiscordância, permitindo desvelar facetas deste fenômeno em busca da melhoria da atenção reprodutiva.

RESUMO

LANGENDORF, Tassiane Ferreira. **O VIVIDO DA REPRODUÇÃO DO CASAL HETEROSSEXUAL SORODISCORDANTE PARA O HIV**: possibilidades para o cuidado em enfermagem e na saúde reprodutiva. Rio de Janeiro, 2015. Tese. 156f. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

As questões reprodutivas das pessoas que vivem com HIV/aids representam uma das demandas inerentes ao caráter de doença crônica atribuído à aids. Neste contexto, a infecção pelo vírus se mostra como fator que agrega risco às relações afetivo sexuais, refletindo na crítica a estas pessoas quanto ao exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Dentre estas, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV estão submetidos aos desafios impostos pelas especificidades que envolvem a reprodução na situação de sorodiscordância e, diante disso, desvela-se a necessidade de compreender o impacto do HIV nas escolhas reprodutivas destes casais. Esta investigação teve como objetivo desvelar o sentido do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV no vivido da reprodução. Trata-se de uma investigação qualitativa que tem como referencial teórico, filosófico e metodológico a fenomenologia de Martin Heidegger. Desenvolvida no período de agosto de 2013 a abril de 2014 tendo como cenário um Hospital Universitário no interior do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 11 casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV que vivenciaram a gestação nesta situação. Foi possível desvelar que o ser-casal se mantém permanentemente em fuga do seu poder-ser mais próprio – que é ser um casal sorodiscordante para o HIV e que se reproduz. O ser-casal se mostra no movimento de ser impropriamente-si-mesmo dominado pelo impessoal do mundo público em que todos falam que ele não pode ter filho. Diante disso, ao se deparar com a facticidade da gestação teme pela infecção do filho, se ocupa com o tratamento, silencia sua situação sorológica e decai no mundo empenhado na convivência para parecer como todos que não convivem com o HIV na situação de sorodiscordância e na exposição do filho à infecção pelo vírus. Assim, o ser-casal se mantém num constante movimento de inautenticidade e de in-visibilidade. Conclui-se que a visibilidade do ser-casal sorodiscordante para o HIV pelos profissionais dos serviços de saúde, bem como a compreensão da expressão significativa, subjetiva e singular implicada na humanização do processo assistencial, poderá contribuir e permitir o planejamento e a implementação de um cuidado direcionado às suas necessidades e demandas no campo reprodutivo.

Palavras-chave: Enfermagem, Direitos Sexuais e Reprodutivos, HIV, Cônjuges, Comportamento Reprodutivo.

ABSTRACT

LANGENDORF, Tassiane Ferreira. **HIV SERODISCORDANT HETEROSSEXUAL COUPLE LIVED EXPERIENCE ON REPRODUCTION**: possibilities for nursing and reproductive health care. Rio de Janeiro, 2015. Thesis. 156f. (PhD in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2015.

Reproductive issues of people who live with HIV/AIDS represent one of the chronic illness reached epidemiologically inherent demands. In this context, vivurs infection shows itself as a factor that agregates risk to sexual affective relations, reflecting on criticism to these people when they exercise their sexual and reproductive rights. Among these, HIV serodiscordant heterossexual couples are submitted to challenged imposed by specificities that involve reproduction in this situation, thus, a need to comprehend these couples' reproductive choices unveils itself. This investigation aimed to unveil the HIV serodiscordant heterossexual couple's meaning on lived experience with reproduction. It is a qualitative research which has Martin Heidegger's phenomenology as theoretical, and methodological framework. Developed from August 2013 to April 2014 having as scenery was a University Hospital in Rio Grande do Sul's countryside and 11 HIV serodiscordant heterossexual couples participated who experienced gestation in this situation participated in the study. It was possible to unveil that being-couple maintain itself on the run from their proper could-be – which is to be an HIV serodiscordant couple that reproduces – permately. Being-couple shows itself on the movement of being onself-inappropriately dominated by public world's impersonal in which everyone says one can not have a child. Before that, on facing gestation's factuality fears the child's infecction, occupies onself with treatment, silent one's serological situation and decays on the world comitted on living together to seem like others who don't live with HIV in a serodiscordant situation ando n exposing one's child to vírus infecction. Therefore, being a couple maintains onself in constant inautency and in-visibility movement. It's concluded that visibility of HIV serodiscordant being-couple by health services' staff, as well as meaningful signicative, subjective and singular comprehension implicates on care process humanization, it can contributes and allows planning and implementing a care direcpoderá contribuir e permitir o planejamento e a implementação de um cuidado directed to reproductive Field needs and demands.

Keywords: Nursing, Reproductive and sexual rights, HIV, Spouses, Reproductive Behavior.

LISTA DE SIGLAS

ACI – Atende ao critério de inclusão
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AO – anticoncepcional oral
AZT – Zidovudina
BIC - Bolsista de Iniciação Científica
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
D – desconhecido
DSR - Direitos Sexuais e Reprodutivos
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
GPPEFAS - Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
NACI – Não atende ao critério de inclusão
NVE - Núcleo de Vigilância Epidemiológica
NUPESM - Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU - Organização das Nações Unidas
RHA - Reprodução humana assistida
SC – soroconcordante
SD – sorodiscordante
SIE - Sistema Interno de Agendamentos
SINAN - Sistema Nacional de Notificação de Doenças
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Trajetória de busca de artigos nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS para desenvolvimento da revisão 1.....	37
Figura 2 - Trajetória de busca de artigos nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS para desenvolvimento da revisão 2.....	38
Figura 3 - Aplicação do referencial metodológico de Martin Heidegger à investigação.....	50
Fluxograma 1 - Informações para identificar se o adulto conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão.....	55
Fluxograma 2 – Informações para identificar se a gestante conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão.....	56
Fluxograma 3 - Informações para identificar se criança exposta ao HIV ou com diagnóstico para AIDS conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão.....	56

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 Questão norteadora, objeto e objetivo do estudo	25
1.2 Justificativa do estudo.....	25
2 SOLO DE TRADIÇÃO – CONHECIMENTO PRÉVIO ACERCA DA TEMÁTICA	28
2.1 Contextualização sobre a temática – HIV/AIDS	28
2.2 Contextualização sobre a temática – Direitos Sexuais e Reprodutivos	32
2.3 Reprodução na situação de sorodiscordância para o HIV	38
2.3.1 Trajetória metodológica dos estudos de revisão	39
2.3.2 Fatores que implicam na reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV	43
3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO	48
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	55
4.1 Tipo de estudo.....	55
4.2 Cenário do estudo.....	55
4.3 Participantes do estudo.....	55
4.4 A busca ciente do ente	56
4.5 Encontro fenomenológico com o casal para obtenção dos significados	61
4.6 Análise dos dados.....	63
4.7 Aspectos éticos.....	65
5 ANÁLISE COMPREENSIVA	68
5.1 Historiografia: desvelando o “quem” do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV que vivenciou a reprodução	68
5.2 Historicidade	71
5.3 Compreensão vaga e mediana.....	78
5.4 Conceito de ser.....	97
6 ANÁLISE INTERPRETATIVA – O vivido da reprodução do ser-casal heterossexual e sorodiscordante para o HIV, à luz da hermenêutica heideggeriana	99
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
8 REFERÊNCIAS.....	131
ANEXO.....	141
ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	142
ANEXO 2: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - EMENDA	145
APÊNDICE.....	148

APÊNDICE 1: QUADRO DE ANÁLISE	149
APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	153
APÊNDICE 3: ARTIGOS SELECIONADOS NAS REVISÕES 1 E 2 QUE COMPUSERAM O ITEM 2.3.2 DO SOLO DE TRADIÇÃO	154

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids¹), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), é a primeira epidemia da era moderna marcada pelo advento da declaração dos direitos humanos. A doença teve seu surgimento após o período marcado por lutas como liberação dos costumes, libertação feminina, afirmação da sexualidade e escolha dos parceiros sexuais e manifestações de orientações sexuais diferente dos parâmetros tradicionais (BRASIL, 2000; Brasil, 2008c).

Introduzir a temática do HIV/aids exige uma necessária contextualização, principalmente, política, histórica e social em que ela se insere no Brasil. A epidemia da aids chega ao país através da mídia em 1981, quando ainda não havia sido identificado nenhum caso da doença no solo nacional, porém já era possível acompanhar a notificação dos primeiros casos nos Estados Unidos da América do Norte, (EUA), importando a visão com que a epidemia foi tratada pelas agencias norte-americanas de notícias (GALVÃO, 2000).

Desta visão fazem parte as questões relacionadas à homossexualidade, ao comportamento e aos grupos de risco. Assim, nesta perspectiva, as primeiras notícias no Brasil sobre a aids tratam da investigação do câncer gay, conforme classificação dos Estados Unidos (GALVÃO, 2000; PARKER; BASTOS; GALVÃO *et al.*, 1994).

Neste período o Brasil passava por reformulações políticas, em que se transitava de um regime militar para uma democracia, caracterizando assim a abertura política e social. Esta abertura influenciou positivamente os movimentos, atividades e conquistas em prol das lutas contra esta nova doença que estava se mostrando no país (GALVÃO, 2000).

Como parte deste movimento de luta, foi criado o primeiro Programa de AIDS do Estado de São Paulo e fundadas as primeiras Organizações Não Governamentais (ONG) com atividades direcionadas ao combate do HIV/AIDS. Neste primeiro momento havia pouco ou nenhum apoio governamental e a sociedade estava dominada pelo pânico e pelo preconceito diante do risco que já indicava tratar-se de um quadro epidêmico.

¹ No Brasil foi adotada a sigla em inglês, AIDS, para se referir à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Nos dicionários de língua portuguesa esta sigla foi incorporada como substantivo, sendo redigida com letras minúsculas, aids. A sigla somente é redigida com a primeira letra em maiúscula, Aids, quando se trata de nome próprio de instituições, como no caso do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Dessa forma, nesse estudo será utilizado aids para se referir à doença e o que mais a envolve, porém será mantido a sigla AIDS quando se tratar de publicações oriundas da língua inglesa ou publicações mais antigas que redigiam a sigla desta forma.

E foi só a partir de 1986 que houve, na esfera federal, a criação de uma resposta à epidemia acompanhada do aumento de cooperação internacional, aumento do número de ONGs com atividades voltadas ao HIV/AIDS (ONGs/Aids) e mobilização das pessoas vivendo com HIV/AIDS bem como de ativistas e militantes nessa área (GALVÃO, 2000).

As ONGs/Aids surgem como uma resposta ao pânico, preconceito e discriminação que marcaram o surgimento da epidemia no Brasil. E embora a fundação das ONGs/Aids tenham como referência para sua constituição os movimentos homossexual e feminista, elas foram compostas a partir do surgimento de grupos que se formaram com o propósito de lutar contra a aids. Destes grupos faziam parte profissionais de saúde, ativistas políticos, pessoas infectadas pelo vírus ou já adoecidas, homossexuais, hemofílicos e quem mais lutasse em prol da causa assumida pelas ONGs/Aids (SILVA, 1998).

O início da epidemia no Brasil foi marcado pela gravidade do quadro de saúde das pessoas infectadas e pelo elevado índice de mortes provocadas pela doença. Estes acontecimentos sustentam uma desestruturação social, pautada na ausência de garantias sociais às pessoas soropositivas, como continuidade no trabalho, acesso a informações adequadas e direito ao tratamento. Diante disso, considerando a precariedade da atenção à saúde e o enfoque na qualidade de vida é que se estabelecem as reivindicações quanto aos direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids (SILVA, 1998), surgindo a necessidade de elaboração de um novo modelo de atenção pautado nos direitos humanos para o enfrentamento da aids, e demais doenças transmissíveis (BRASIL, 2000).

O impacto do preconceito na disseminação do HIV conduziu à inclusão da concepção de direitos humanos nas questões que dizem respeito a aids, gerando um discurso acerca daquilo que se tornou essencial para o combate à epidemia. Dessa forma, lutar contra a aids implica combater todas as formas de desigualdade, preconceito e discriminação e em se tratando da saúde pública, significa articular a concepção de saúde com as demais dimensões da vida social, buscando alcançar o contexto amplo de convivência dos indivíduos como família, trabalho, lazer, escola e sua própria interação com o mundo (MIRANDA, 2008).

Entre as dimensões da vida social, há estudos indicando a esfera da sexualidade afetada pela epidemia do HIV/aids, uma vez que a infecção se configura como um fator que agrega risco às relações sexuais, bem como, em face da ocorrência e da manutenção das relações afetivas, a exposição dos parceiros/as sexuais. A ameaça pode abalar a segurança e a estabilidade dos relacionamentos, principalmente quando a solicitação do uso de preservativos está em pauta (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Nesse sentido, em determinadas situações, se expressa o caráter normativo e interventor das ciências na saúde, na cultura e no cotidiano das pessoas, especialmente quando essa intervenção se refere a aspectos íntimos e particulares dos indivíduos, como a sua vida conjugal/sexual. Esta pode ser observada nas questões que envolvem a sexualidade e a reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV, nas quais, na maioria das vezes, o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos é criticado, desconsiderado e condenado pelos profissionais de saúde, os quais acabam pautando sua atenção no aconselhamento ao casal para não tentar e até evitar a gestação. (REIS; GIR, 2005; VERNAZZA *et al.*, 2006; MACHADO; JUNIOR, 2011).

Isto evidencia que estes casais estão em situação de vulnerabilidade, conceito este que permite a compreensão de que a aids contempla determinantes que vão além da ação patógena do vírus HIV (CALAZANS; FILHO; JÚNIOR; AYRES, 2004). A vulnerabilidade, nesta concepção, discute aspectos importantes para avançar sobre conceitos de grupo e comportamento de risco, pontuando fatores que podem colocar ou não a pessoa suscetível à infecção pelo HIV, independente de grupos ou comportamentos de risco. Assim, expõe que todos são biologicamente vulneráveis, pois se expostas ao vírus em um de seus modos de infecção, a pessoa pode ser infectada. Porém, para que isso ocorra, é necessário que alguma ação coloque esta pessoa em situação de vulnerabilidade à infecção, como, por exemplo, a relação sexual desprotegida (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Este conceito se sustenta em aspectos dinâmicos que abarcam questões econômicas, políticas, culturais e de estruturação de políticas e programas de saúde. Procura focalizar as situações diferenciadas de cada indivíduo de acordo com sua suscetibilidade, seja individual ou coletiva, frente à epidemia da aids. Segundo este conceito, estas situações são analisadas a partir de três planos analíticos que se inter-relacionam, a saber, os planos individual, social e programático (CALAZANS; FILHO; JÚNIOR; AYRES, 2004).

O plano individual se refere a como o indivíduo se percebe vulnerável à infecção pelo HIV a partir do conhecimento que ele adquiriu a respeito dessas questões. O plano social, que trata da acessibilidade das pessoas aos recursos que viabilizem melhores condições para prevenção e cuidado com sua saúde. E o plano programático, o qual trata da existência de ações institucionais que atendam às questões de HIV/aids (CALAZANS; FILHO; JÚNIOR; AYRES, 2004).

Diante disso, considerando os subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade, no Brasil, a notificação da aids em adultos na faixa etária de 25 a 39 anos totalizou 398.961 casos. Entre os homens, essa faixa etária corresponde a 54,0% e entre as mulheres, 50,3% do total de notificações de 1980 a junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Com o caráter de feminização da epidemia da aids, que representa o aumento do número de casos notificados de HIV entre mulheres, principalmente por transmissão sexual em relacionamentos heterossexuais estáveis, há a possibilidade de transmissão do vírus durante a gestação, o parto e a amamentação, caracterizando a transmissão vertical mãe-filho. No período entre o ano 2000 e junho de 2014 foram notificados 84.558 casos de gestantes que têm HIV no Brasil, dos quais 26.263 correspondem à Região Sul (BRASIL, 2004).

A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no Brasil correspondeu, em 2013, a 2,3 casos por 1.000 nascidos vivos. Salienta-se que a Região Sul apresentou uma taxa de detecção superior à média nacional, sendo aproximadamente 2,3 vezes maior que a nacional e, o estado dessa região com maior taxa de detecção, nesse período, foi o Rio Grande do Sul, com 9,3 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014).

No período de 1980 a junho de 2014, foram notificados 15.564 casos de aids em menores de cinco anos no Brasil, havendo uma redução de 35,7% na taxa de incidência de aids em crianças, nesta faixa de idade, nos últimos 10 anos. Essa taxa, nessa faixa etária, é utilizada como indicador de monitoramento da transmissão vertical (BRASIL, 2014).

A resposta brasileira à epidemia da aids se fundamenta na compreensão de que a saúde é direito de todos, assegurada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) permitindo estruturar um programa de acesso universal à prevenção, tratamento e cuidado à saúde em todas as suas dimensões (Brasil, 2012). Nessa perspectiva, a aids passa a adquirir o caráter de doença crônica, com aumento considerável da expectativa de vida das pessoas infectadas. Considerando estes dois aspectos, que foram possíveis em decorrência do êxito terapêutico, surgem outras necessidades das pessoas que vivem com HIV/aids, como as demandas reprodutivas e o direito ao exercício da paternidade e da maternidade (VENTURA, 2009).

Estas demandas são respaldadas legalmente por diretrizes governamentais que garantem os direitos de homens e de mulheres sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Constituem-se por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e da reprodução (BRASIL, 2005; VENTURA, 2009).

Entende-se como saúde reprodutiva o completo bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo. Implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo liberdade para decidir sobre o número de filhos e o espaçamento entre seus nascimentos, ter acesso aos meios necessários para o exercício de sua autonomia reprodutiva, livre de discriminação ou restrição de qualquer natureza. Destaca-se ainda o direito de acesso a serviços de

saúde que permitam à mulher condições de gestar e parir com segurança e que proporcionem aos casais maiores chances de ter um filho sadio. Isto em convergência ao direito à proteção social da maternidade, paternidade e família (NACIONES UNIDAS, 1995).

A saúde sexual se refere ao bem-estar dos indivíduos no que diz respeito à sexualidade, indo além das questões de ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis. Nesta definição, também deve ser considerada uma abordagem respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, assim como o direito de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, livres de coerção, discriminação e violência. A sexualidade é uma importante dimensão da vida das pessoas, contemplando aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Esta não deve ser compreendida somente quanto à questão reprodutiva, mas também é constitutiva das relações amorosas e afetivas entre as pessoas. (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006; BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a gestação representa um acontecimento natural, que pode guardar relação, ou não, com o desejo reprodutivo e de complemento da vida familiar. Entretanto, no contexto do HIV/AIDS, este acontecimento torna-se ameaçado pela soropositividade, em especial quando considerado o (des)conhecimento que a mulher tem sobre a doença. A mulher a percebe como uma nova condição capaz de impedir seu direito à reprodução e com isso a concretização de seu papel de mãe, pois frente à desinformação e ao estigma social da doença, muitas abdicam de seu desejo de maternidade pelo medo de transmitir o vírus ao filho. Ao terem acesso à possibilidade de prevenção da transmissão vertical, seus desejos de maternidade se manifestam (SANTOS; JUNIOR, 2010).

No que se refere à paternidade, faz-se necessária a superação da visão de que as mulheres são as únicas responsáveis pela reprodução e pelas práticas de anticoncepção, garantindo aos homens não apenas o direito como também a responsabilidade à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade remete ao direito do homem a participar de todo o processo reprodutivo/gestacional, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, assim como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança, ultrapassando a concepção de paternidade apenas como uma obrigação legal (BRASIL, 2008b).

As discussões envolvendo a temática reprodutiva no contexto do HIV/aids podem ser pensadas ponderando, dentre outros fatos, a utilização de biotecnologias, como a reprodução humana assistida (RHA); os novos arranjos familiares, considerando a possibilidade de reprodução entre casais heterossexuais e homossexuais; a feminização da epidemia; a forma de transmissão heterossexual em relacionamentos estáveis e a transmissão vertical do vírus. Tais fatores associados à questão da gestação no contexto do HIV/aids refletem que a atenção à saúde reprodutiva deste casal, em especial,

merece destaque (LANGENDORF, *et al.*, 2011a).

A produção científica sobre reprodução e HIV/aids aponta para questões como o impacto negativo na vida sexual das pessoas infectadas pelo HIV, representado pela diminuição do desejo e satisfação sexual. Também são destacados os riscos à saúde feminina e do bebê; o silêncio frente às questões associadas à gestação e HIV/aids; o discurso dos profissionais de saúde centrado no tratamento clínico e uso do preservativo, além da negação às pessoas que têm HIV/aids do direito à reprodução (INGRAM; HUTCHINSON, 1999; GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES, 2004a-b); CARVALHO; PICININI, 2006; GONÇALVEZ *et al.*, 2009).

Além disso, considerando a feminização da epidemia, diante do fato de viverem com HIV/aids, as mulheres têm uma diminuição do seu desejo de engravidar. Dentre os fatores que podem influenciar nesta redução, destaca-se o relacionamento com parceiro soronegativo ou desconsiderar a sorologia do parceiro, uma vez que a motivação em exercer seu direito reprodutivo e ter filhos com parceiro negativo se condiciona às perspectivas futuras relacionadas à criação do filho (FRIEDMAN, 2006).

O estigma social relacionado à epidemia do HIV/aids associa este fato a determinados padrões que fogem à convencionalidade de hábitos de vida e de família. Dessa forma, vincula a incompatibilidade à imagem da pessoa que vive com HIV/aids com os perfis de esposa/mãe e esposo/pai (PAIVA, 2002; GONÇALVEZ *et al.*, 2009). Isto implica negativamente no exercício do direito reprodutivo das pessoas que vivem com HIV/aids.

Em contrapartida, há crescente esforço na implementação de ações que defendam a legitimidade das questões reprodutivas das pessoas que vivem com HIV/aids. Isso, pautado na possibilidade que o tratamento antirretroviral, bem como a gestação e o parto assistidos, proporcionam relevante diminuição do risco de transmissão materno-infantil do HIV (OHL *et al.*, 2005).

No contexto do HIV/aids, os relacionamentos conjugais entre pessoas com sorologias distintas suscitaram o surgimento de uma categoria que contemplasse suas especificidades. Diante disso, tem-se a sorodiscordância, a qual designa a nomenclatura de casais sorodiscordantes àqueles que são sorologicamente diferentes, ou seja, quando um é soropositivo e ou outro é soronegativo (MAKSUD, 2002).

O número de casais sorodiscordantes que mantém relações de conjugalidade tem aumentado nos últimos anos, embora, desde 1980, já indicasse sua ocorrência tanto no Brasil como em outros países do mundo. Na perspectiva de naturalidade quanto à expectativa de homens e mulheres sobre o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, reflete-se sobre essa possibilidade na vivência de casais sorodiscordantes para o HIV (ABIA, 2004).

Ao se tratar da reprodução no contexto do HIV/aids, faz-se necessário destacar alguns aspectos que são peculiares ao casal heterossexual sorodiscordante. Tais aspectos compreendem desde os desafios enfrentados no plano social no que diz respeito à conjugalidade na situação de sorodiscordância, uma vez que o/a parceiro/a negativo está exposto à infecção pelo HIV, até a atenção à saúde do casal no que se refere ao planejamento reprodutivo.

Os casais que vivem em situação de sorodiscordância por vezes se isolam da família e dos amigos com receio de discriminação, convivendo com medo e culpa pelo sentimento de colocar o parceiro em risco. A discriminação é expressa e direcionada ao indivíduo na condição de soronegativo, pelo questionamento de que está se expondo ao risco de se relacionar com alguém que é positivo. À pessoa diagnosticada como soropositivo é imposta a cobrança de estar expondo alguém à possibilidade de infecção pelo HIV (MACHADO; JUNIOR, 2011).

No espaço acadêmico, a reprodução entre pessoas que vivem com HIV/aids, principalmente entre parceiros sorodiscordantes, tem favorecido o desenvolvimento de pesquisas e a produção do conhecimento que contemplam predominantemente os aspectos clínicos envolvidos nessa temática. Dentre eles, podem-se destacar as técnicas de RHA, a eficácia do tratamento antirretroviral como estratégias de redução do risco de transmissão do HIV/aids em relações sexuais desprotegidas visando à concepção, bem como aspectos éticos envolvidos nestes procedimentos (SEMPRINI *et al.*, 1992; MANDELBROT *et al.* 1997; SEMPRINI; FIORE; PARDI, 1997; ENGLERT *et al.*, 2001; KLEIN *et al.*, 2003; BARREIRO *et al.*, 2006; VERNAZZA *et al.*, 2006; MELO, M. G. *et al.*, 2008).

Ao que se refere às escolhas reprodutivas de mulheres infectadas pelo HIV, aquelas que são mais jovens e que vivem com seus parceiros/esposos estão mais propensas a engravidar. Associado a isso, a utilização de antirretrovirais desperta o otimismo destas mulheres em decorrência do aumento das taxas de sobrevivência proporcionadas pelo acesso universal gratuito ao tratamento, fazendo com que elas se mostrem mais desejosas a engravidar (FRIEDMAN, 2006).

Além disso, considerando esta propensão, destaca-se o aconselhamento voltado à prevenção, concepção e contracepção fatores importantes que devem constituir a assistência de mulheres e casais que vivem com HIV/aids. Isto com vistas à redução da incidência de gestações indesejadas, as quais evidenciam o potencial de transmissão pela infecção ou reinfecção do parceiro e a transmissão materno-infantil (FRIEDMAN, 2006).

Aos casais sorodiscordantes deve-se dar atenção especial quanto à realização do aconselhamento reprodutivo, devido a sua acentuada vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Diante das constatações objetivas concluídas, Friedman sugere que outros estudos que tratem das questões

reprodutivas com pessoas soropositivas e soronegativas, incluindo investigações qualitativas, devem ser desenvolvidas buscando a melhor compreensão sobre o impacto do HIV nas escolhas reprodutivas (FRIEDMAN, 2006).

A reprodução no contexto do HIV/aids requer que o casal esteja preparado para a vivência dos cuidados necessários, entre os quais a realização do tratamento para prevenção da transmissão vertical do HIV. Alguns decidem que querem engravidar e realizam o planejamento reprodutivo, outros engravidam sem realizar o planejamento, porém afirmam que a partir do nascimento do filho biológico constituem sua família. O casal que vivencia a sorodiscordância revela seu empenho em se reproduzir e se tornar pai e mãe (LANGENDORF, 2012).

A infecção do/a parceiro/a negativo é, nas relações afetivo-sexuais, uma das preocupações da pessoa que tem HIV/aids causando receio quanto à possível rejeição desse/a companheiro/a. Nesse sentido, a decisão de reprodução é influenciada pela condição de ter HIV, fazendo com que haja dúvidas, redução ou até desistência desse propósito. Em contrapartida, há casos em que, a partir da reprodução, a possibilidade de constituir família promove a união do casal no contexto do HIV/aids não considerando a condição sorológica como impeditivo para a realização desse projeto (OLIVEIRA; NEGRA; MARTINS, 2012).

Quanto ao exercício dos direitos reprodutivos do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV gerar, pensava-se de imediato nos serviços de RHA como única possibilidade para atender essa necessidade (SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008). Em contrapartida, a política nacional de HIV/aids já recomenda outras estratégias de fácil acesso para a concepção da gestação entre os casais sorodiscordantes com a utilização de tecnologias leves de reprodução, como planejamento reprodutivo e autoinseminação e profilaxia pré ou pós-exposição sexual da/a parceira/o negativo (BRASIL, 2010; 2012a).

Ao que se refere à profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) sexual, estas se mostram como novas tecnologias de prevenção, que, ponderando também os desafios para sua implementação, podem contribuir com o campo da prevenção. A PEP consiste na ingesta de antirretrovirais por 28 dias, com início em até 72 horas após a exposição ao HIV, considerando que este é o tempo entre a entrada do vírus no organismo e a chegada aos linfonodos regionais. Acredita-se que este seja o prazo máximo para utilização dos antirretrovirais como estratégia efetiva na redução da inoculação viral (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015; IRVINE; EGAN; SHUBBER *et al.*, 2015).

A PrEP se constitui pela utilização de antirretrovirais antes da exposição sexual ao vírus e

representa uma estratégia promissora para prevenção da infecção pelo HIV considerando também os relacionamentos heterossexuais, uma vez que já se mostrou eficaz na redução da incidência de infecção pelo HIV em homens que fazem sexo com homens. Dentre a população heterossexual que pode ser beneficiada pelo PrEP, destacam-se os casais sorodiscordantes, que, de acordo com estudo realizado com esta população, concluiu-se que esta nova tecnologia também demonstrou ser eficaz (GRANT *et al.*, 2011; BAETEN *et al.*, 2012).

Compreende-se a necessidade de assegurar a saúde materna, neonatal e infantil, e implantar programas de planejamento familiar que atuem de forma integrada, capazes de produzir resultados de qualidade e que levem a desfechos satisfatórios na área da saúde. É relevante incluir, de forma significativa, as mulheres que têm HIV no desenvolvimento e implementação destes, para que possam atuar como parceiras na atenção à saúde. Além disso, intensificar esforços para garantir o envolvimento e o apoio dos homens em todos os aspectos destes programas, enfrentando a discriminação relacionada ao HIV e ao gênero que impede o acesso e a utilização dos serviços (UNAIDS/ONUSIDA, 2011).

Amparados legalmente, os casais contam com o respaldo da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que assegura o planejamento familiar como direito de todo cidadão. De acordo com a legislação, a prática integra um conjunto de ações de atenção à saúde da mulher, do homem e do casal como parte de uma visão ampla que preconiza o atendimento integral à saúde da população (BRASIL, 1996). Além disso, considerando o HIV/aids, tem-se o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DSTs que norteia a implantação e implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009).

Pode-se ainda citar também a Rede Cegonha, estratégia lançada pelo Ministério da Saúde e fundamentada nos princípios da humanização e da assistência a fim de garantir direitos à mulher e à criança no período gravídico-puerperal. Dentre estes, podem-se destacar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério. Além disso, na perspectiva da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, esta política pública visa a promoção, prevenção e tratamento das DST/Aids (BRASIL, 2011).

Considera-se a necessidade de que os serviços de saúde respondam às demandas de gestantes e mulheres que têm HIV, e também seus parceiros e famílias, no período gravídico puerperal. Bem como, a relevância do apoio às gestantes e seus parceiros no acesso aos serviços de testagem e aconselhamento em HIV, livre de estigma e de discriminação, com a liderança das autoridades nacionais e internacionais para garantir que isso aconteça (UNAIDS/ONUSIDA, 2011).

Diante das considerações expostas é que emergiu a inquietação para o desenvolvimento da presente investigação. Assim, a partir dos fatos apresentados, considerou-se como relevante o empenho em buscar compreender esse fenômeno desvelando facetas do vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV.

Ante a essa compreensão, teve-se como proposta fundamentar metodologicamente esta investigação no referencial teórico e filosófico de Martin Heidegger que apresenta o ser humano como um ser de possibilidades que existe sendo e se relacionando no mundo. Em seu existir e no se relacionar com os outros no mundo expressa significados sobre sua vivência e experiência na dimensão dos fatos de sua vida, denominada pelo filósofo de dimensão fática ou ôntica. Sendo que somente a partir dessa significação torna-se, metodologicamente, possível desvelar a dimensão fenomenal dos sentidos, que se refere ao ontológico (HEIDEGGER, 2011).

A experiência de cuidado e entendimento da relevância de compreender sentimentos e significados que o ser humano confere ao que vivencia, aponta para a possibilidade do delineamento de investigações pautadas neste referencial. Além disso, possibilita alcançar a essência do fenômeno desvelando facetas da dimensão existencial, ontológica, referentes ao modo de ser do humano (PADOIN; SOUZA; PAULA, 2010). Nesta investigação tratou-se como fenomenal o vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV.

Entende-se que uma investigação que procura abranger o movimento existencial do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV diante do vivido da reprodução pode contribuir para reconhecer as necessidades e demandas desta população. A partir desse reconhecimento, tem-se como possibilidade traçar estratégias para assistência à saúde reprodutiva do casal, vislumbrando a garantia dos seus direitos nesse campo. E, ainda, a prevenção e controle do HIV/aids com vistas a impedir tanto a infecção do/a parceiro/a que não tem HIV, como a transmissão vertical e ainda o controle da infecção no/a parceiro/a que tem HIV.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde podem ser entendidos como promotores das ações de atenção à saúde reprodutiva do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV. Além disso, têm a possibilidade de efetivar a implementação dos recursos amparados pelas políticas de planejamento familiar e reprodutivo e de enfrentamento ao HIV/aids a partir da incorporação destas, de maneira ampla, nas suas práticas cotidianas de trabalho. Dentre esses profissionais, pode-se destacar o/a enfermeiro/a como partícipe dessas ações.

Dessa forma, busca-se com este estudo contribuir para fortalecimento do planejamento assistencial do/a enfermeiro/a, bem como o de outros membros da equipe de saúde, com vistas a

contemplar a assistência reprodutiva ao casal heterossexual sorodiscordante para o HIV e as necessidades vivenciadas por este neste processo. Ressalta-se o planejamento das ações do enfermeiro/a, pois este/a compõe ativamente a equipe de saúde oferecendo assistência ampliada no pré-natal, no parto, no puerpério e puericultura, bem como no desenvolvimento de ações educativas, sustentadas em produção científica (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Destaco meu interesse na problemática das pessoas no contexto do HIV/aids a partir da inserção e participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GPPEFAS), vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. As atividades desenvolvidas se referem a linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids”.

Nesse contexto acadêmico, participei de projetos de pesquisa e de extensão na graduação e na pós-graduação dentre os quais destaco a inserção nos projetos de natureza extensionista “Acompanhamento multidisciplinar de crianças que convivem com HIV/aids e seus familiares ou cuidadores” e “Lúdico e educação: uma proposta para humanizar o cuidado de enfermagem às crianças que convivem com HIV/aids”. Ambos desenvolvidos no serviço de referência em infectologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Participei, ainda, como mediadora em espaço dialógico grupal denominado Grupo Anjos da Guarda, com os familiares/cuidadores das crianças (PADOIN; PAULA, 2012), tendo me inserido nessas atividades a partir de outubro de 2009. Nessa vivência, compreendi o quanto ainda se deve avançar no enfrentamento da epidemia da aids, considerando os fatores de vulnerabilidade aos quais essa população está exposta (LANGENDORF *et al.*, 2012).

Durante as atividades acadêmicas de estágio supervisionado no Ambulatório do HUSM, a aproximação com gestantes que vivem com HIV/aids no pré-natal de alto risco, foi determinante para motivar reflexões referentes à complexidade que envolve a transmissão vertical do HIV. Na elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem (TCC), que objetivou compreender o cotidiano de cuidado das mulheres que têm HIV/aids no tratamento profilático da transmissão vertical, emergiu a carência de uma rede social ampliada dessa população, em especial no que se referiu a inclusão do companheiro nesse momento (LANGENDORF, 2010, LANGENDORF *et al.*, 2011b).

Com minha inserção, em nível de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, ampliei o olhar à temática da prevenção da transmissão vertical do HIV sob a perspectiva do casal. Dar voz ao casal possibilitou contemplar a lacuna apontada na pesquisa do TCC, também

buscando dar visibilidade à participação do companheiro nos cuidados relacionados com a profilaxia.

A continuidade da produção do conhecimento no aprofundamento no mestrado permitiu desvelar o sentido do ser-casal no vivido dos cuidados para profilaxia da transmissão vertical do HIV. Nesse estudo, concluído em junho de 2012, o ser-casal, a maioria sorodiscordante, deu pistas de que desejava ter seu filho/a e o que mais queriam era ser pai e mãe, e com isso constituir sua própria família (LANGENDORF, 2012; LANGENDORF; PADOIN; PAULA *et al.* 2015a; LANGENDORF; PADOIN; PAULA *et al.* 2015b; LANGENDORF; PADOIN; PAULA *et al.* 2015²; PADOIN; LANGENDORF; PAULA *et al.* 2016³).

1.1 Questão norteadora, objeto e objetivo do estudo

Ainda que alguns conceitos sobre a aids permaneçam pouco esclarecidos e discutidos tanto entre a população quanto entre os profissionais que a atende, o empenho para minimizar a carência nos esclarecimentos e discussões é considerável, mesmo que discreta. Tal empenho se traduz pelos casais que vivem com HIV/aids e procuram o serviço de saúde para realizar o planejamento reprodutivo, bem como pelos profissionais que os atendem, livre de discriminação ou coerção e expõem as possibilidades saudáveis e seguras para concretização desse projeto. Mesmo com tais avanços, é necessário ousar e investir na perspectiva da subjetividade para alcançar a compreensão de quem é esse casal que busca apoio, amparo e assistência digna e de qualidade na atenção de saúde, e em especial, quanto ao aspecto reprodutivo.

Nessa perspectiva, questionou-se: como o casal heterossexual vivencia a reprodução na situação de sorodiscordância para o HIV/aids? Para tanto, tem-se como **objeto de estudo**: o vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV.

Buscou-se desenvolver esta investigação numa abordagem existencial, fundamentada no referencial metodológico de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2011) tendo como **objetivo**: desvelar o sentido do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV no vivido da reprodução.

1.2 Justificativa do estudo

As perspectivas inerentes às questões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/aids em inúmeras situações permanece em silêncio nos serviços de saúde. Esse silêncio pode ser interpretado

² Artigo aceito para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

³ Artigo aceito para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem.

como uma maneira de o profissional de saúde não se deter no aprofundamento de uma situação que ainda promove divergência de opiniões. Assim, ora as orientações sobre a reprodução permeiam o risco da transmissão vertical do HIV como forma de desestimular a decisão, ora as orientações versam sobre a profilaxia. Assim, entende-se que a atenção reprodutiva ao casal vivendo com HIV/aids deve considerar além do controle da infecção o bem-estar das pessoas, partindo de suas necessidades com intuito de chegar a adequada situação de cuidado (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006).

A postura e atuação dos profissionais de saúde ainda são permeadas por pré-concepções no que se refere às questões reprodutivas no contexto do HIV/aids. Podem ser observadas tanto uma postura desfavorável, quanto uma outra que afirma orientação e apoio dos profissionais frente a estas questões sem, contudo, apresentar soluções específicas pautadas nas situações singulares de cada casal, ou seja, em suas necessidades e demandas.

A conduta desfavorável pauta-se no entendimento de que a soropositividade representa uma potencialidade para a disseminação da infecção, por meio da reprodução. Com isso, os profissionais de saúde esperam impedir o aumento da epidemia de infecção pelo HIV ao não participarem de maneira favorável para concretização do desejo reprodutivo da mulher ou do casal (SANTOS; JUNIOR, 2010)

A comum reação contrária à gravidez pode prejudicar as pessoas que vivem com HIV e desejam ter filhos, uma vez que a falta de apoio dos profissionais de saúde pode ocasionar déficit nos cuidados de saúde e não participação nas ações de aconselhamento. E dessa forma, dificultar o acesso às melhores opções para engravidar, bem como a prevenção da transmissão do HIV para o/a parceiro/a negativo e para o bebê (PAIVA *et al.*, 2007).

Dessa forma, justifica-se o desenvolvimento deste estudo, considerando também a necessidade de explorar, no campo científico, os aspectos humanos, sociais e existenciais do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV no contexto da reprodução. A partir disso, pensa-se na possibilidade de fortalecer as ações de saúde voltadas para essa população, pautadas no planejamento que possa contemplar e ajudar a superar as necessidades e desafios por eles vivenciados.

Além disso, esta pesquisa foi desenvolvida em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008a), tendo como pressupostos o respeito pelas necessidades nacionais e regionais de saúde, seguindo os princípios do SUS, com vistas à contribuição para a produção de conhecimento em áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. Assim, esta investigação se insere nos seguintes subtemas da agenda:

- a) DST/aids em mulheres: Reprodução, sexualidade e HIV (BRASIL, 2008a, p. 25);
- b) HIV/aids no casamento (BRASIL, 2008a, p. 25);


- c) Determinantes das condições de saúde da mulher, com ênfase nos aspectos ambientais e familiares (BRASIL, 2008a, p. 25);
- d) Efetividade das ações de controle das DST/ HIV (BRASIL, 2008a, p. 26);

2 SOLO DE TRADIÇÃO – CONHECIMENTO PRÉVIO ACERCA DA TEMÁTICA

O solo de tradição em conformidade com o referencial teórico, filosófico e metodológico do estudo é a descrição do conhecimento já produzido, considerando a tradição científica e abrangendo as diferentes dimensões possíveis que se referem à temática em questão. Esta descrição constitui a base para o entendimento do agora presente, pois contempla o conhecimento prévio sobre aquilo que se está tratando. Refere-se à *posição prévia* e engloba as pré-reflexões sobre a temática que emergem do conhecimento já produzido e revisado (HEIDEGGER, 2011).

2.1 Contextualização sobre a temática – HIV/AIDS

Os primeiros casos de aids ocorreram nos Estados Unidos (EUA), Haiti e África Central em 1977 e 1978, sendo que somente foram descobertos e definidos como tal em 1982, quando a doença foi classificada como uma nova síndrome. A partir disso, uma série de novos casos e acontecimentos envolvendo esta doença ocorreram, os quais podem ser analisados na linha do tempo a seguir, a qual teve como suporte para elaboração os materiais consultados em Galvão, 2002 e Brasil, 2013:



1980 – primeiro caso de aids no Brasil, em São Paulo, também só confirmado em 1982. Este caso foi identificado como masculino e por transmissão sexual;

1981 – primeiras preocupações das autoridades de saúde pública dos EUA com esta misteriosa doença. No Brasil, é apresentada uma das primeiras notícias sobre a AIDS sob o chamado “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”;

1982 – 1985⁴: período de abertura política e transição da ditadura militar para democracia.

1982 – nomenclatura temporária de Doença dos 5H: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo);

1983 – primeiro caso notificado de aids em criança; Primeiras críticas ao termo grupos de risco; Primeiro caso de aids em mulheres no Brasil; Criação do primeiro Programa de AIDS no Brasil, em nível de Secretaria de Saúde em São Paulo;

⁴ Análise desenvolvida por Richard Parker acerca do cenário político do Brasil em consonância às respostas políticas à epidemia da AIDS (GALVÃO, 2000).

1984 – identificados 140 casos de AIDS, dos quais 7 são em mulheres, e, 105 óbitos, dos quais 5 entre mulheres;

1985 – descoberta de que a doença é causada por um retrovírus, denominado de HIV, sendo a aids a fase final da doença; disponibilizado o primeiro teste anti-HIV para diagnóstico; Primeiro caso de transmissão vertical do vírus. Criação em São Paulo, da primeira ONG dedicada somente à AIDS – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA);

1986 – 1990²: período de gradual redemocratização sob o governo do José Sarney. Criação de uma resposta à epidemia em nível federal.

1986 – Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de DST e Aids; Fundação, no Rio de Janeiro, da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, a qual foi a primeira ONG/AIDS a ter uma pessoa assumidamente soropositiva na presidência; A AIDS passa a ser uma doença de notificação compulsória;

1987 – Início da circulação do Boletim Epidemiológico AIDS;

1988 – Criação do Programa Nacional de AIDS no âmbito do Ministério da Saúde; Inicia o fornecimento de medicações para o tratamento das infecções oportunistas; É proibida a comercialização de sangue no Brasil;

1989 – Realização dos dois primeiros encontros nacionais de ONGs/AIDS; O Boletim Epidemiológico apresenta 6.371 casos de AIDS, dos quais 905 são em mulheres, e 4.893 óbitos, dos quais 666 entre mulheres;

1990 – 1992²: Governo Collor. Sensação de otimismo em decorrência da eleição para presidente da República. Esperança de mudança nas políticas direcionadas ao HIV/AIDS. Suspensão das principais relações internacionais do programa nacional de AIDS e antagonismo entre o programa e os demais setores envolvidos na formulação de respostas à epidemia.

1991 – inicia-se o processo para aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais; Presidente da República faz pronunciamento em cadeia nacional alusivo ao dia 1º de Dezembro – Dia Mundial de Luta Contra a AIDS;

1992 – 1997²: estabelecimento de um novo governo após *impeachment* do Collor. Maior colaboração em contraposição a experiência desastrosa da administração anterior no programa nacional de AIDS.

1992 – início do credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com aids;

1993 – início da notificação da aids no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN); No Brasil os casos notificados já chegam a 16.760; Assinatura do primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial para financiamento do “Projeto de Controle da AIDS e DST”; Zidovudina começa a ser fabricado no Brasil por laboratório privado;

1994 – Publicação do estudo *AIDS Clinical Trial Group Study 076* (ACTG 076), o qual demonstra a eficácia da Zidovudina (AZT) na prevenção da transmissão vertical do HIV;

1996 – Lei garante o recebimento de medicação gratuita para tratamento da aids; Aumento da infecção entre mulheres, população de baixa escolaridade e renda, a doença dirige-se para os municípios do interior do Brasil; Inicia-se a utilização de esquema antirretroviral tríplice; Programa Nacional de DST e Aids lança o primeiro consenso em terapia antirretroviral;

1999 – diminuição da mortalidade dos pacientes com aids em 50%, com melhora significativa da qualidade de vida; Organizações da sociedade civil se manifestam nacionalmente para pedir a liberação de recursos financeiros para compra de medicamentos para AIDS, pois a compra destes ficou comprometida pela desvalorização cambial;

2000 – aumenta o número de mulheres infectadas no Brasil, com a proporção de casos notificados de aids de uma mulher para cada dois homens; Ministério da Saúde estima ter economizado cerca de 677 milhões de dólares em internações e tratamento de infecções oportunistas em pessoas vivendo com HIV/AIDS por conta da utilização dos antirretrovirais (ARVs) entre os anos de 1997 a 2000;

2001 – Brasil já produz sete ARVs;

2006 – Brasil reduz em mais de 50% o número de casos de transmissão vertical;

2009 – o Programa Nacional de DST e Aids passa a ser o Departamento de DST, Aids e hepatites virais; Desde o início da epidemia já são 544.846 casos notificados no país;

2010 – Publicação do *iPrEx (Pre-exposure Prophylaxis Initiative) study*, o qual comprova a eficácia da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP) (Grant; Lama; Anderson; McMahan; Liu; Vargas *et al.*, 2010); Ministério da Saúde publica Suplemento III – Tratamento e Prevenção, complementando as Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV de 2008, indicando a utilização de ARVs para profilaxia pós-exposição sexual;

2011 – Publicação do estudo HPTN 052 (*HIV Prevention Trials Network*), o qual comprova a eficácia da Terapia Antirretroviral como forma de prevenção, evidenciando que com a utilização dos ARVs há redução da replicação viral limitando a transmissão do vírus (Cohen; Chen; McCauley; Gamble; Hosseinipour; Kumarasamy *et al.*, 2011)

2012 – Ministério da Saúde inclui a possibilidade de antecipar o início do tratamento entre parceiros sexuais fixos sorodiscordantes;

2013 – Política de tratamento como prevenção do HIV é adotada no país; Uso dos antirretrovirais é indicado para qualquer fase da doença;

Mesmo com os avanços conquistados no decorrer da evolução da epidemia, esta continua sendo um desafio no campo da saúde, com amplitude global (UNAIDS, 2010). Este desafio é evidenciado pelos esforços conjuntos internacionais para combater a doença, como a inclusão desta tarefa como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000.

O objetivo de número 6 trata do Combate ao HIV/aids, malária e outras doenças. Nele está previsto deter a propagação do HIV/aids e garantir o acesso universal ao tratamento até 2015, utilizando como estratégias a promoção de campanhas de informação, mobilização e prevenção à aids; estímulo ao uso do preservativo, exigência de sangue testado para transfusão, não compartilhamento de

seringas e agulhas para prevenir a infecção pelo HIV e o incentivo do debate entre a universidade, as escolas e a comunidade para atingir mais amplamente este objetivo (ONU, 2000).

Observa-se que mesmo após 15 anos de trabalhos em colaboração internacional para atender este objetivo, muito ainda é necessário avançar para atingir o combate ao HIV/aids. Dentre os avanços, compreende-se que a prevenção, a assistência e o apoio às pessoas que vivem com HIV/aids somente conquistam a eficácia esperada quando são reconhecidas a dignidade e a diversidade de todas as pessoas neste contexto. Neste reconhecimento vale destacar a discriminação como fator que afasta as pessoas do sistema de saúde e fragiliza a adoção de cuidados para si e para com os outros (UNAIDS, 2007).

O HIV/aids é um tema complexo e dinâmico, que exige adaptação e flexibilidade para atender os novos desafios e tendências que continuamente redefinem a epidemia. Para tanto, é essencial considerar as questões que implicam diretamente na vulnerabilidade à infecção de indivíduos e sociedade ou que dificultam o acesso à atenção e ao tratamento (UNAIDS, 2010).

Com vistas ao acompanhamento desta dinamicidade, a vigilância epidemiológica do HIV/aids é uma ferramenta importante, porque visa a melhor caracterização e monitoramento de tendências, do perfil epidemiológico e da vulnerabilidade da população infectada. Como resultado é possível aprimorar a política pública de enfrentamento à epidemia (BRASIL, 2014).

Publicada em junho de 2014, a Portaria Ministerial nº 1.271, que define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, contribui com a inclusão da notificação da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana como estratégia na busca pelo combate ao HIV/aids. Com esta inclusão espera-se nos próximos anos intensificar a notificação de casos de infecção pelo HIV para melhor subsidiar intervenções eficazes para prevenir a transmissão do vírus e reduzir a morbimortalidade pela aids (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva de redução da morbimortalidade, o Brasil ratifica seu compromisso com a meta 90/90/90 até 2020. Esta meta pretende que 90% de pessoas vivendo com HIV/aids conheçam seu estado sorológico; que 90% das pessoas HIV positivas estejam em tratamento; e que 90% das pessoas em tratamento estejam com carga viral indetectável (BRASIL, 2014). O alcance desta meta contribui de maneira significativa não somente para o controle da epidemia como também para melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

A modificação do cenário da epidemia no Brasil, caracterizando o perfil crônico da doença, foi possível considerando o acesso universal gratuito ao tratamento e a prevenção do HIV e DST. Estas duas principais ações tornaram realidade a queda na taxa de transmissão vertical do HIV, a redução da

morbimortalidade da infecção e o aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2010).

A manutenção destas conquistas continua sendo um desafio e para tanto, consideram-se relevantes o desenvolvimento de ações com o objetivo de redução das condições de vulnerabilidade, adoção de práticas sexuais seguras, promoção dos direitos humanos e a redução do estigma. Estas ações permanecem sendo estratégias centrais da política brasileira de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV (BRASIL, 2010), as quais devem ser fortalecidas na assistência, nas atividades de ensino e de pesquisa e junto à sociedade com a finalidade de avançar nas conquistas já obtidas no campo do HIV/aids.

2.2 Contextualização sobre a temática – Direitos Sexuais e Reprodutivos

Este subitem do capítulo correspondente ao solo de tradição foi elaborado a partir de estudos e das discussões, bem como das experiências e vivências decorrentes da oportunidade de realizar Estágio de Doutorado Sanduíche⁵ desenvolvido no período correspondente a 01 de outubro de 2014 a 30 de janeiro de 2015 na *Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia (UMU) – España*, sob orientação no exterior⁶ da Prof^a Dr^a Pilar Almansa Martínez⁷.

Dentre as atividades desenvolvidas, participei daquelas inerentes ao Grupo de Pesquisa coordenado pela Prof^a Pilar Almansa, o qual se insere na linha de pesquisa: “*Factores relacionados con el derecho a la salud de la mujer en el mundo*”. Configurando-se uma contribuição desta atividade acadêmica internacional para elaboração da tese, a partir do aprofundamento teórico acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

⁵ Por intermédio de uma colega doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery que fez Estágio de Doutorado Sanduíche no Exterior na *Universidad de Murcia* fiz o primeiro contato por e-mail, em abril de 2013, com a Prof^a Pilar Almansa Martínez. Nesta oportunidade me apresentei e expressei o interesse na realização do Estágio sob sua orientação no exterior. Em sua resposta a Prof^a se mostrou aberta a esta possibilidade e a partir disso se deu início a elaboração do Plano de Estudos, o qual foi submetido à análise para concorrer à bolsa pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) provida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diante disso, fui contemplada com a bolsa para realização do Estágio de Doutorado Sanduíche no Exterior por um período de 4 meses na *Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia – España*.

⁶ Esta é a expressão utilizada pela CAPES para se referir ao Professor que desenvolve tutoria ao estudante na Instituição que o recebe no exterior.

⁷ A Prof^a Dr^a Pilar Almansa Martínez está vinculada à *Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia* exercendo sua função como professora universitária nos cursos de Graduação em Enfermagem e na Pós-Graduação no Mestrado em Saúde, Mulher e Cuidados e no Doutorado em Investigação e Cuidados. É orientadora nestes três cursos e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão com temas que envolvem direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos, como a saúde da mulher que vive com HIV/AIDS e principalmente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que sofrem mutilação genital.

Uma das definições sobre direitos sexuais e reprodutivos (DSR) estabelece que este campo envolve questões de poder e de recursos, no qual se tem o poder de decidir com respaldo de informações seguras sobre a sua fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e sexualidade. E para isso, são necessários recursos que viabilizem esta tomada de decisão de forma segura. Compreende-se que as políticas de fortalecimento desse direito, e com isso os recursos, devem ser direcionadas às condições sociais nas quais as pessoas estão inseridas, para que assim possam modificá-las (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

A expressão direitos reprodutivos é recente, acredita-se que tenha origem em 1979, nos Estados Unidos, com a fundação da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos. Porém, seus ideais têm origem mais antiga, quando se discutia a capacidade das mulheres em decidirem se queriam, quando e como queriam ter seus filhos, já nos movimentos feministas de controle de natalidade, os quais se desenvolveram principalmente entre os socialistas ingleses por volta de 1830 (CHESLER, 1992).

Com sua história mais recente, a definição de direitos sexuais foi formulada inicialmente nos anos de 1990, no âmbito dos movimentos homossexuais europeus e norte-americanos, tornando-se pauta também nos movimentos feministas. Os DSR têm como base os direitos humanos, e foi a partir de importantes documentos, que tinham estes como pauta principal, é que tiveram início as discussões sobre os DSR (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006), de acordo com o descrito a seguir:

Carta das Nações Unidas (1945) - elaborada pelos representantes de 50 países presentes na Conferência sobre Organização Internacional, logo após o término da Segunda Guerra Mundial. É considerada de extrema relevância para a consolidação dos Direitos Humanos, estabelecendo como um de seus princípios promover a cooperação internacional para a solução de problemas sociais, econômicos, culturais ou de caráter humanitário. Sua principal diretriz é incentivar o respeito aos Direitos Humanos e liberdades fundamentais para todos os cidadãos (ONU, 1945).

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) – reafirma ser essencial a proteção aos direitos do Homem e o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações. Proclama a fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e declara o favorecimento do progresso social e a instauração de melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla (ONU, 1948).

I Conferência Mundial sobre a Mulher (Cidade do México, 1975) - reconhece o direito da mulher à integridade física, à autonomia de decisão sobre seu corpo e o direito à maternidade opcional. No contexto da Conferência, foi declarado o período de 1975-1985 como "Década da Mulher" (UN, 1976).

II Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993) – defende o direito dos homens, das mulheres e das crianças como componente imprescindível dos direitos humanos universais. Além disso, destaca a participação da mulher nos campos político, civil, econômico, social e cultural, nacional e internacionalmente, repudiando toda e qualquer forma de discriminação tendo como referência o sexo da pessoa (ONU, 1993).

III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) – valoriza a harmonia entre homens e mulheres na busca por igualdade e justiça. Teve como um de seus temas centrais os direitos sexuais e reprodutivos (ONU, 1994).

IV Conferência Mundial sobre a mulher (Beijing, 1995) - consagrou três inovações relevantes na luta pela promoção da situação dos direitos da mulher: o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade. Tais inovações conceituais implicam no reconhecimento de que a desigualdade entre homens e mulheres é uma questão de direitos humanos e não apenas uma situação decorrente de problemas econômicos e sociais (ONU, 1995).

Declaração do Milênio (2000) - objetiva promover o desenvolvimento global com base no que foi defendido na Declaração dos Direitos Humanos, almejando paz, segurança, desarmamento, erradicação da pobreza, proteção dos vulneráveis e reforço das Nações Unidas. Neste momento também foram estabelecidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entre eles: promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; melhorar a saúde materna e combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças (ONU, 2000).

Estes foram alguns dos documentos internacionais que tiveram maior implicação no avanço das discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, que contribuíram de diferentes formas para que atualmente se obtivesse a concordância de algumas afirmativas sobre estes direitos.

Dentre eles, a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que ocorreu em 1994 no Cairo, conhecida também como Conferência do Cairo, representa um marco decisivo na evolução dos direitos das mulheres com repercussões importantes para os direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Este foi o maior e mais importante evento de abrangência internacional realizado com o objetivo de discutir e efetivar avanços nas questões referentes ao desenvolvimento populacional (ONU, 1994).

A CIPD foi o primeiro encontro mundial, reunindo 179 países, que tratou de todos os aspectos relacionados à vida humana de forma abrangente. Nela foi desviado o foco das discussões sobre o controle do crescimento populacional como condição para o avanço da situação econômica e social dos

países à medida que os direitos humanos e a ampliação das possibilidades de atuação da mulher foram reconhecidos como determinantes para a qualidade de vida das pessoas (ONU, 1994).

Nessa perspectiva, houve concordância entre as lideranças que participaram deste evento de que a saúde reprodutiva é um direito humano, que se configura como elemento fundamental da igualdade de gênero. Diante disso, foi elaborado um Plano de Ação, que contemplou ações correspondentes ao crescimento econômico e desenvolvimento sustentável; igualdade e equidade entre os sexos e atribuição de poder à mulher; papel, direitos, composição e estrutura da família; crescimento e estrutura da população; direitos reprodutivos e saúde reprodutiva; saúde e morbimortalidade; distribuição populacional, organização e migração interna; migração internacional; população desenvolvimento e educação; tecnologia, pesquisa e desenvolvimento e ação nacional; cooperação internacional e colaboração com o setor não governamental (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA, 1995).

O capítulo IV deste Plano, que trata da atribuição de poder à mulher no contexto da igualdade entre homens e mulheres, indica a necessidade de oferta ao acesso à educação e aos serviços de saúde e promoção do desenvolvimento profissional e as oportunidades no mercado de trabalho. Considera a relevância de incorporar as mulheres no processo de formulação e de tomada de decisão no campo econômico, político e cultural, garantindo seu benefício ao satisfazer suas necessidades humanas e no exercício de seus direitos humanos (UNFPA, 1995).

Quanto à igualdade e equidade entre os sexos, este capítulo aponta como fator preponderante para que isto ocorra, a responsabilidade e participação masculina nesse processo. Com isso o Plano propõe a igualdade de gênero, encorajando e permitindo que o homem assuma suas responsabilidades no que diz respeito ao seu comportamento sexual e reprodutivo e pelo seu papel na sociedade e na família. Neste item os governos devem participar promovendo a participação igualitária da mulher e do homem nas áreas que dizem respeito à responsabilidade familiar, como comportamento sexual e reprodutivo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, partilha da contribuição para o rendimento familiar e bem estar dos filhos (UNFPA, 1995).

O capítulo VII deste Plano, além de expor o que constitui os direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva, conforme já foi apresentado, define que todos os países devem se esforçar para promover o acesso à saúde reprodutiva, por meio do sistema primário de saúde, a todas às pessoas. Isto inclui o aconselhamento sobre planejamento familiar, a informação, educação, comunicação e serviços para atender às necessidades sexuais e reprodutivas, a assistências pré, peri e pós natal, a prevenção e tratamento de esterilidade e aborto, o tratamento de infecções do sistema reprodutivo e de doenças

sexualmente transmissíveis, o aconselhamento e educação sobre sexualidade, saúde reprodutiva, paternidade e maternidade responsáveis (UNFPA, 1995).

A CIPD promoveu um acordo global no qual foi firmado o compromisso entre as nações para promoção e desenvolvimento, nos 20 anos seguintes, dos pontos que foram discutidos nesta conferência. Diante disso, foram necessárias avaliações para verificar o andamento das ações propostas no Plano de Ação, as quais foram realizadas a partir de reencontros de lideranças internacionais, com um intervalo de 5 em 5 anos entre um encontro e outro, após a Conferência do Cairo. Dessa forma, ocorreram as conferências correspondentes ao CIPD +5, CIPD +10, CIPD +15 e CIPD +20.

Quanto aos direitos reprodutivos o relatório da CIPD +5, correspondente à América Latina e Caribe, aponta que estes foram amplamente reconhecidos pelos países desta região. Este reconhecimento pode ser observado a partir das diferentes maneiras com que cada país se organizou para atender a esta proposta como a constituição política, as leis, as políticas de população e programas nacionais de planejamento familiar (ONU, 1999).

Dentre os maiores desafios encontrados para atender a estas propostas encontra-se a criação de condições jurídicas, institucionais e sociais para o exercício crescente dos direitos reprodutivos. Além disso, neste momento também se mostrou um desafio ampliar o âmbito desses direitos ao incluir os direitos sexuais, os quais tem origem a partir do conceito de saúde reprodutiva, já anunciado no Plano de Ação da CIPD (ONU, 1999).

Na CIPD +10 os países da América Latina e Caribe reafirmam o compromisso em revisar e implementar a legislação que garante o exercício responsável dos direitos reprodutivos de forma que as pessoas tenham acesso, sem discriminação, aos serviços de saúde. Além disso, se compromete a incluir nos relatórios nacionais informações sobre a promoção e respeito aos direitos reprodutivos (ONU, 2004).

A CIPD +15, no que diz respeito, no Brasil, aos avanços no campo dos direitos reprodutivos 15 anos após a Conferência do Cairo, demonstra que tem se dado prioridade, num processo contínuo e consistente, ao campo da saúde no que se refere à promoção e exercício dos direitos reprodutivos. As conquistas provenientes disso podem ser visualizadas nas áreas relacionadas à anticoncepção; redução das desigualdades regionais; melhoria no acesso e qualidade do pré-natal; melhoria na assistência relacionada ao câncer de mama e de colo de útero e à aids; saúde das mulheres negras e jovens e entre a população masculina. Mesmo com avanços, faz-se necessário ponderar que há épocas ainda haviam problemas a serem superados, como a assistência ao abortamento e a educação sexual (BERQUÓ, 2009).

Na CIPD +20 foram discutidos os avanços, desafios, lacunas e questões emergentes no período de 20 anos transcorridos desde a CIPD em 1994. Assim foi elaborado o plano CIPD além de 2014, a partir da revisão do Plano de Ação do Cairo, com novas recomendações em prol dos direitos e desenvolvimento da população. Esta proposta coloca os direitos humanos e a dignidade individual como base das ações, acreditando que o reconhecimento das capacidades e direitos individuais é a chave para o desenvolvimento de todas as áreas (ONU, 2014).

Quanto à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, a CIPD além de 2014 aponta que o percentual de morbidade relacionado a problemas de saúde sexual e reprodutiva diminuiu em 2010 se comparada a 1990, exceto na Ásia Meridional e na África. A mudança no índice de morbidade devido a problemas de saúde sexual e reprodutiva se deve principalmente à redução dos casos de enfermidades perinatais, sífilis e mortalidade materna e, em contrapartida, houve agravamento da saúde sexual e reprodutiva causado pelo HIV/AIDS (ONU, 2014).

Os avanços no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos alcançados no decorrer destes 20 anos refletem o empenho para cumprir com diferentes metas do Plano de Ação do Cairo, embora tantas outras conquistas nesse campo sejam necessárias. Dentre as conquistas, pode-se destacar o progresso na educação das mulheres e seu empoderamento social, jurídico e político. E quanto à evolução no campo assistencial, tem-se a melhoria na atenção ao parto e acesso à anticoncepção para evitar gravidez indesejada como alguns dos avanços (ONU, 2014).

No Brasil foi criada a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd), pelo decreto nº 1.607 de 28 de agosto de 1995, como uma forma de incorporar nas ações estratégicas do país as ações propostas pelo Plano de Ação do Cairo. Em 2014 a CNPD elaborou um caderno temático que coloca em foco os direitos sexuais e reprodutivos, o qual trata de três principais questões: mapear quais são os direitos sexuais e reprodutivos que o país defende; avaliar os avanços no que se refere à garantia destes direitos e relacionar a implicação das políticas nos avanços e desafios no exercício destes direitos (BRASIL, 2014a).

Esta publicação tem como base materiais como artigos, exposições e debates preparados e utilizados no Seminário População e desenvolvimento na Agenda do Cairo: Balanços e Desafios como parte da avaliação dos avanços e limites no decorrer dos 20 anos após o Plano de Ação do Cairo. Nesta avaliação são destacados alguns temas propostos pelo Plano de Ação do Cairo que ainda deixam a desejar no Brasil, como a mortalidade materna, o aborto inseguro, violência de gênero e sexual e a feminização da epidemia da aids, principalmente em meninas jovens de 13 a 19 anos (NEGRÃO, 2014).

As pessoas que vivem com HIV/aids ainda têm seus direitos humanos violados em função da sexualidade, assim como é posta a elas a impertinência na reprodução. Diante disso, reconhecer a universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é essencial para efetividade da política pública que norteia estes mesmos direitos. A prática sexual e a reprodução são direitos de todos, os quais devem ser garantidos pelo Estado por meio de ações e estratégias que promovam também o compromisso e responsabilidade dos indivíduos para exercê-los em condições saudáveis e com minimização de vulnerabilidades (BRASIL, 2010b).

O desenvolvimento do Estágio de Doutorado Sanduíche contribuiu substancialmente para o aprofundamento teórico acerca da temática sobre direitos sexuais e reprodutivos à medida que ao integrar o grupo de pesquisa coordenada pela Prof^a. Dr^a Pilar Almansa Martinez participei de discussões e análises acerca da produção acadêmica com ênfase nesta temática. Além da discussão teórica, foi possível conhecer aspectos do sistema de saúde espanhol no campo reprodutivo, por meio de visitas técnicas, que permitiram observar a aplicação da teoria previamente discutida à prática, revelando, em partes, como ocorre a assistência reprodutiva na Espanha.

A vivência deste Estágio promoveu o princípio de uma rede de colaboração entre Brasil e Espanha, fomentando discussões permanentes acerca das temáticas de interesse entre as pesquisadoras e visando à elaboração conjunta de produtos bibliográficos, como artigos científicos, e de atividades acadêmicas presenciais ou à distância, como visitas técnicas, seminários, conferências e participação em bancas.

Destaca-se como um dos produtos desta vivência a abertura da pesquisadora, instigada à reflexão acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, à aproximação e ao gradual aprofundamento às questões que envolvem estes direitos. A constituição do item 2.2 do solo de tradição revela o empenho em buscar subsídios que consolidem esta posição aplicada ao contexto do HIV/aids, em especial ao vivido dos casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV.

2.3 Reprodução na situação de sorodiscordância para o HIV

Este subitem do capítulo correspondente ao solo de tradição foi composto a partir do desenvolvimento do estado da arte constituído por duas revisões da literatura acerca da temática reprodução na situação de sorodiscordância para o HIV. A seguir serão apresentadas as figuras que ilustram a trajetória metodológica desenvolvida nas revisões, contemplando as bases de dados, as

estratégias e os resultados da busca, os critérios de inclusão e a pergunta de pesquisa das revisões 1 e 2, respectivamente.

Além da apresentação dos resultados provenientes das revisões, foram incluídos outros estudos pertinentes à temática que foram considerados como indispensáveis para discutir as questões que envolvem a reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV. No apêndice 3 podem ser verificadas as referências dos artigos selecionados para análise nas revisões 1 e 2.

2.3.1 Trajetória metodológica dos estudos de revisão

A primeira revisão foi realizada no segundo semestre de 2012, correspondente ao período de ingresso no doutorado, a qual subsidiou o fortalecimento da construção do projeto de tese.

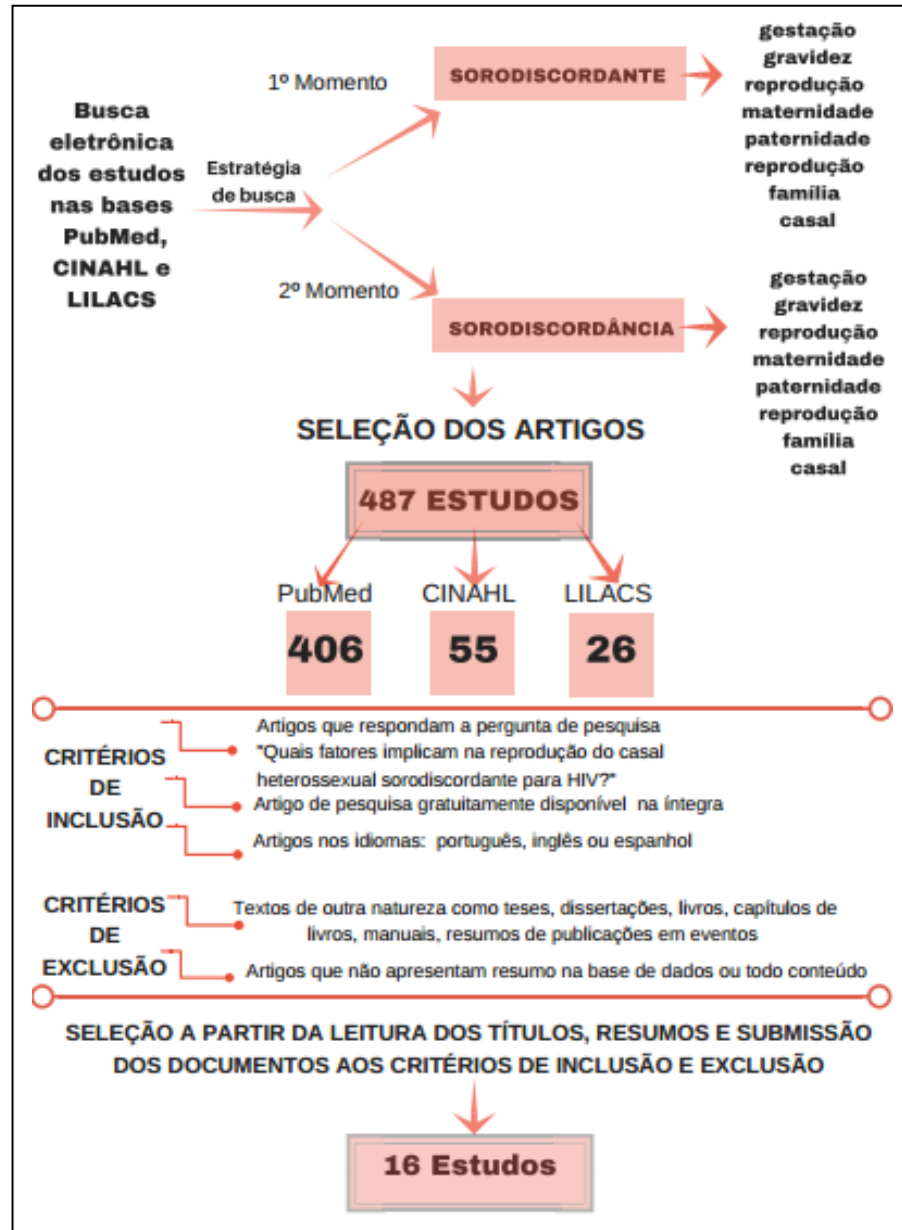
Trata-se de um estudo de revisão integrativa, o qual tem como objetivo reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, a fim de identificar lacunas do conhecimento apontando a necessidade de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para tanto, definiu-se como questão de pesquisa: Quais fatores estão relacionados com a reprodução do casal sorodiscordante para o HIV? Conduzida pelo objetivo: avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre a reprodução do casal sorodiscordante para o HIV.

A busca foi desenvolvida nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via Pubmed; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Definiram-se como critérios de inclusão: artigos de pesquisa; que respondessem à pergunta de pesquisa e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Quando vinculado a mais de uma base de dados, o resumo foi considerado em uma única versão para análise. E critérios de exclusão: artigos que não apresentam resumo na base de dados ou todo o conteúdo; textos de outra natureza como teses, dissertações, livros, capítulos de livros, manuais, resumos de publicações em eventos

Para ampliar o número de produções encontradas, optou-se por utilizar na estratégia de busca *palavra* ao invés de *descriptor exato*. Além disso, após uma série de tentativas para definição dos termos a serem utilizados, definiu-se realizar o cruzamento individual de cada termo, descrito nos quadros 1, 2 e 3, pois realizar a busca com todos os termos em um mesmo momento restringiu o número de documentos. Apuraram-se o quantitativo de 406 (MEDLINE), 26 (LILACS) e 55 (CINAHL) documentos.

Figura 1 – Trajetória de busca de artigos nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS para desenvolvimento da revisão 1.



Fonte: LANGENDORF; SOUZA, 2015.

A segunda revisão foi realizada no primeiro semestre de 2015, após o retorno do estágio de doutorado sanduíche internacional, com a finalidade de atualização da primeira e na perspectiva de aprimoramento da estratégia de busca dos artigos.

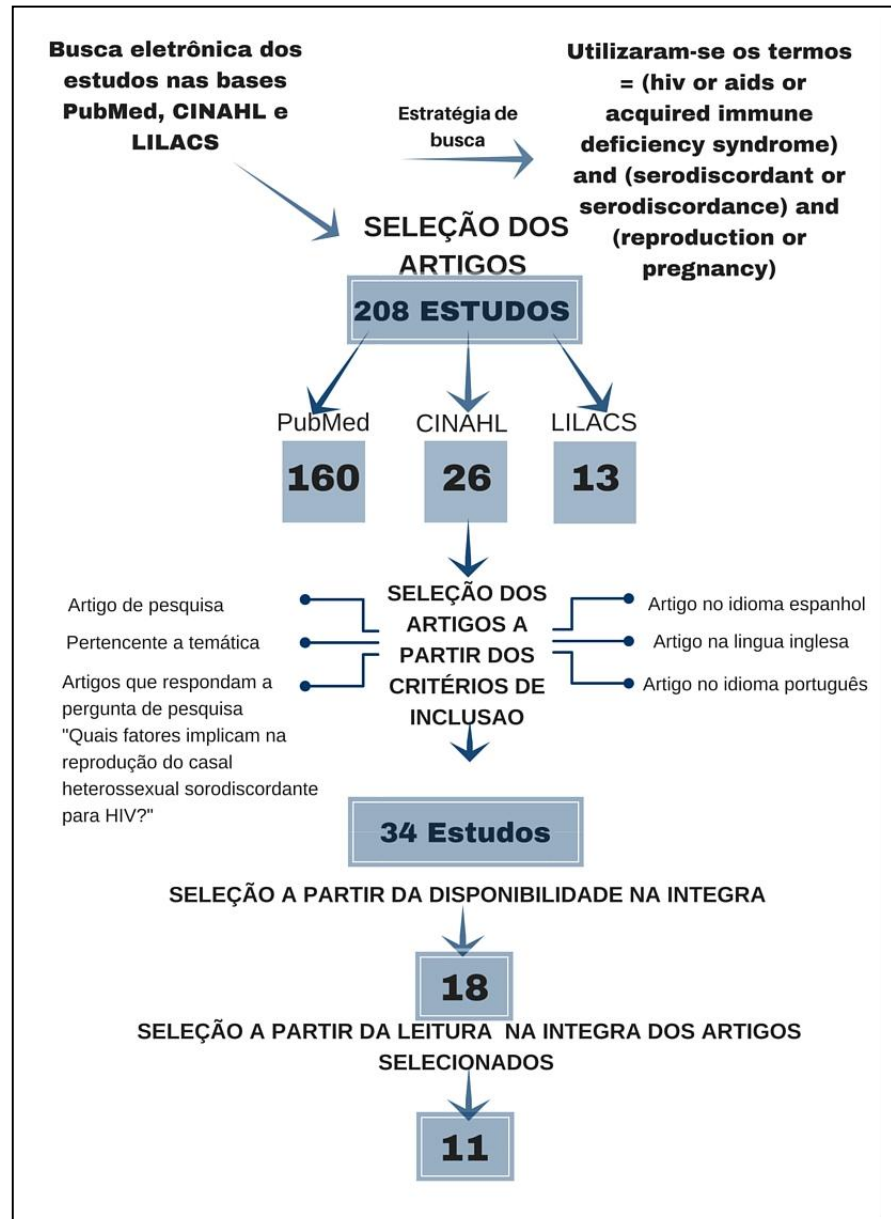
A questão norteadora do presente estudo foi: "Quais fatores implicam na reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para HIV? A busca foi desenvolvida nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via Pubmed; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisas na íntegra provenientes de pesquisa original que abordassem fatores que respondessem à pergunta de pesquisa, estudos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Os critérios de exclusão foram artigos que não apresentam resumo na base de dados ou todo o conteúdo; textos de outra natureza como teses, dissertações, livros, capítulos de livros, manuais, resumos de publicações em eventos. Quando vinculado a mais de uma base de dados, o resumo foi considerado em uma única versão para análise.

A estratégia de busca utilizada foi a associação das seguintes palavras (HIV or AIDS or acquired immune deficiency syndrome) and (serodiscordant or serodiscordance) and (reproduction or pregnancy). A opção de utilizar palavras e não descritor exato de assunto foi uma tentativa de ampliar a busca e direcionar para a temática da sorodiscordância.

Dentre a totalidade de 208 documentos encontrados, 169 (MEDLINE), 26 (LILACS) e 13 (CINAHL), foram pré-selecionados 34 estudos, ao terem sido submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Por último foi aplicado o critério de artigo disponível na íntegra, resultando em 18 artigos, que após leitura e exclusões, foram selecionados 11 artigos para análise.

Figura 1 – Trajetória de busca de artigos nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS para desenvolvimento da revisão 2.



Fonte: LANGENDORF; SOUZA, 2015.

2.3.2 Fatores que implicam na reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV⁸

Tratar de questões relacionadas à sorodiscordância para o HIV exige considerar a complexidade que envolve esta temática, uma vez que os casais sorodiscordantes constituem um grupo populacional vulnerável. A vulnerabilidade destes casais pode ser observada nas suas diferentes dimensões a partir da deficiência na qualificação dos profissionais de saúde para atender às demandas e necessidades destes casais; da dificuldade de acesso a informações sobre sexualidade e prevenção, principalmente na família; da necessidade de acesso à informação, disponibilidade e autonomia na decisão quanto a utilizar as novas tecnologias de prevenção, do caráter prescritivo com que se desenvolve a prevenção, dentre outras situações (FERNANDES, 2013).

Vulnerável, se denota a invisibilidade dos casais sorodiscordantes nos serviços de saúde, uma vez que o parceiro negativo acaba sendo excluído do processo de cuidado. Já ao parceiro soropositivo a atenção está voltada especialmente para a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo a prevenção imposta de maneira normativa. Esta demanda de atenção ao casal que busca o serviço juntos impõe novas abordagens menos interventivas, principalmente quando, deste modo, estas interferem em aspectos da vida conjugal e sexual destes casais (SILVA; JUNIOR, 2011).

Este casal, que é sorodiscordante, também apresenta como uma de suas demandas a reprodutiva. Dentre as publicações sobre reprodução e sorodiscordância, as investigações têm contribuído com resultados que abarcam os fatores clínicos, sociais e assistenciais envolvidos neste processo.

Dentre os fatores clínicos pode-se destacar o tipo de esquema medicamentoso usado para profilaxia da transmissão sexual do HIV; as técnicas de processamentos seminais, nas situações em que o homem é soropositivo (QUEIROZ *et al.*, 2008); a fertilização *in vitro* como uma alternativa razoavelmente segura para casais que desejam conceber um filho biológico (PEÑA; THORNTON; SAUER, 2003; SAUER *et al.*, 2009).

Ao se tratar da fertilização *in vitro*, expõe-se a necessidade de realizar o procedimento mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, após aconselhamento adequado. Isso diante da possibilidade do procedimento apresentar complicações associadas à mulher, ao parceiro e ao bebê, dentre as quais, gravidez múltipla e síndrome da hiperestimulação ovariana (PEÑA; THORNTON; SAUER, 2003). Mesmo com a indicação da fertilização *in vitro* como uma maneira segura para

⁸O título revela a proposta de artigo ainda em fase de conclusão cujo conteúdo no relatório da tese é apresentado como escopo que sustenta a discussão que encerra o solo de tradição.

reprodução em situação de sorodiscordância, esse método tem alto custo, dificultando o acesso das pessoas que desejam ter filhos (KLEIN *et al.*, 2003).

A eficácia das intervenções clínicas, como lavagem seminal e fertilização *in vitro*, é verificada pelo número de casais que conseguem engravidar e a inexistência de casos de soroconversão, ou seja, quando após o procedimento a mulher permanece sendo soronegativa para o HIV (CHU *et al.*, 2005; MOLINA *et al.*, 2014). Há evidências de que a dificuldade de êxito no processo reprodutivo é maior quando a mulher é soropositiva, uma vez que essa condição de saúde parece interferir na viabilidade ovular (OHL *et al.*, 2003).

Ao optar pela reprodução assistida, fatores como serem mais jovens, não terem filhos, relacionamentos que iniciaram quando já se sabia o diagnóstico do parceiro positivo interferem no desejo do casal em ter filhos, estimulando sua decisão em tê-los. Nos casos em que a reprodução assistida teve bons resultados, o casal expressa a intenção de ter outros filhos futuramente (GOSSELIN; SAUER, 20011).

Os casais sorodiscordantes expressam interesse por estratégias que possam reduzir o risco da transmissão do HIV durante a concepção, porém se mostram desconfortáveis quanto à utilização da tecnologia da reprodução assistida por se configurar como algo que não é natural (NGURE; BAETEN; MUGO *et al.*, 2014).

Ao ser considerada a concepção natural, para que esta ocorra com segurança, deve ser observada a carga viral da pessoa soropositiva, com orientação para manterem relações sexuais desprotegidas apenas no período fértil da mulher, para proteção da pessoa soronegativa. Além disso, é importante que esse processo seja acompanhado por profissionais de saúde (BARREIRO *et al.*, 2006).

A utilização de profilaxia pré-exposição em homens não infectados pelo HIV, utilizada como estratégia para concepção natural com mulheres soropositivas, se mostrou um método alternativo e eficaz, uma vez que não afeta a fertilidade masculina e previne a infecção do companheiro (WERE *et al.*, 2014). A profilaxia pré-exposição, embora não seja 100% segura, se mostra efetiva também na prevenção da infecção por HIV em mulheres que utilizaram a profilaxia e engravidaram por concepção natural de seus parceiros soropositivos (MUGO *et al.*, 2014).

No que se refere aos métodos anticonceptivos utilizados, ressalta-se o uso do preservativo masculino. No entanto, evidencia-se que um número considerável de casais infectados pelo HIV não usa camisinha regularmente, contradizendo relatos de que a relação sexual desprotegida ocorre somente para fins reprodutivos (MCDONALD, 2011). E nas situações em que a mulher utiliza métodos

hormonais para anticoncepção, devem ser observadas as interações medicamentosas entre esses métodos e os antirretrovirais (HEARD *et al.*, 2004).

Conviver com diferença sorológica provoca impactos na relação conjugal e, diante disso, os casais buscam estratégias de enfrentamento para esta situação (POLEJACK; COSTA, 2002). Não utilizar o preservativo masculino regularmente revela que ao manter relação de conjugalidade, o casal sorodiscordante atribui ao não uso do preservativo o significado de intimidade e vínculo conjugal, no qual o risco de infecção pelo HIV é atenuado ou desconsiderado. Esta relação, no contexto da sorodiscordância, se constitui e agrega características de cuidado, apoio, solidariedade e responsabilidade, promovendo modificações na relação do casal após o diagnóstico (MAKSUD, 2009).

Dentre os fatores sociais que interferem no desejo de ter filho, os autores apontam questões como amar a companheira e querer dar continuidade à linhagem da sua família, para que seu sobrenome não se perca após sua morte (MATTHEWS *et al.*, 2012; ERHABOR; AKANI; EYINDAH, 2012). Já aqueles casais que não querem ter filhos o justificam por medo de infectar o parceiro/a e o bebê, por medo de morrer e deixar os filhos órfãos e por medo de adoecer e não poder cuidar da família (ERHABOR; AKANI; EYINDAH, 2012).

Embora cientes do risco de infecção do parceiro negativo e do filho, os casais expressam, por diferentes motivos, o desejo de ter filhos, os quais superam este risco de infecção. Dentre os motivos podem ser destacados o desejo de aumentar a família e de ter filhos biológicos, pressão sociocultural e estabilidade da união entre o casal (NGURE; BAETEN; MUGO *et al.*, 2014).

Os casais apresentam fortes razões para ter filhos, porém poucos sabem o que devem fazer para reduzir o risco de transmissão do vírus durante a concepção. Os resultados deste estudo descrevem que o homem tem papel importante nas decisões reprodutivas, com isso, a inclusão dele nas ações de intervenção para concepção segura é importante e necessária (MATTHEWS; CRANKSHAW; GIDDY *et al.*, 2013).

O processo de tomada de decisão no que diz respeito à possibilidade ou não de ter filhos é permeado pela preocupação relacionada ao adoecimento por aids, e com isso a incapacidade de cumprir com as responsabilidades parentais. Outra possibilidade pensada pelos casais é a adoção, ainda assim há conflito psicológico e interpessoal a respeito de como será o futuro de seus filhos, podendo estes sofrerem impacto negativo ao tomarem conhecimento de que um de seus pais é soropositivo (BECKERMAN, 2002).

A vivência de dificuldades na decisão de engravidar no contexto da sorodiscordância para o HIV resulta, em alguns casos, na desistência do desejo de ter filhos. Frente a isso, ressalta-se o compromisso

dos profissionais de saúde em assistir de forma integral buscando a superação dessas dificuldades e proporcionando subsídios para que o casal concretize seu desejo reprodutivo. A assistência pautada no diálogo entre o profissional e o casal é fundamental para a compreensão dos riscos que envolvem a gravidez e contribuir para que o casal discuta, reflita e escolha o método mais adequado para sua necessidade (BONNENFANT; HINDIN; GILLESPIE, 2012).

Já os fatores assistenciais tratam de questões como o planejamento familiar, no qual há ênfase na prevenção da gravidez, enfatizando a importância de proporcionar informações para que os casais conheçam e utilizem métodos para evitar a gravidez (HEARD *et al.*, 2004; STEPHENSON *et al.*, 2011; NGURE *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, o planejamento familiar é realizado como controle de natalidade, perpassando pela culpabilização das pessoas que têm HIV/aids no sentido de que a reprodução nesse contexto, representa um risco para a saúde do/a parceiro/a soronegativo e do bebê.

Observa-se que nas abordagens quanto ao desejo reprodutivo dos casais sorodiscordantes há carência de uma escuta sensível, em que o profissional permita que este casal expresse suas intenções no campo reprodutivo. Porém o que prevalece de imediato é a imposição do uso de métodos anticoncepcionais, principalmente o preservativo masculino. Ao contrário, quando este casal expressa não desejar engravidar, isto é tomado como um alívio pelos profissionais, pois estes referem não saber como lidar com esta situação (ROSSI, 2011).

Ressalta-se a necessidade de oferta/disponibilidade de mais serviços de saúde que trabalhem a perspectiva da concepção segura para os casais sorodiscordantes para o HIV que procuram assistência reprodutiva. Pois, os casais querem ter filhos, porém às vezes não há serviço público capacitado para isso e, para essa demanda, o setor privado apresenta um custo de alto valor financeiro (SCHWARTZ *et al.*, 2014).

Mostra-se pertinente a reavaliação da assistência dos profissionais de saúde para os casais sorodiscordantes, de forma que os profissionais possam desenvolver um pensamento inclusivo no que diz respeito a esta diferença sorológica (POLEJACK; COSTA, 2002). Assim, a necessidade de mais serviços que ofereçam suporte à reprodução do casal sorodiscordante consiste na importância de que estes possam acessar as informações necessárias para ter o seu filho de maneira segura. Os casais sabem que necessitam de acompanhamento de profissionais de saúde nesse processo, porém alguns não buscam esse acompanhamento por medo de serem julgados (MATTHEWS *et al.*, 2012).

Em serviços de saúde que atendem também casais sorodiscordantes, os profissionais afirmam conhecer as múltiplas opções de práticas que podem levar à concepção segura. Porém, nem sempre

encorajam os casais a ter filhos, tampouco passam estas informações de concepção segura para eles (RAHANGDALE *et al.*, 2014).

Diante da situação de sorodiscordância, os profissionais de saúde exercem, por vezes, um papel de fiscalização da vida cotidiana destes casais, principalmente sobre a sua sexualidade e as possibilidades implicadas nela. Para estes casais, esta atitude é percebida como invasiva e impertinente, pois é insuficiente para esclarecer às dúvidas do que pode ou não ser feito pelo casal aos olhos desta fiscalização (MAKSUD, 2009).

No que diz respeito ao diagnóstico de HIV, sugere-se a implementação de testagem anti-HIV repetitiva durante a gravidez como rotina do cuidado pré-natal. Isso possibilitará o diagnóstico e início precoce do uso de antirretrovirais, com benefício para a saúde das mães, pais e crianças (MUGO *et al.*, 2011).

Estudos apontam para necessidade de realização de aconselhamento e atendimento apropriado nos casos de casais infectados pelo HIV que querem engravidar (BARREIRO *et al.*, 2006; GINGELMAIER *et al.*, 2011; ERHABOR; AKANI; EYINDAH, 2012; REIS; NEVES; GIR, 2013), especialmente quando a escolha for a de concepção natural (BARREIRO *et al.*, 2006). A maioria das mulheres acredita que a melhor maneira de concepção é a natural, ainda que se preocupe com a possibilidade de transmissão do HIV para o parceiro e para o bebê (EZEANOCHIE *et al.*, 2009).

A partir dos resultados obtidos pelas pesquisas já realizadas, argumenta-se que a temática em questão pode fornecer orientação para futuras pesquisas, direcionando esforços para explorar o plano social. Dessa forma, será possível responder de maneira eficaz à evolução das necessidades das pessoas que vivem com HIV e seus parceiros (BECKERMAN, 2002).

3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Considerando que no cotidiano laboral da enfermagem são tratadas também questões existenciais dos seres humanos, encontra-se na abordagem fenomenológica uma contribuição para o seu pensar e seu fazer (TERRA *et al.*, 2006). A fenomenologia busca descrever o fenômeno, ou seja, compreendê-lo. A descrição rigorosa é o que permite chegar a sua essência, possibilitando desvelar facetas da dimensão existencial (PADOIN; SOUZA, 2008). Essa essência, segundo a fenomenologia, é a significação da essência existencial, que como tal deve ser descrita (CARVALHO; VALLE, 2002).

No mundo da vida do casal sorodiscordante para o HIV, os fatos apontam os desdobramentos daquilo que é inerente a sua reprodução, como os aspectos clínicos, sociais e assistenciais vivenciados por estes casais neste processo. Porém, encoberto por estes fatos, que aparecem de imediato aos olhos de todo mundo e que são significados por quem passa pela vivência ou experiência, permanece velada a essência⁹ que se desvela como facetas do fenômeno de como é para o casal vivenciar a reprodução na situação de sorodiscordância.

O referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger¹⁰ centra o olhar no ser humano como *ser-no-mundo*¹¹, valorizando suas vivências e experiências individuais e coletivas. Tem em vista apreender o vivido das pessoas e compreender, desvelando sentidos que emergem da *essência* do *ser* e que por conta disto mostram a sua direção *existencial* do que se revela como significativo do fenômeno mediante vivências ou experiências no *mundo da vida*. Sendo assim, a fenomenologia apresenta-se como possibilidade de sustentação metodológica, que se distancia do senso comum reduzindo pressupostos (MOREIRA, 2002; SILVA; LOPEZ; DINIZ, 2008; PAULA; CABRAL; SOUZA; PADOIN, 2012).

O termo fenômeno trata daquilo que se mostra, o que se revela, aquilo que é clarificado, posto à luz. Refere-se ao elemento, o meio em que alguma coisa pode se revelar e se tornar visível em si mesma. Com isso, deve-se compreender como significado da expressão fenômeno o que se revela, o que se mostra em si mesmo (HEIDEGGER, 2011).

⁹ Para Heidegger essência é aquilo que está velado, encoberto pelos fatos no cotidiano do mundo da vida do ser. A estes fatos o ser doa significados e é somente a partir da interpretação fenomenológica que se pode desvelar a essência do que se mostra (HEIDEGGER, 2011).

¹⁰ As palavras e expressões que se referem a conceitos ou denominações determinadas pelo referencial teórico de Martin Heidegger serão apresentadas em itálico para identificá-las como tal.

¹¹ Ser-no-mundo se refere a como o ser se mostra, se manifesta ao se relacionar com aquilo que lhe vem ao encontro no mundo. Esta manifestação ocorre por meio dos modos-de-ser, desvelados a partir da interpretação heideggeriana (HEIDEGGER, 2011).

O conceito fenomenológico de fenômeno compreende aquilo que não se mostra de imediato, que se mantém velado numa primeira aproximação e na maioria das vezes. Mas, ao mesmo tempo, pertence de maneira essencial àquilo que se revela a partir de uma análise compreensiva, a ponto de constituir o seu sentido e fundamento (HEIDEGGER, 2011).

O fenômeno é o que constitui o *ser* e *ser* é sempre ser de um *ente* - que neste estudo é o casal heterossexual sorodiscordante para o HIV. Dessa forma, ao pretender uma liberação do *ser*, o *ente* deve mostrar-se como ele mesmo é. Denomina-se *ente* as diversas coisas que são dadas no mundo de diferentes maneiras, o que falamos desse ou daquele modo, e também é o que e como nós mesmos somos. Aquilo que se mantém velado, que volta a encobrir-se ou que se mostra de imediato distorcido é o ser daquele ente que está sendo investigado (HEIDEGGER, 2011).

Nessa perspectiva, o sentido formal da pesquisa fenomenológica é possibilitar que o fenômeno se mostre a partir de si mesmo e por si mesmo. A fenomenologia é necessária porque, numa primeira aproximação e na maioria das vezes, os fenômenos não são claros, não estão dados, não estão explícitos e de fácil acesso. Numa primeira aproximação, os fenômenos estão velados, isto é, encobertos ou ainda desfigurados ou entulhados e, através da fenomenologia, como abordagem teórico metodológica, é possível buscar e revelar facetas destes fenômenos (HEIDEGGER, 2011).

A constituição específica do *ser* permanece encoberta para a *presença*, e isso ocorre devido ao primado ôntico-ontológico, no qual onticamente a *presença* é o que está mais perto de si mesma e ontologicamente, é o que está mais distante. Isso considerando que o *ser* pode velar-se de maneira tão profunda que pode chegar a perder-se, esquecer-se, levando à ausência da *questão do ser* e do seu *sentido*. Prendendo-se e perdendo-se no *cotidiano factual* (dimensão ôntica), tornando in-acessível o seu *ser*, sua *essência* e direção, que se mantém na dimensão ontológica. Assim, considerar a constituição específica do *ser*, como um fenômeno para que se possa compreender ao se mostrar em *si mesmo*, é o que a fenomenologia tomou para si como objeto (HEIDEGGER, 2011).

Perdendo-se de *si mesmo*, o ser se mantém na *aparência* de *ser* como *todos* no *impessoal*. Neste *modo de ser*, a *presença* está num constante movimento de comparação com os outros *entes* que estão à sua volta, diante disso, empenhado em se equiparar, o *ser* torna-se dependente deles ao assumir um ter de ser como *todos* são (RÉE, 2000). Esse ter de ser como os *outros* são constitui a *aparência* de ser como *todos* e, como os *outros* e *todos* não se refere a alguém em particular e sim ao *impessoal*, ser como *todos* é ser como *ninguém*, caracterizando a perda do *ser* do seu *si mesmo* (HEIDEGGER, 1981).

É necessário adentrar na dimensão ontológica para tornar-se possível ir ao encontro da *essência*

do *ser*, na direção do seu *sentido*. Este *ser*, ente dotado do *ser* da *pre-sença*¹², tem como estrutura fundamental o *ser-no-mundo*. Sobre a *pre-sença*, esta foi a grafia utilizada, diante a inúmeras considerações e reconsiderações, para traduzir o termo alemão *Dasein*. Ao desmembrar a palavra *presença*, o *pre – Da –* se refere à aproximação ao distanciamento e distanciamento à aproximação; e *sença – sein –* se refere a *ser* (HEIDEGGER, 2011). Assim, *presença* deve ser compreendida como o movimento constante de aproximação e distanciamento que constitui a dinamicidade do *ser-do-humano*¹³.

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

A fenomenologia hermenêutica heideggeriana busca e procura desvelar as estruturas da *presença* e o *sentido* do *ser*, assim, abre-se para uma investigação ontológica. Dá-se pela compreensão e interpretação do *sentido* que apresenta o *ser-do-humano* em seus *modos de ser* no mundo (HEIDEGGER, 2011).

Dessa forma, justifica-se a condução desta pesquisa fundamentada neste referencial teórico filosófico entendendo que este possibilita compreender os sentimentos, as emoções e os significados que o *ser-do-humano* confere às suas vivências e experiências (CARVALHO, 1987). Assim, tem-se a possibilidade de lançar um olhar ao casal heterossexual sorodiscordante para o HIV diante do vivido da reprodução em seu *mundo próprio existencial*.

Isso é possível, por meio da intersubjetividade¹⁴ entre pesquisador e sujeito da pesquisa, na busca pelos significados que os depoentes atribuem às suas vivências. Estas são expressas em sua fala, a partir do *mundo da vida cotidiana*, de sua *historiografia*¹⁵ e de sua *historicidade*¹⁶ (CAPALBO, 1994).

Compreende-se como ponto de partida para análise das determinações do *ser* da *presença* a interpretação da constituição de *ser*, a qual se designa *ser-no-mundo*. O *ser-no-mundo* participa da constituição fundamental da *presença* e como constituinte desta, pode ser visualizado em toda *presença*.

¹² “Presença” e “Ser-ai” são as duas formas utilizadas na tradução da palavra alemã *Dasein*.

¹³ *Ser-do-humano* se refere ao *ser*, a *essência* do *ser* que pertence ao *ser humano* (HEIDEGGER, 2011).

¹⁴ A intersubjetividade se refere à relação estabelecida entre as pessoas em que nesta interação ocorre um encontro de subjetividades e, mediante a isso, cada um significa/se expressa como si mesmo ao reconhecer a consciência do outro. Assim é possível conhecer/acessar suas vivências e experiências e as do outro.

¹⁵ A *historiografia* é composta pelos fatos que compõe o vivido do *ser* (HEIDEGGER, 2011).

¹⁶ A *historicidade* indica a constituição do *ser* a partir do seu acontecer, que é próprio da *presença* como tal. Ela se refere à história do *ser*, que é temporal (HEIDEGGER, 2011).

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

A compreensão de *mundo*, tratado por Heidegger como um fenômeno, pode ser explorada a partir da seguinte divisão conceitual: o *mundo público*, o *mundo circundante* e o *mundo próprio*. O *mundo público* se refere ao mundo de *todos*, no qual sendo *todos* se é *ninguém* e isto significa que o *ser* está, *impessoalmente*, perdido de *si mesmo*, acomodado e tranquilo sendo como *todos* os outros são no *mundo público* (HEIDEGGER, 1981; HEIDEGGER, 2011).

O *mundo circundante* se refere ao mundo que está mais próximo do *ser* caracterizado pelo ambiente e pelos arredores imediatos à sua volta, como o local de trabalho, a vizinhança e outros espaços de convivência que o *ser* possa estar inserido. E o *mundo próprio*, mostra-se como precursor do *ser-aí*, sendo o mundo em que o *ser* se compreende e se mostra como ele mesmo é, como *ser* de possibilidades no seu *mundo próprio existencial* (INWOOD, 2002; HEIDEGGER, 2011).

É no mundo que o *ser* está aí lançado, revelando que a *presença* existe *faticamente*. *Existir faticamente* revela que a *presença*, ao *estar lançada* no mundo, já possui uma compreensão *própria* do seu *ser* e sobre a qual não tem domínio porque *estar lançado* aí é inerente a *ser no mundo*. Na *facticidade* o *ser* se compreende e tem a possibilidade de expressar seus significados e é a partir desta compreensão de *si mesmo* que se revela o seu *existencial*, que ao ser interpretado desvela seus diferentes *modos de ser* (HEIDEGGER, 2011; SCHMITD, 2013).

A *presença* se mostra em suas diferentes possibilidades no seu *cotidiano*. Ser sempre *si mesmo* é próprio da *presença* em sua *existência*, abrindo-se para a possibilidade de *propriedade, modo de ser da autenticidade*¹⁷, e da *impropriedade, modo de ser da inautenticidade*¹⁸ (HEIDEGGER, 2011).

Pode-se dizer que o modo como a *presença* vive o seu dia-a-dia corresponde ao que Heidegger designa como *cotidianidade*. O *modo de ser* da *cotidianidade* pertence, sem dúvida, à manifestação *pública*, ao *mundo público*, no qual sendo *todos*, se é *ninguém*. Nestas manifestações a *presença* pode se comportar dessa ou daquela maneira, na possibilidade própria de *ser*, de assumir-se, ou de não ser ela mesma, de *perder-se* de *si mesma*, no *modo de ser impróprio* (HEIDEGGER, 2011).

¹⁷ A autenticidade é o modo de ser em que o ser se mostra como ele mesmo é, de forma autêntica e pessoal (HEIDEGGER, 2011).

¹⁸ A inautenticidade é o modo de ser em que o ser se mostra como todo mundo é, fazendo aquilo que os outros esperam que ele faça, velando o seu pode-ser mais próprio (HEIDEGGER, 2011).

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

Neste relacionar-se o *ser convive* com os outros no modo de *ser-com* a partir da *solicitude libertadora* ou da *solicitude substitutiva*, revelando os dois extremos da *convivência cotidiana* do *ser-aí no mundo*. Na *solicitude libertadora*, no seu relacional com o outro, o *ser* se antecipa no cuidado ao outro com a intenção de ajudá-lo a tornar-se transparente para *si mesmo*. Já a *solicitude substitutiva*, na qual o *ser* salta para o lugar do outro e assume as *ocupações* que não são suas, caracteriza um salto dominador que promove a retração do outro de sua posição *aí no mundo* (HEIDEGGER, 2011). *Em-um-mundo* o ser pode *conviver autenticamente* no modo de *ser-com-outros*, ou *inautenticamente* no modo de *ser-entre-outros* (RÉE, 2000).

A respeito do referencial metodológico proposto por Martin Heidegger, o filósofo expõe que a tarefa de elaboração da *questão do ser* é que conduz à analítica da *presença*. Para se colocar a *questão do sentido do ser* é, primeiramente, necessário tornar este questionamento transparente (HEIDEGGER, 2011).

O questionamento sobre alguma coisa significa que se está buscando algo e, ao buscar é retirado do que se busca sua direção prévia. Nesta perspectiva, questionar é “buscar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é”, podendo este questionamento se transformar em investigação (HEIDEGGER, 2011, p. 40).

O questionar é constituído por momentos estruturais, os quais indicam que questionar acerca de alguma coisa possui um *questionado*, e ao questionar se está de algum modo interrogando sobre, o que revela que o *interrogado* também pertence ao questionar. Considerando que na questão investigadora deve-se determinar e alcançar ao questionado, destaca-se que no questionado reside o *perguntado* (HEIDEGGER, 2011).

O interrogado, na característica de pertencer ao questionado, se revela sendo o próprio *ente*, uma vez que o *ser* se diz sempre *ser* de um *ente*. O questionar necessita de direção/orientação prévia daquilo que se busca e, esta orientação ocorre a partir da interpretação *cotidiana* das coisas, a qual é guiada por uma visão acerca daquilo que vem ao encontro do *ente* (HEIDEGGER, 2011).

Assim define-se a *posição prévia*, que em uma investigação corresponde ao *solo de tradição* sendo a visão ou o conhecimento que guia a interpretação, a qual irá definir o objeto de estudo. Apreendido pela interpretação na posição prévia, o objeto de estudo permanece velado, e esta

apropriação encaminha o objeto para uma compreensão no momento em que a interpretação se funda numa visão prévia (HEIDEGGER, 2011).

O questionado da questão a ser elaborada é o *ser*, aquele que determina o *ente* como *ente*. No questionado, enquanto revelador do *ser* de um *ente*, o *ente* já está sempre sendo compreendido, o que indica a *visão prévia*. Esta seleciona aquilo que foi definido na posição prévia, a partir da interpretação, para que possa ser compreendido e desvelado ao revelar seus significados (HEIDEGGER, 2011).

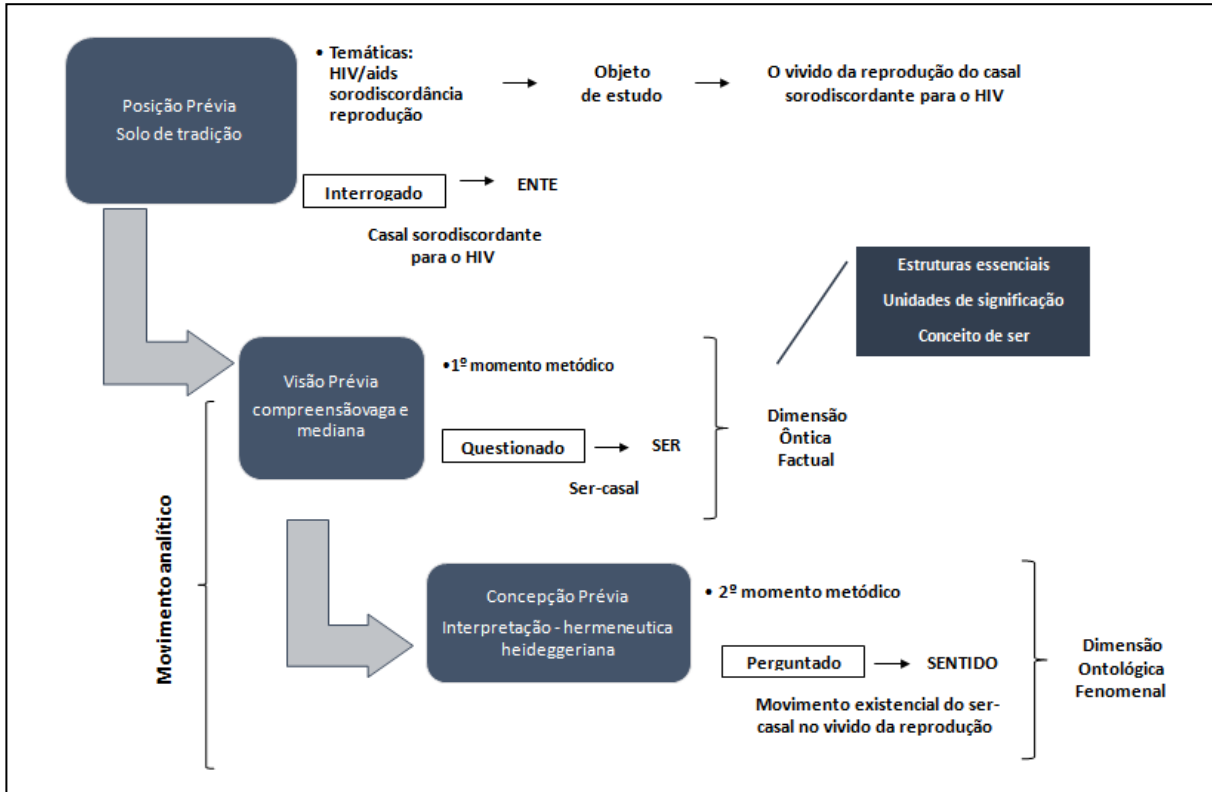
O perguntado se refere ao que propriamente se intenciona com a investigação, é aquilo em que o questionamento alcança seu objetivo. O perguntado revela a dimensão ontológica, o *sentido do ser*, determinando a *concepção prévia*. Nesta, “a interpretação sempre já decidiu por uma determinada conceituação”, a qual permite des-cobrir os modos como o ser se manifesta no mundo a luz dos sentidos desvelados (HEIDEGGER, 2011).

Nesta investigação o conhecimento produzido acerca das temáticas HIV/aids, sorodiscordância e reprodução, constituindo assim o *solo de tradição*, definiram a direção/orientação da pesquisadora encaminhando para o recorte do objeto de estudo que foi investigado– o vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV, definindo o *interrogado* – casal heterossexual sorodiscordante para o HIV.

A compreensão, vaga e mediana, dos significados revelados por este *ente* (os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV) permitiu a conquista de um fio condutor, para este estudo, que conduziu ao desvelamento do *ser* deste *ente* (ser-casal), definindo o *questionado*. Dessa forma, revela-se o *perguntado*, a partir da interpretação dos sentidos do ser-casal desvelando como ele se mostra no vivido da reprodução na situação de sorodiscordância para o HIV.

A seguir, de modo figurativo, ilustra-se a aplicação do referencial metodológico de Martin Heidegger proposto à investigação em tela.

Figura 3 – Aplicação do referencial metodológico de Martin Heidegger à investigação.



Fonte: LANGENDORF; SOUZA, 2015.

Diante disso, entendeu-se a possibilidade de fundamentar esta investigação teórica e metodologicamente no referencial de Martin Heidegger, uma vez que esta conduz a uma análise que valoriza o relacional do *ser-do-humano*. Assim, dar voz ao casal nessa perspectiva teórica vai ao encontro do empenho em compreender o vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV. Pensa-se que este vivido é permeado pelo caráter relacional, seja entre o casal seja entre o casal e outras pessoas, manifestado nas diferentes possibilidades dos *modos de ser* da *presença* no *mundo da vida cotidiana*.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação qualitativa, fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Pensa-se que a condução desta pesquisa possibilita compreender os sentimentos, as emoções e os significados que o ser do humano confere às situações de suas vivências e experiências (HEIDEGGER, 2011). Assim, este se constitui como referencial adequado para alcançar o objetivo proposto por esta investigação ao direcionar o olhar ao casal heterossexual sorodiscordante para o HIV em busca dos significados e do sentido do seu vivido da reprodução.

4.2 Cenário do estudo

A investigação teve início tendo como proposta de cenário do estudo o ambulatório de infectologia adulto, pré-natal e puericultura do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul/Brasil. Justifica-se o desenvolvimento desta investigação neste cenário do HUSM considerando ser este serviço de referência para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids na região. Este também foi o campo em que emergiu a inquietação para o desenvolvimento do estudo a partir da inserção da pesquisadora neste serviço no desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão desde o ano de 2009, possibilitando mesmo assim, a necessária ambientação com o cenário, profissionais de saúde e usuários que realizam acompanhamento contínuo no serviço.

4.3 Participantes do estudo

Definiu-se como possíveis participantes do estudo aqueles que atendessem aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a) casais, os quais assim se compreenderam,
- b) casais heterossexuais;
- c) ambos os parceiros já terem prévio conhecimento do diagnóstico de soropositividade de um deles no momento da entrevista;
- d) casais que vivenciaram pelo menos uma gestação na situação de sorodiscordância para o HIV;

Foi considerado ainda, como critério de exclusão, quando o homem ou a mulher apresentasse alteração no processo cognitivo de pensamento, porém não foi necessário utilizar este critério para

seleção dos participantes.

Com isso, 11 foram os casais que atenderam aos critérios, aceitaram participar da pesquisa e assim foram entrevistados. Os parceiros participaram juntos da entrevista, pois este estudo se propôs a investigar o vivido do casal diante da reprodução e compreendeu-se que para acessar este fenômeno torna-se necessário escutá-los juntos, como participante casal. Considerou-se que juntos eles iriam se mostrar como sendo casal para assim se revelar como ele mesmo é. A partir do encontro singularmente estabelecido com o casal, foi pelo seu pronunciamento que se encontrou a base para toda a interpretação acerca do seu vivido na reprodução.

O número de participantes não foi pré-determinado, uma vez que o estudo de natureza fenomenológica considera a essência do que se mostra e não a quantidade de entrevistas realizadas. Assim, a etapa de campo foi desenvolvida concomitante a análise com vistas à reflexão da adequação da questão norteadora e questões empáticas convergentes ao objetivo da pesquisa. Isso permitiu apontar a suficiência de significados expressos nas falas dos casais para o alcance do objetivo do estudo. Dessa forma foi possível desvelar o sentido: a essência (BOEMER, 1994).

4.4 A busca ciente do ente

A estratégia inicial para encontrar os casais foi de estar presente nos ambulatórios referidos anteriormente nos dias destinados aos atendimentos para adultos, gestantes e crianças expostas ao HIV ou com diagnóstico para aids. Com isso, foi possível acessar os prontuários de quem aguardava para consultar e fazer a leitura destes a fim de buscar informações que respondessem às seguintes perguntas:

- A pessoa que é soropositiva e que está sendo consultada tem companheiro/a?
- Este/a companheiro/a é soronegativo?
- Se é um casal sorodiscordante, já teve filho/s nessa situação?
- Se é um casal soroconcordante, antes da sorologia positiva de ambos os parceiros vivenciaram a sorodiscordância?
- Se, sendo soroconcordantes neste momento, tiveram filho/s quando vivenciaram a sorodiscordância?

Ao realizar a leitura dos prontuários, constatou-se que não havia o registro destas informações, ou os registros existentes eram insuficientes para definir se o adulto, gestante ou criança conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão. Com isso, foi necessário estar presente em todos os dias possíveis de consulta nos diferentes ambulatórios devido à necessidade de buscar as informações nos prontuários e posteriormente conversar com cada pessoa para certificar-se de quem atendia, ou não, os critérios de inclusão.

Com o desenvolvimento da etapa de campo, observaram-se algumas dificuldades em encontrar estes casais, dentre estas dificuldades salienta-se a simultaneidade de consultas nos diferentes ambulatórios, impossibilitando que a pesquisadora conseguisse realizar a busca pelos casais em todos os locais. Com isso ocorreu o desencontro entre pesquisadora e possíveis participantes da pesquisa e, considerando o período entre uma consulta e outra, a qual pode variar entre 3 e 6 meses, este casal não seria mais encontrado, pois só retornaria ao ambulatório em período posterior a finalização da etapa de campo.

Foi realizada a inclusão de Bolsista de Iniciação Científica (BIC) vinculado ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP PEFAS – UFSM) no qual a pesquisadora desenvolveu atividades de pesquisa e extensão durante a Graduação e Pós-Graduação (nível mestrado) e mantém vínculo como egressa destes Cursos e como integrante do GP. O BIC respondia às atividades correspondentes ao projeto de pesquisa coordenado pela Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin, líder do referido GP.

Diante disso, quando havia consultas simultâneas nos diferentes ambulatórios, enquanto a pesquisadora estava em um local, o BIC estava em outro para realizar as perguntas que identificavam os possíveis participantes do estudo. Se esta identificação fosse positiva, a pesquisa era brevemente apresentada para que o bolsista questionasse se poderia armazenar o nome e telefone desta pessoa para que a pesquisadora pudesse entrar em contato posteriormente e confirmar se os critérios de inclusão seriam atendidos e em caso positivo, convidar o casal para participar da pesquisa.

Porém, esta estratégia não foi eficaz, uma vez que nem sempre a ordem das perguntas foi seguida e, assim, participantes em potencial poderiam passar sem ser revelados, comprometendo assim a busca pelos casais. A segunda estratégia utilizada foi pactuar com os infectologistas, residentes de medicina e residentes multiprofissionais para identificar durante as consultas os casais sorodiscordantes e registrar em uma ficha elaborada pela pesquisadora o nome, o prontuário e a data da próxima consulta.

Com estes dados seria possível localizar este casal para confirmar se atendiam aos critérios de inclusão e se convidados, aceitariam participar da pesquisa. Este pacto com os profissionais motivou o registro desta informação, companheiro/a sorodiscordante, no prontuário, informação esta que antes do desenvolvimento desta pesquisa era inexistente, configurando assim uma contribuição da investigação.

Diante das demais dificuldades encontradas, foi necessário rever as estratégias de acesso ao casal, pois dessa forma não seria possível concluir a etapa de campo no período previsto. Foi submetida uma emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria solicitando a

inclusão da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) também como cenário da pesquisa.

Justificou-se a inclusão destes como cenário uma vez que na UDM seria possível acessar o cadastro dos usuários que retiram os antirretrovirais, identificando neste cadastro os usuários que tinham companheiro/a sorodiscordante; e a inclusão do NVE identificando as gestantes e crianças expostas ao HIV notificadas. Com isso, a partir do número do prontuário, verificar qual o dia da próxima consulta destes usuários para estar presente na data e ambulatório correspondente e assim poder conversar com este usuário e verificar se ele atendia aos critérios de inclusão.

A busca pela data e local onde este usuário teria a consulta seria realizada pelo Sistema Interno de Agendamentos (SIE) do hospital, ao qual o pesquisador tem acesso. Porém, naquela oportunidade este sistema estava em fase de transição para um outro em que poucas pessoas tinham acesso, por ainda estar sendo implantado. Diante desta dificuldade, foi solicitado auxílio das secretárias de cada ambulatório para a busca da agenda de consultas dos usuários identificados como possíveis participantes da investigação, o qual foi sem êxito, pois as secretárias somente tinham acesso à agenda de cada dia, em sua totalidade, sem poder pesquisar individualmente por cada usuário.

Frente a este novo impasse, buscou-se ajuda ao setor administrativo, responsável pela implantação do novo sistema de agendamentos, no qual, com a colaboração de uma funcionária, realizou-se a busca individual e identificação da data e do local em que cada usuário tinha consulta agendada. Desta forma foi possível ampliar as possibilidades de encontrar estes casais considerando perspectivas que não haviam sido pensadas, como buscar a criança que foi exposta ao HIV, mas que já não estava mais em acompanhamento na infectologia pediátrica, porém continuava o acompanhamento de puericultura no ambulatório de pediatria geral.

A fim de otimizar o tempo e direcionar a busca, descartando ou ratificando a necessidade de conversar com os usuários identificados na UDM e no NVE como possíveis participantes da pesquisa, em posse do número do prontuário a pesquisadora foi ao setor de armazenamento e registros dos prontuários e fez a leitura deste. Nesta leitura novamente foram realizados os questionamentos para identificar se aquele adulto, gestante ou criança poderia conduzir ao casal que atendia aos critérios de inclusão da pesquisa.

Com esta estratégia também foi encontrada a dificuldade de localizar alguns prontuários, nas situações em que o parto da mulher já havia ocorrido, ela e o bebê já não estavam mais internados na maternidade e seu prontuário já estava no setor de prestação de contas. Porém, para chegar a esta informação foi necessário percorrer os mesmos caminhos que o prontuário desta gestante/mulher

percorreu: centro obstétrico, unidade tocoginecológica e setor de prestação de contas. A leitura de cada prontuário foi fundamental para identificar quem a pesquisadora deveria procurar no dia da consulta para confirmar se atendia aos critérios de inclusão.

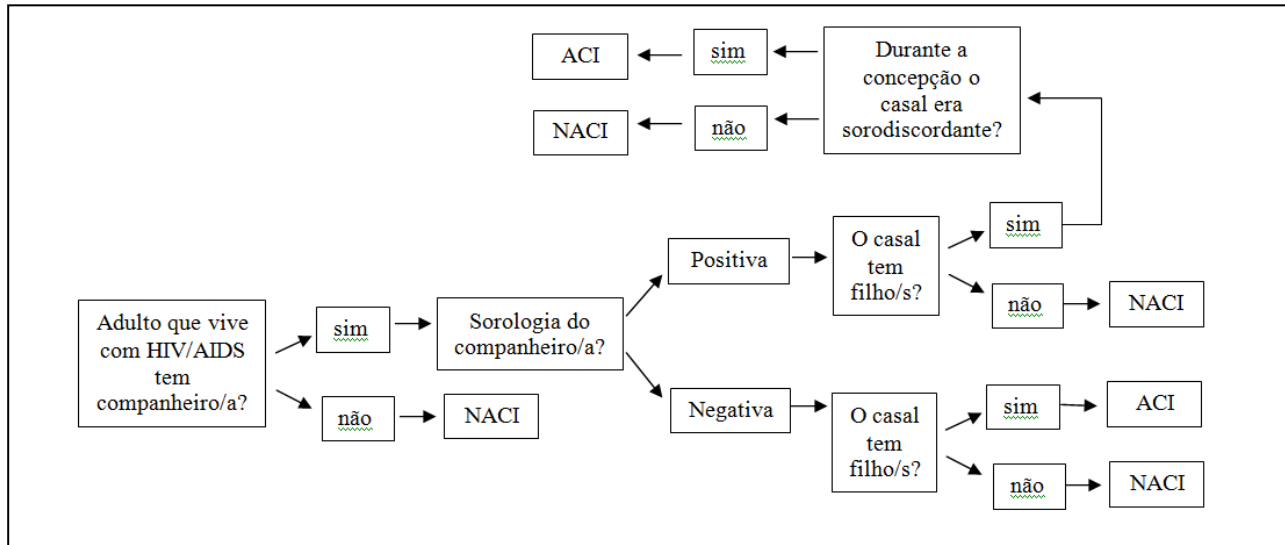
A ambientação e aproximação prévia viabilizou que fosse familiar à pesquisadora o HUSM, o fluxo de funcionamento dos ambulatórios e serviços que constituíram o cenário desta investigação, os funcionários do serviço e os usuários que fazem acompanhamento nos ambulatórios, o que foi essencial para repensar as estratégias de busca dos participantes do estudo.

Para organizar e facilitar essa busca nos diferentes cenários, diante dos diferentes e inesperados obstáculos vivenciados nesta etapa de campo, foram elaborados fluxogramas para guiar a investigação do adulto, da gestante ou da criança que pudesse conduzir aos possíveis participantes da pesquisa, os quais serão apresentados a seguir:

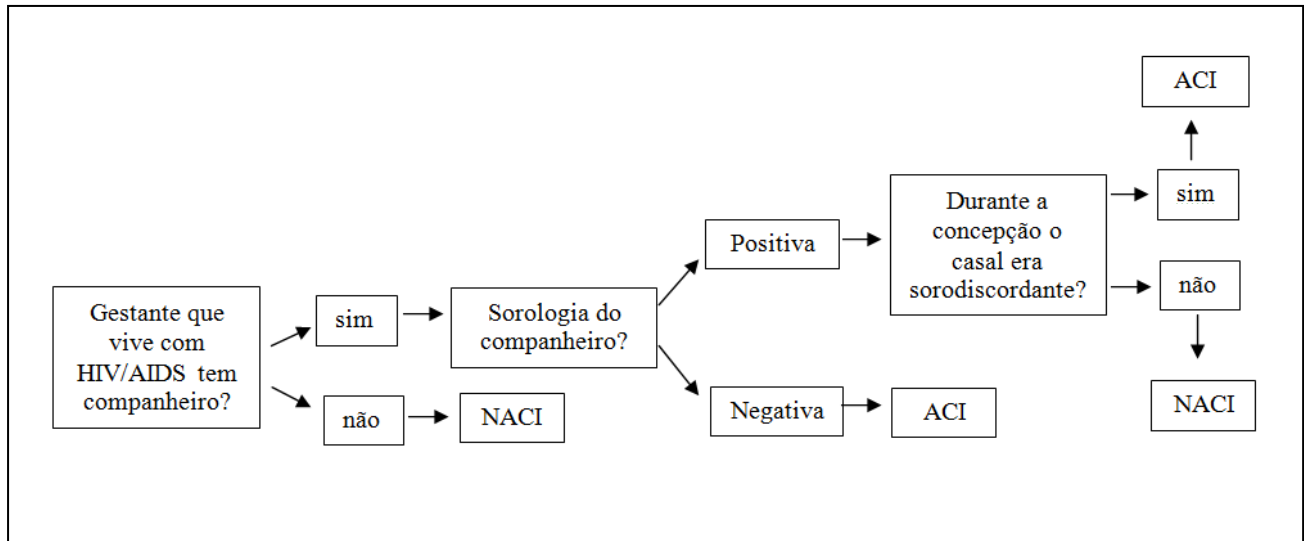
Descrição das siglas apresentadas nos fluxograma 1, 2 e 3:

ACI – atende aos critérios de inclusão;

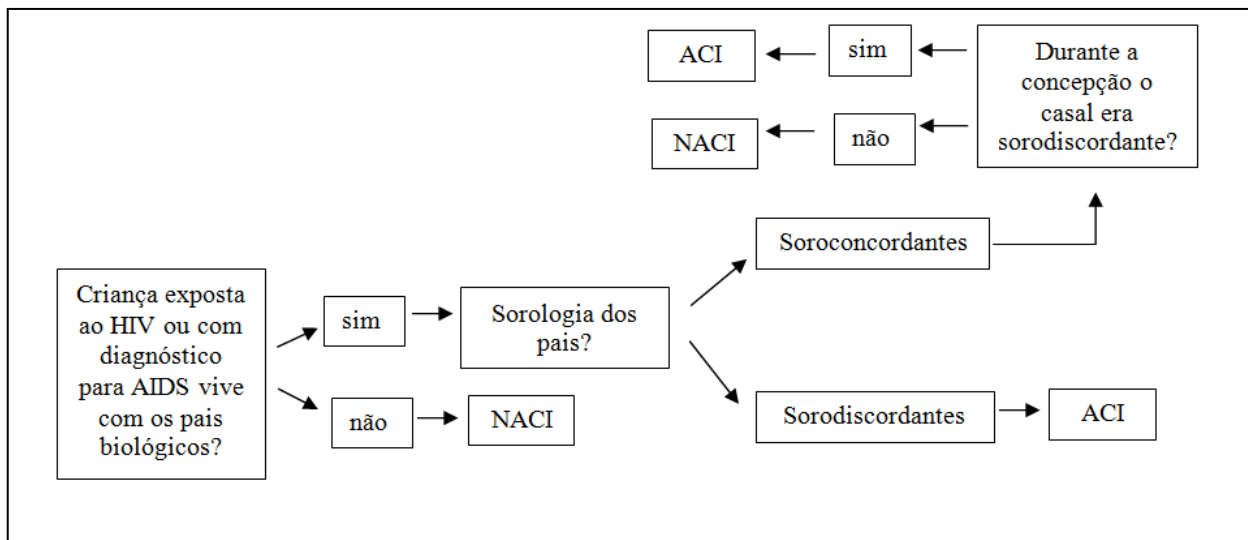
NACI – não atende aos critérios de inclusão;



Fluxograma 1 - Informações para identificar se o adulto conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão.



Fluxograma 2: Informações para identificar se a gestante conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão.



Fluxograma 3: Informações para identificar se criança exposta ao HIV ou com diagnóstico para AIDS conduziria ao casal que atendesse aos critérios de inclusão.

Diante dos distintos caminhos realizados para encontrar os casais participantes desta investigação, conclui-se que todas as estratégias utilizadas foram imprescindíveis para chegar aos 11

casais que foram entrevistados e também àqueles que atendiam aos critérios de inclusão, mas optaram por não participar da pesquisa. Cabe destacar que 7 casais que atendiam aos critérios de inclusão, em que a mulher era soropositiva e o homem soronegativo, não participaram desta investigação em razão de recusa do parceiro em 6 situações e da parceira em 1 situação. Além disso, também foram identificados casais sorodiscordantes que não têm filhos.

4.5 Encontro fenomenológico com o casal para obtenção dos significados

Considerando que a fenomenologia busca os significados e estes são expressos pela descrição dos depoimentos, a técnica para produção destes foi a entrevista fenomenológica (CARVALHO, 1987). Essa modalidade de acesso aos participantes possibilitou um movimento de compreensão do vivido do ser humano, tal como se apresentou na sua vivência cotidiana. Como modo de acesso ao ser, a entrevista foi desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre o sujeito pesquisador e cada participante pesquisado (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2011).

A entrevista fenomenológica transcende a pura técnica da realização de uma entrevista, pode ser entendida como uma interação social que busca estabelecer um encontro com o outro: pesquisador-participante depoente. O encontro é permeado pela intersubjetividade e empatia. A empatia permite a compreensão da vivência do depoente independente da vivência do pesquisador sobre o fenômeno que se busca desvelar (CAPALBO, 1996). Esse encontro mediado pela empatia e pela intersubjetividade, determina no pesquisador o movimento metódico de redução de seus pressupostos, pois este exige um posicionamento de des-centramento de si, para se direcionar intencionalmente à compreensão do outro (PAULA, CABRAL, SOUZA, 2009), neste estudo, o casal.

Para tanto, é necessário que o pesquisador desenvolva a atitude fenomenológica, que é despir-se de seus pressupostos e se permitir ir ao encontro com o outro. O relacionar-se nesse encontro permeia a escuta, o respeito pelo silêncio, gestos, olhares, manifestações verbalizadas ou não, enfim o dito e o não dito a fim de buscar compreender os significados expressos pelos/as participantes em sua “fala originária” (CARVALHO, 1987, p. 36). Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilita aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir que o fenômeno investigado possa emergir no encontro realizado com cada participante.

Para possibilitar o desenvolvimento da entrevista fenomenológica é necessária a aproximação ao cenário da pesquisa sob o modo de ambientação. A aproximação permite re-conhecer o cenário e sujeitos de pesquisa, interagir com os profissionais e conhecer a dinâmica e rotinas do campo prático.

Dessa forma, torna-se viável a integração do pesquisador com o cenário, por meio das atividades lá desenvolvidas, a fim de facilitar o momento em que acontecerá a produção dos depoimentos (PADOIN, 2006; PADOIN; SOUZA, 2008).

A aproximação possibilitou a ambientação da pesquisadora com o cenário da pesquisa, com os profissionais de saúde que ali trabalham e com os usuários que o frequentam. Ocorreu desde a inserção da pesquisadora no desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão ainda enquanto BIC durante a graduação, as quais tiveram início no segundo período de 2009. A etapa de campo ocorreu no período correspondente a setembro de 2013 a maio de 2014.

O convite para participar da pesquisa foi realizado a quem estava no serviço de saúde ao ser contatado pela pesquisadora (casal, homem ou mulher). Assim, houve a necessidade de quem foi convidado conversar com seu/sua companheiro/a e posteriormente a pesquisadora fazer o segundo contato para saber se havia interesse do casal em participar da pesquisa. Para tanto, foi composta uma lista com o contato telefônico do casal para confirmação do interesse em participar da pesquisa e agendamento da entrevista.

As entrevistas ocorreram na data, horário e local de preferência do casal, tendo sido 4 delas realizadas na residência do casal, 4 no ambulatório adulto, 1 no ambulatório de pré-natal, 1 no ambulatório de puericultura e 1 em uma sala do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Esta última foi realizada neste local, pois no horário em que o casal estava disponível para a realização das entrevistas os ambulatórios já estavam fechados e pela proximidade do CCS ao HUSM foi possível acesso a uma sala reservada neste local para realização da entrevista.

Quanto às diferenças percebidas pela pesquisadora a cerca do local da entrevista, os casais se mostraram mais tranquilos e com liberdade para participar deste encontro quando este ocorreu em suas residências ou na sala do CCS. Nas entrevistas realizadas nos cenários do estudo, os casais mostraram-se um pouco tensos e preocupados, embora soubessem sobre o acordo entre a pesquisadora e os profissionais garantindo sua consulta sem prejuízos antes ou após a entrevista. Destaca-se que em apenas um caso houve a interrupção da entrevista e a mulher/gestante foi retirada do encontro para realização da consulta médica.

Iniciou-se a entrevista pela questão orientadora: **Como foi pra vocês ter esse filho?** Nas situações em que o casal não aprofundou em seu depoimento a questão da sorodiscordância, então foi colocada a segunda questão: **Como foi pra vocês ter esse filho na situação de sorodiscordância?** Foi necessário realizar a segunda questão em 5 entrevistas.

Durante a entrevista, foram formuladas questões empáticas, a fim de evitar a indução de

respostas e não expressar pré-juízos/pré-conceitos, destacando palavras ou expressões verbalizadas pelos casais, que necessitavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos significados. Após o casal falar algo que poderia ser aprofundado, a pesquisadora elaborava uma pergunta retomando a mesma palavra ou expressão dita pelo casal, como, por exemplo, o casal diz “É difícil fazer o tratamento” e a pesquisadora elaborava a seguinte questão empática “Como assim é difícil fazer o tratamento”.

Durante cada entrevista a pesquisadora necessitou estar atenta aos modos como o casal se mostrou e ao movimento estabelecido neste encontro por ele. Houve uma complementaridade nas falas entre o homem e a mulher, de forma que nenhum foi suprimido, impedido ou sentiu-se intimidado a falar.

Ao finalizar a entrevista, anterior ao encerramento, foi realizado um *feedback* a fim de retomar de forma sintetizada o que foi expresso pelos participantes, questionando se gostariam de acrescentar algo mais aos seus depoimentos. Posterior a isso, houve o encerramento da entrevista e agradecimento ao casal pela disposição para esse encontro.

As entrevistas foram gravadas com gravador digital e transcritas à medida que foram realizadas. Os nomes dos participantes foram substituídos pelos códigos M de mulher, H de homem e F de filho, quando este foi mencionado nos depoimentos pelos pais, seguidas dos números 1 a 11 (M1, H1, F1; M2, H2, F2; sucessivamente). Nos depoimentos foram suprimidas palavras que revelassem a possibilidade de identificação de profissionais de saúde bem como o nome do/as participantes e do/a seu/sua filho/a, sendo utilizados, sempre, os códigos acima citados.

4.6 Análise dos dados

Em conformidade com a proposta metódica de Martin Heidegger, a etapa de análise dos dados se subdivide em dois e sucessivos momentos: compreensão vaga e mediana e hermenêutica. A compreensão vaga e mediana se caracteriza pela análise dos significados expressos pelos sujeitos, buscando descrever o fenômeno como ele se mostra significado por suas estruturas essenciais, pois o ser só é *presença*, ser-no-mundo, quando se compreende (HEIDEGGER, 2011).

As modalidades de acesso à presença devem mostrá-la como ela mesma é, antes de tudo e na maioria das vezes, em sua cotidianidade mediana. Deste mostrar-se não se devem extrair estruturas ocasionais e acidentais, mas sim as estruturas essenciais, as quais "se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença" fática (HEIDEGGER, 2011).

Para o desenvolvimento desse primeiro momento metódico, foram realizadas leituras e releituras das entrevistas com o objetivo de identificar e grifar as estruturas essenciais, que constituem a significação do fenômeno investigado. As estruturas essenciais são aquelas expressas pelos casais como vivências ou experiências significativas acerca do fenômeno estudado, correspondendo aos significados convergentes, que respondem, ao objetivo da investigação.

A partir das inúmeras releituras, a pesquisadora realizou um mergulho de procura nas falas dos depoentes, buscando identificar aquilo que mostrou-se significativo, as estruturas essenciais, como o casal heterossexual sorodiscordante para o HIV se mostra no vivido da reprodução, como ele mesmo é. Depois de impregnar-se pelos depoimentos, despida de pré-conceitos, pressupostos, teorias ou ideias, foi realizada a identificação de cada significado utilizando diferentes cores para destacá-los.

A identificação cromática dos significados auxiliou a avançar para o próximo passo no desenvolvimento do primeiro momento metódico, que é a compreensão vaga e mediana, desenvolvida a partir da composição das unidades de significação (US). No método heideggeriano as US podem ser reconhecidas como categorização *a posteriori* considerando que na abordagem fenomenológica inexistente categorização prévia. Para tanto, as falas (significados) foram organizadas no quadro de análise (apêndice 1), de acordo com suas respectivas cores, na qual cada cor representou um significado diferente. Posterior à identificação dessas, realizou-se o movimento de agrupar os recortes das falas na tentativa de compor as unidades de significação (US).

Após a elucidação de agrupamento dos significados, foi elaborado o *caput* da unidade (enunciado, cabeçalho ou título da categoria *a posteriori* que constitui a US) respeitando as palavras e expressões ditas pelos casais. As US, juntamente com os discursos fenomenológicos (descrições detalhadas e textuais do conjunto dos significados expressos nas falas dos casais) compõem a compreensão vaga e mediana. Para elaboração dos discursos fenomenológicos, a pesquisadora procurou seguir com rigor a descrição dos significados utilizando palavras e expressões ditas pelos casais.

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

Compreender os significados do fenômeno requer que o ente seja acessado tal como é em si mesmo. Ao ser acessado em sua forma genuína, como ele mesmo se mostra livre dos pressupostos do pesquisador, permite a elaboração do conceito de ser deste ente (HEIDEGGER, 2011). O conceito de

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

A hermenêutica constitui o segundo momento metódico proposto por Martin Heidegger. Nessa segunda etapa metódica, a partir do conceito de ser dos casais que expressa o vivido, buscou-se na compreensão vaga e mediana dos significados e mediante a análise interpretativa a possibilidade de desvelar facetas fenomenais dos sentidos/da direção do "ser casal" investigado. Esse é um movimento hermenêutico que permite caminhar da dimensão ôntica, factual, para ontológica, fenomenal. Na dimensão ontológica é possível ir ao encontro da essência do ser. Este *ser*, *ente* dotado de *presença*, tem como estrutura fundamental o *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2011).

4.7 Aspectos éticos

A fim de assegurar os preceitos éticos, esta pesquisa foi desenvolvida em concordância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, a qual estabelece diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012b). Para proteger os participantes da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos da beneficência, do respeito à dignidade humana e da justiça.

No que diz respeito à beneficência, esta visou à minimização de danos e maximização de benefícios aos casais participantes da pesquisa. Este princípio contempla as dimensões dos direitos de: ficar livre de danos e desconfortos e ser protegido contra exploração. Quanto ao direito de ficar livre de danos e desconfortos, deve-se garantir a não-maleficência da pesquisa quanto a danos físicos, emocionais, sociais ou financeiros. O direito a ser protegido contra exploração deve garantir que a participação ou informações fornecidas não serão usadas contra os participantes e que a relação estabelecida entre pesquisador e participante permita não só evitar a maleficência como promover benefício (POLIT; BECK, 2011).

Quanto ao respeito à dignidade humana, prevê-se a garantia dos direitos à autodeterminação e ao pleno conhecimento. Quanto à autodeterminação, foi assegurado que os casais tivessem autonomia para decidir de forma voluntária se desejavam participar sem risco de sofrer penalidades ou assistência diferenciada no serviço de saúde o qual se configurou como cenário da pesquisa. O pleno conhecimento abrangeu o direito dos casais disporem de informações necessárias à decisão de participar voluntariamente da pesquisa, ou seja, a pesquisadora descreveu minuciosamente a natureza do estudo, o direito de recusa à participação na pesquisa, as responsabilidades do pesquisador e

possíveis riscos e benefícios ao casal (POLIT; BECK, 2011).

O princípio da justiça se refere aos direitos de: tratamento justo e privacidade. Quanto ao direito de tratamento justo, este garantiu que os casais fossem selecionados conforme as exigências da pesquisa, considerando os critérios de inclusão e exclusão, e não quanto à vulnerabilidade que caracteriza alguns grupos sociais em prol do avanço científico. Além de tratar com respeito e livre de preconceito e de discriminação aquele que se recusar a participar ou desistir da pesquisa, cumprir com todos os compromissos assumidos com os participantes. O direito à privacidade assegurou a preservação do anonimato dos casais durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa bem como a confidencialidade dos dados fornecidos (POLIT; BECK, 2011).

Considerando os riscos à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que podem ser despertados nos participantes com a realização da entrevista, as equipes multiprofissionais que atuam no cenário da pesquisa teriam sido procuradas para ajudá-los, conforme acordo preestabelecido. Quando a entrevista aconteceu fora do cenário institucional, se o casal apresentasse demandas que precisassem ser atendidas seria feito encaminhamento para atendimento com os profissionais do serviço onde os participantes mantêm acompanhamento de saúde. Porém, não foi necessário realizar nenhuma destas intervenções.

Declarou-se que os benefícios provenientes do estudo aos participantes serão indiretos, por meio da assistência prestada pelos profissionais ao terem a possibilidade de incorporar em sua prática as demandas expressas por essa população para o atendimento de suas necessidades.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CEP/UFSM) através da Plataforma Brasil com aprovação em 13 de agosto de 2013 sob o seguinte número do parecer: 367.670 (anexo 1). Devido à necessidade de ampliação do cenário da pesquisa solicitando a inclusão da UDM e do NVE, foi submetida uma emenda ao CEP, a qual obteve aprovação em 19 de novembro de 2013 sob o seguinte número do parecer: 494.011 (anexo 2) A obtenção dos significados foi realizada somente após a aprovação pelo CEP.

O casal que concordou em participar da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 2). Este documento contemplou com linguagem acessível aos participantes, o objetivo e justificativa da pesquisa com descrição dos princípios éticos garantindo a privacidade e não exposição pública dos participantes e dados informados; o sigilo da identidade com codificação alfanumérica para que não fossem divulgados os nomes dos depoentes. Foi garantida no TCLE a liberdade de participação voluntária e direito de desistência em qualquer momento de desenvolvimento da pesquisa.

Foi ainda descrito que as entrevistas seriam utilizadas exclusivamente para fins científicos e para publicações. As gravações digitais e transcrições estarão sob guarda da pesquisadora por um período de cinco anos e posteriormente incineradas.

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1 Historiografia: desvelando o “quem” do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV que vivenciou a reprodução

A presença, se compreendendo como tal, realiza a compreensão de algo como ser. Esta compreensão e interpretação implícita do ser ocorrem, em geral, tendo o tempo como direcionamento. Assim, deve-se esclarecer, de modo genuíno, que o tempo se coloca como horizonte de toda compreensão e interpretação do ser (Heidegger, 2011).

A partir deste horizonte, compreende-se que em seu ser fático, ou seja, considerando os fatos e acontecimentos de sua história, a presença é sempre como e o que ela já foi, é sempre o seu passado (Heidegger, 2011). Dessa forma, ao expressar os fatos que compõem seu cotidiano acerca do vivido da reprodução, o casal heterossexual sorodiscordante para o HIV revela quem ele mesmo é.

O casal se mostrou como, o que e quem ele mesmo é ao revelar fatos como sua situação sorológica na fecundação, sua situação sorológica no momento da entrevista, quem era/é soronegativo, se foi realizado planejamento reprodutivo, qual foi o tipo de concepção e qual método anticonceptivo utilizava. Também revelou a história obstétrica da companheira e nesta quantas foram as gestações em situação de sorodiscordância. Além disso, falou sobre a sorologia do filho, a idade do último filho gestado em situação de sorodiscordância e, nas situações em que o filho faleceu, a causa do falecimento.

A informação da situação sorológica em dois momentos distintos, na fecundação e no momento da entrevista, se fez necessária uma vez que em três situações a sorodiscordância não era conhecida no momento da fecundação. Na situação do casal 7 a mulher revelou a situação de sorodiscordância para o parceiro quando descobriu a gestação, na situação dos casais 8 e 10 o casal não sabia o diagnóstico de HIV da mulher no momento da fecundação e ficaram sabendo durante o pré-natal. Estes três casos não inviabilizam a participação destes casais na pesquisa, pois eles descobriram a sorodiscordância no início da gestação e isso significa que eles atenderam ao critério de ter vivenciado a gestação na situação de sorodiscordância.

Para obtenção destes dados, não foi aplicado nenhum instrumento pré-elaborado com estas informações. Estas foram capturadas a partir do depoimento do casal, daquilo que foi manifestado por ele como fatos significativos no seu vivido reprodutivo na situação de sorodiscordância.

No quadro 1 estão apresentadas as informações/fatos que revelam o *quem* de cada casal e que compõe sua historiografia.

Como legenda foram utilizadas as siglas: AO – anticoncepcional oral; D – desconhecido; SD – sorodiscordante; SC – soroconcordante; M – mulher; H – homem; G P A – paridade da mulher, na qual “G” se refere ao número de gestações, “P” ao número de partos e “A” ao número de abortos.

Na oportunidade da entrevista os filhos dos casais 8 e 10 ainda estavam em acompanhamento na infectologia pediátrica e nos casais 9 e 11 a mulher estava gestando. A fim de atualizar o dado no quadro 1 sobre a sorologia do filho, a pesquisadora entrou em contato com os casais por meio do telefone fornecido por estes quando foram convidados a participar da pesquisa. Os casais 9 e 10 confirmaram a sorologia negativa do filho, com os casais 8 e 11 não foi possível fazer contato.

Quadro 1- Informações correspondentes à historiografia dos 11 casais que participaram desta investigação.

	casal 1	casal 2	casal 3	casal 4	casal 5	casal 6	casal 7	casal 8	casal 9	casal 10	casal 11
Situação sorológica na fecundação	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	D	SD	D	SD
Situação sorológica na entrevista	SD	SC	SD	SD	SD	SC	SD	SD	SD	SD	SD
Quem era/é soronegativo	M	M	H	H	M	M	H	H	H	H	H
Planejamento da gravidez	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Tipo de concepção	Artificial (RHA)	Natural	Natural	Natural	Natural	Natural	Natural	Natural	Natural	Natural	Natural
Método anticoncepcivo	Não refere	AO	Não refere	AO e preservativo	Preservativo	Nenhum	Preservativo	Não refere	AO	Nenhum	AO
História obstétrica + Gestação em situação de sorodiscordância	G1P1A0 Uma	G7P7A0 Uma	G4P3A1 Duas	G4P1A3 Duas	G2P2A0 Uma	G1P1A0 Uma	G3P3A0 Uma	G1P1A0 Uma	G2P1A0 Duas	G3P3A0 Uma	G4P3A0 Três
Desejo de engravidar	Sim	Não refere	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Sorologia do filho	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Ver nota ¹⁹	Negativo	Negativo	Ver nota ¹⁹
Idade do filho ²⁰	1a. e 8m.	Faleceu 1 a. e 1m.	Não refere	10 a.	5 a.	8 a.	Faleceu 4 a. e 5 m.	3 m.	gestante	8 meses	gestante

Fonte: LANGENDORF; SOUZA; 2015.

¹⁹ Não foi possível obter este dado para fins de atualização.²⁰ Gestado em situação de sorodiscordância

5.2 Historicidade

A *historicidade* se mostra como o *modo-de-ser* da história do *ser-no-mundo*, a qual se revela fenomenalmente a partir do vivido do *ser*, constituindo um nexos com o factual que é significado pelo *ser* e se mostra como base da *historiografia*. Com este nexos entre o factual e o fenomenal, desvela o quem *temporal* do *ser* que está sendo interpretado. A história da qual se fala não se refere somente ao passado no sentido do que passou, mas significa “um conjunto de acontecimentos e influências que atravessa passado, presente e futuro”, revelando que o *ser* só existe historicamente por ser temporal (HEIDEGGER, 2011, p. 470)

Diante disso, a “história é o acontecer específico da presença existente que se dá no tempo. É esse acontecer que vale, como história, em sentido forte, tanto o passado como também o legado que ainda influi na convivência” (HEIDEGGER, 2011, p. 471).

Considerando o objeto deste estudo, a *historicidade* dos casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV revelou quem eles são a partir do seu vivido diante da reprodução nesta situação. A história dos casais no vivido da reprodução desvelou os acontecimentos da vida dos casais, os quais perpassam situações que aconteceram no passado, mas que influenciam o presente e definem o futuro.

Como exemplo disso pode-se destacar o diagnóstico de HIV de um dos parceiros, que ocorreu no passado, mas influencia o cotidiano de cuidado vivenciado na reprodução e define como os casais irão evitar gestações futuras, pois não querem ter outro/s filho/s no contexto do HIV/aids, seja na situação de sorodiscordância ou não.

Segue abaixo a descrição da historicidade dos 11 casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV que participaram desta investigação:

Casal 1

O F1 é o primeiro filho do casal 1. Estão juntos há mais de 8 anos e descobriram a sorologia do H1 quando já estavam juntos, há aproximadamente 7 anos. Desde o início, quando souberam do diagnóstico, a M1 disse que sabia que não poderia engravidar frente a esta nova situação para o casal, mas em momento algum pensou em se separar do H1 depois que soube seu diagnóstico. Depois que o casal passou pelo impacto da descoberta do diagnóstico, pela adaptação ao tratamento, pela adaptação do organismo ao tratamento e pela estabilização do psicológico é que ele começou a pensar em ter filho. Quando pensaram em ter filho, procuraram ajuda médica e foram orientados a procurar uma clínica de reprodução humana assistida. O casal não se manifestou acerca de futuras gestações. Fez

tudo o que precisou fazer para engravidar sozinho, pois ninguém sabe da sua situação sorológica e afirma que se a família ficar sabendo não deixaria a mulher ficar com o seu companheiro. O casal reside na área urbana na cidade em que está localizado o cenário da pesquisa e expressa ter uma boa condição financeira e trabalham na área da educação e na área de representação comercial. Enquanto trabalha, o filho fica na creche em período integral. O casal foi bastante receptivo diante do convite para participar da pesquisa, recebendo a pesquisadora em sua residência para a realização da entrevista.

Casal 2

O casal 2 faz o acompanhamento de saúde no ambulatório de infectologia do HUSM. O diagnóstico do homem ocorreu há aproximadamente 11 anos e o da mulher ocorreu 6 meses após o nascimento do último filho. O casal possui 6 filhos, anteriores ao diagnóstico do H2, e a gravidez do 7º não foi planejada, ocorrendo de forma inesperada. Utilizava anticoncepcional oral e mantinha relação sexual desprotegida, mas depois que souberam da gestação em momento algum pensaram em fazer aborto. Após o nascimento do filho a M2 optou por fazer laqueadura, pois não queria engravidar novamente. O casal teve uma única gestação na situação de sorodiscordância, que foi a 7ª. Esse filho nasceu com mielomeningocele²¹ e casal passou por momentos difíceis para poder cuidar do filho, que passava a maior parte do tempo internado. Neste período, para se dedicar ao cuidado do filho, a mulher parou de trabalhar. O filho não resistiu e faleceu quando tinha 1 ano e 1 mês. Atualmente o casal trabalha e tem seu próprio negócio. A entrevista com o casal 2 ocorreu no ambulatório de infectologia adulto enquanto ele aguardava para ser atendido, pois para ele este seria o melhor momento. Durante a entrevista foi necessário realizar a segunda questão orientadora, que fez referência a situação de sorodiscordância do casal. Os filhos do casal, exceto o mais novo, sabem da sorologia dos pais eles dizem que não teriam problema em falar sobre isso se for preciso.

Casal 3

O casal 3 se conheceu antes do diagnóstico de HIV da M3, e de imediato ela achou que o companheiro foi o responsável por sua infecção, porém ele realizou o teste anti-HIV e o resultado foi negativo. O H3 aceitou a condição sorológica da M3 e desde antes deste fato o casal já pensava em ter um filho, pois mesmo ambos tendo filhos de relacionamentos anteriores, o casal queria ter um filho biológico. Esta foi a segunda gestação na situação de sorodiscordância, a primeira foi interrompida espontaneamente no 5º mês de gestação. Após o aborto a M3 pensou em fazer laqueadura, porém

²¹ É uma má formação congênita da coluna vertebral em que as meninges, medula e raízes nervosas ficam expostas em uma bolsa fora do canal vertebral.

afirmou que sua vontade de ser mãe era maior e que não iria desistir. Assim, quando menos esperava, o casal descobriu a gravidez, a qual ocorreu por meio de relação desprotegida. O casal não faz referência a futuras gestações. O casal prefere manter sua situação sorológica só entre o casal, pois já sofreram preconceito, inclusive da mãe da M3 e de profissionais de saúde, e não querem passar por isso de novo e também não querem que seu filho passe por isso. A entrevista foi realizada no ambulatório de infectologia adulto em um dia em que a mulher tinha consulta sendo tudo no mesmo dia em que foi feito o convite para participar da pesquisa e isso foi possível em virtude do H3 acompanhar a M3 em quase todas as suas consultas.

Casal 4

A M4 e o H4 estão juntos há 14 anos e descobriram o diagnóstico da M4 quando já estavam juntos. A M4 teve 4 gestações, as duas primeiras ocorreram em relacionamentos anteriores e evoluíram para aborto espontâneo. A 3ª e a 4ª gestação ocorreram no relacionamento com o H4, e na 3ª gestação a M4 descobriu seu diagnóstico positivo para HIV e teve complicações devido à pré-eclâmpsia²². No decorrer da 3ª gestação a M4 caiu e com 7 meses de gravidez perdeu o bebê. Depois disso engravidou novamente e nasceu o filho que no momento da entrevista tinha 10 anos. O H4 fala em ter outros filhos, porém a M4 tem medo que possa acontecer alguma coisa e ter outro aborto. Além disso, argumenta que como mora longe de sua família e não são todas as pessoas que sabem do seu diagnóstico, se tiver algum problema de saúde só pode contar com o H4. O casal reside na área urbana na cidade em que está localizado o cenário da pesquisa e não se manifestou quanto a sua ocupação ou trabalho. A entrevista ocorreu no ambulatório de infectologia adulto em data e horário escolhido pelo casal. Durante a entrevista foi necessário realizar a segunda questão orientadora, que fez referência a situação de sorodiscordância do casal.

Casal 5

Quando a M5 conheceu o H5 ele já sabia do diagnóstico dele e ela aceitou sua condição sorológica. Estão juntos há 6 anos e o H5 sabe do seu diagnóstico há aproximadamente 7 anos. Diante disso o H5 esclareceu no início do relacionamento que eles não poderiam ter filhos e que somente manteriam relação sexual com preservativo, assim, não imaginavam que teriam filho juntos. Não poder ter filhos não foi um problema para o casal, pois ambos já tinham filhos de relacionamentos anteriores. O casal utilizava preservativo masculino para prevenir a infecção da M5 pelo HIV e como método

²² Elevação da pressão arterial durante a gestação.

anticonceptivo também. A gestação aconteceu de forma inesperada em decorrência do preservativo que estourou e descobriram quando a M5 já estava com cerca de 3 meses de gestação. O casal reside na área urbana na cidade em que está localizado o cenário da pesquisa e não se manifestou quanto a sua ocupação ou trabalho. A entrevista foi realizada na residência do casal, que foi receptivo em receber a pesquisadora. Durante a entrevista foi necessário realizar a segunda questão orientadora, que fez referência a situação de sorodiscordância do casal.

Casal 6

O casal 6 no momento da entrevista era sororoconcordante, mas descobriram o diagnóstico do H6 primeiro quando ele tinha 23 anos em função da gestação. A M6 estava querendo engravidar e fez tratamento para isso, mas por algum motivo algumas pessoas da família do H6 falaram que ela tinha HIV e, diante disso, ambos foram fazer o teste. O teste da M6 deu negativo e o do H6 deu positivo. A M6 disse que a informação que ela recebeu no local em que realizou o teste é de que o resultado do teste do H6 poderia ser um falso positivo e frente a isso o casal, principalmente a M6, decidiu seguir com os planos de ter filho e engravidou. No pré-natal a M6 realizou novamente o teste anti-HIV e o resultado foi positivo, caracterizando a soroconversão da M6 durante a gestação. A gestação ocorreu por meio de relação sexual desprotegida. O casal afirma que não quer ter mais filhos em decorrência do que passaram para ter o F6 saudável e com isso o H6 fez vasectomia. O casal tem medo de que o filho possa ter HIV e mesmo após ter recebido alta da infectologia pediátrica e o filho estar com 8 anos, a M6 pede na Unidade Básica de Saúde para o filho fazer o teste anti-HIV. O F6 é o único filho do casal, porém o H6 tem uma filha de um relacionamento anterior. O casal reside na área urbana na cidade em que está localizado o cenário da pesquisa. O H6 trabalha na área da construção civil e a M6 não se manifestou quanto a sua ocupação ou trabalho. Foi difícil conciliar um horário para realização da entrevista que não interferisse no horário de trabalho do H6, assim o horário possível no final da tarde e início da noite. Como nesse período os ambulatorios já estão fechados a entrevista foi realizada em uma sala de aula do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, pois se trata de um prédio ao lado do HUSM.

Casal 7

O casal 7 no momento da entrevista era sorodiscordante. O H7 não sabia que a M7 tinha HIV e ela precisou contar para ele quando engravidou. A M7 descobriu seu diagnóstico quando se sentiu mal e procurou o médico, neste momento foi solicitado o teste anti-HIV, o qual teve resultado positivo. Não

foi relatado se isso ocorreu quando ela já estava se relacionando com o H7 ou não. O H7 afirma que se soubesse que a M7 tinha HIV teria se prevenido para não engravidar, pois a gravidez ocorreu por meio de relação sexual desprotegida. A M7 tem dois filhos de relacionamento anterior e a F7 seria a única filha do casal. Porém, por uma complicação devido à convulsão a F7 não resistiu e faleceu. A M7 tem 43 anos e é mais velha do que o H7. O casal reside e trabalha na área rural de uma cidade que faz parte da região de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde que localiza o cenário da pesquisa como referência para o atendimento das pessoas desta cidade. O encontro para entrevista ocorreu no mesmo dia em que o convite para participar da pesquisa foi realizado, pois o H7 estava acompanhando a M7 no ambulatório adulto enquanto o casal aguardava para a consulta da M7. Durante a entrevista foi necessário realizar a segunda questão orientadora, que fez referência a situação de sorodiscordância do casal.

Casal 8

O casal 8 era sorodiscordante no momento da entrevista. Descobriu o diagnóstico da M8 no pré-natal e foi um choque, pois a M8 afirma que não sabe como foi infectada, pois o H8 foi a única pessoa com quem se relacionou. A M8 residia na área rural e saiu de lá quando casou com o H8. O casal queria engravidar e já estava tentando há 6 anos, expressando o desejo de engravidar antes de saber do diagnóstico, como não estavam conseguindo desistiram e depois disso descobriram a gravidez. A gravidez ocorreu por meio de relação sexual desprotegida. A F8 é a única filha do casal e ele não faz referência quanto a ter outro/s filho/s futuramente. O casal reside na área urbana de uma cidade que faz parte da região de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde que localiza o cenário da pesquisa como referência para o atendimento das pessoas desta cidade. O casal não se manifestou sobre sua ocupação ou trabalho. O encontro para entrevista ocorreu no mesmo dia em que o convite para participar da pesquisa foi realizado, pois o casal estava junto no ambulatório de pediatria aguardando para a consulta médica da F8. Durante a entrevista foi necessário realizar a segunda questão orientadora, que fez referência a situação de sorodiscordância do casal.

Casal 9

O casal 9 era sorodiscordante e a M9 estava grávida no momento da entrevista. O diagnóstico da M9 foi descoberto quando da gestação da primeira filha, durante o pré-natal. O casal pensava em ter outro filho, porém não neste momento, mas quando perceberam a M9 já estava grávida. Como método anticonceptivo a M9 utilizava anticoncepcional oral, porém no período em que ficou grávida ela relata

que havia trocado de pílula e mantiveram relação sexual desprotegida. A profilaxia para transmissão vertical do HIV foi eficaz e a primeira filha não tem o vírus. O casal não tem outros filhos além da primeira filha e do F9 e também não pensa em ter mais filhos. Para isso, a M9 vai tentar fazer laqueadura e o H9 vai tentar fazer vasectomia pelo Sistema Único de Saúde, assim, quem conseguir primeiro fará. Durante a gestação do F9, o casal também estava apreensivo pela situação de incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o bebê, o que poderia provocar o nascimento prematuro do F9. O casal reside na área urbana na cidade em que está localizado o cenário da pesquisa, o H9 trabalha com prestação de serviços e a M9 não falou sobre sua ocupação ou trabalho. O convite para participar da entrevista foi realizado à M9 enquanto ela aguardava no ambulatório de pré-natal de alto risco para sua consulta. Num segundo momento fiz contato por telefone no qual o casal confirmou a participação na pesquisa e indicou a preferência de realização da entrevista na sua residência.

Casal 10

O casal 10 descobriu o diagnóstico da M10 no pré-natal durante a gestação da F10, a qual não foi planejada. O H10 realiza periodicamente o teste anti-HIV e o resultado tem sido negativo. O casal refere que não queria mais filhos, pois a M10 tem 2 filhos e o H10 tem 3 filhos de relacionamentos anteriores, os quais vivem com o casal. A gestação ocorreu por meio de relação sexual desprotegida e foi uma surpresa para o casal. Não quer outro/s filho/s e diz que utiliza o preservativo masculino para evitar futuras gestações. O casal reside na área urbana e atualmente a M10 não está trabalhando fora de casa para poder cuidar das crianças e o H10 trabalha fora de casa. O casal conta com o auxílio dos avós das crianças para tomar conta deles quando precisam sair de casa para fazer alguma coisa que as crianças não podem ir junto. O convite para participar da entrevista foi realizado à M10 enquanto ela aguardava no ambulatório de pediatria para consulta da F10. Num segundo momento fiz contato por telefone no qual o casal confirmou a participação na pesquisa e indicou a preferência de realização da entrevista na sua residência.

Casal 11

O casal 11 era sorodiscordante e a M11 estava grávida no momento da entrevista. Quando o casal começou a se relacionar ainda não havia sido descoberto o diagnóstico da M11. Ela relata que no mesmo momento que soube seu diagnóstico ligou para o H11 para contar, ele aceitou a situação e desde então apoia ela. A M11 tem 1 filha de relacionamento anterior e o casal tem 3 filhos, dois mais velhos e o F11. O casal diz que não queria ter outro filho e utilizava anticoncepcional oral para evitar a

gravidez, a qual ocorreu por relação sexual desprotegida. Nesta gestação o casal estava apreensivo pela demora em iniciar o tratamento para profilaxia da transmissão vertical, pois as consultas na infectologia e no pré-natal de alto risco foram remar cadas algumas vezes. O casal reside na área urbana na cidade em que está localizado o cenário da pesquisa e quanto ao trabalho, a M11 é funcionária estadual e o H11 presta serviços para uma empresa privada. O H11 fez um esforço para ir até o cenário da pesquisa no horário em que a M11 tinha consulta no pré-natal para o casal participar da entrevista. Infelizmente a entrevista foi interrompida por residentes e pela médica preceptora, os quais se negaram a aguardar o término da entrevista forçando a retirada da M11 da sala em que o casal estava sendo entrevistado.

5.3 Compreensão vaga e mediana

A compreensão vaga e mediana faz parte do primeiro momento metódico proposto por Martin Heidegger, o qual contempla a dimensão ôntica, factual, na qual o casal expressou o que significou para ele ter vivenciado a reprodução na situação de sorodiscordância para o HIV. Neste primeiro momento analítico, o que se realiza é uma busca ciente pelo ente naquilo que ele é e como ele é, sendo esta compreensão vaga e mediana de ser um fato (HEIDEGGER, 2011).

Esta pode estar impregnada de teorias tradicionais e opiniões sobre o ser, as quais podem impedir o acesso ao ente naquilo que ele é e como ele mesmo é. Esta analítica da presença constitui o primeiro desafio no questionamento do ser, necessitando alcançar e garantir a via de acesso ao ente de maneira que não se apliquem conceitos preestabelecidos, tampouco nenhuma ideia de ser, por mais evidente que possa parecer. Da mesma forma, à presença não devem ser impostas categorias guiadas por tal ideia. Ao contrário, o acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que o ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo (HEIDEGGER, 2011).

Assim, mediante a redução de pré-conceitos, teorias ou ideias prévias, foi desenvolvida a compreensão vaga e mediana, através da construção das unidades de significação e da elaboração do discurso fenomenológico, com a intenção de apreender os significados essenciais atribuídos pelo casal heterossexual sorodiscordante para o HIV no vivido da reprodução.

Unidade de significação 1 (US1) - no vivido da reprodução, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV expressaram que engravidar foi um acontecimento inesperado, em que querendo ou não a gravidez aconteceu.

A M1 que tomou todas as iniciativas, ela que disse que queria ter [...] No começo eu não queria porque eu... na verdade eu acho que o preconceito maior sempre foi meu, e chegou um ponto que ela pediu, pediu, pediu e eu fui buscar ajuda médica [...] Mas...aí era uma questão de querer e aconteceu. [...] Mas tem que querer, não adianta, tem que ter muita vontade. A M1 teve muita vontade de ter o B1, ela quis ter o B1, ela realizou cada minuto da vinda dele, tudo foi muito tranquilo, tudo, tudo. (H1)

Agora eu vou ter! Agora vai ser! [...] tu vai naquele nervosismo, talvez por isso não tenha dado certo duas vezes... mas depois na terceira deu [...] na hora a gente não pensa nesse tipo de coisa né. Aí depois que veio a... tá, agora vamos tentar, vamos ver as possibilidades [...] depois de um ano né? Eu acho, daí eu disse “bah [nome do médico], filho nem pensar né? E ele disse “por que não?” como é que eu vou ter filho com ele né? É impossível..daí o médico: “não, tem possibilidade” (M1)

A gente já nem esperava né? Mas quando aconteceu, quando a M2 soube ela estava grávida já (H2)

É que eu tomava remédio, eu não imagina que eu ia engravidar, né? (M2)

quando eu perdi eu queria muito esse filho né [...] A gente já tem outros filhos, tenho os meus né [...] a gente sonhou em ter antes de tudo isso acontecer, a gente planejou ter a criança antes de tudo isso acontecer. Eu não creio que tenha uma, uma coisa que seja mais forte que a vontade de ser mãe... Por mais que eu tenha meus outros filhos a gente queria ter um filho nosso (M3)

a gente se planejou nos nove meses, depois que ela ficou grávida, que ela me avisou né, que tava grávida (H3)

A gente não planejou (M4)

a gente tinha planejado primeiro daí ela acabou tendo aquela pré-eclampsia daí deu seis meses de gravidez, perdeu. Aí demos um tempo e aconteceu (H4)

Foi na relação sexual, estourou o preservativo e ela engravidou. Depois a gente ficou sabendo que ela tinha engravidado [...] a gente se cuidava um horror [...] Tanto é que eu comentei com ela [M5] quando eu conheci ela, digo “ Ó, filho já era, a gente pode só com preservativo” (H5)

É a gente se cuidava bastante [...] só que a gente não viu, tanto que eu descobri minha gravidez eu tava com quase 3 meses de gravidez e eu fiquei apavorada [...] Eu sabia que ele tinha [HIV], só que eu nunca imaginei que eu ia engravidar, que nós ia ter um filho juntos (M5)

E a gente descobriu que eu tava grávida com 3 meses de gravidez [...] Eu queria ter um filho, mas não queria ter nessas circunstâncias [...] o meu [teste para o HIV] deu negativo, que eu já vivia junto com ele e o dele deu positivo... Daí a enfermeira que deu o resultado pra nós disse pra nós que o dele podia ser falso negativo [...] daí eu entrei na onda do falso negativo e fiquei grávida (M6)

Que a gente tava também querendo engravidar daí foi, foi começou a ideia de ir fazer [o teste para o HIV] [...] eu até que não queria, na verdade não queria... Mas ela disse “não, é falso, e coisa, e eu não tenho, e coisa e tal” então [...] eu nunca quis ter filho [...] aí já tinha no caso o meu resultado positivo [...] mas a M6 queria muito, queria ter esse filho então acabamos tendo (H6)

Eu não sabia que ela tinha, se eu soubesse é claro que eu ia me prevenir [...] me cuidava pra nem engravidar (H7)

Eu engravidei né, daí tive que contar [para o H7 sobre o HIV] (M7)

A princípio a gente não tinha programado [...] veio assim num momento que a gente não esperava [...] a gente queria ter um filho, a gente tava em concordância [...] a gente vinha tentando e não tava conseguindo, aí ela veio sem a gente... Inesperado (H8)

eu estava tentando engravidar há 6 anos, aí tanto que eu insisti, insistia, não conseguia aí foi um dia que eu desisti e quando eu desisti, daí eu fui fazer exame e descobri que tava grávida (M8)

É, foi uma surpresa assim, a gente não... Não esperava e também não queria [...] Já tinha considerado uma vitória a M9 tá bem, tudo certinho, [...] tu pensar, passar por tudo de novo (H9)

Pra mim foi um susto também, eu vou ser bem sincera, eu não esperava e no momento eu não queria [...] eu olhei o teste da farmácia e eu fiquei assim “Ah eu não acredito” sabe, porque eu não queria sabe, não era pra agora (M9)

Ah não foi planejado né, tanto que quando a M10 tava grávida tava com 2 pra 3 meses já né M10 [...] Até a gente não queria mais, tenho três filhos, não queria mais, a M10 também, já tem dois [...] mas aconteceu, fazer o que né [...] tem que esparramar as crianças, tipo, ele fica com a vó dele, os da M10 ficam com a vó deles (H10)

É acho que com quase 3 meses [quando descobriu a gestação] [...] Eu também não [quero ter mais filhos] (M10)

Esse não, esse não foi planejado... Os outros foram, mas esse não [...] porque eu tava tomando anticoncepcional e tava vindo [a menstruação] [...] ele não queria mais [filhos]... Sabe, até eu não queria mais [...] os remédios, tem que tomar direitinho [...] As crianças [...] Porque ele trabalha daí eu tenho que correr pra tudo [...] Daí fica difícil pra mim (M11)

Foi problema dos comprimidos [por isso engravidou] [...] Daí vinha um monte de sangue, a gente achava que ela tava menstruando [...] [não queria ter mais filhos] até pelos riscos, pelo risco de vida que ela tem, problemas, assim, tudo afeta [...] Remédios, tudo né, É o stress, hospital, tudo [...] As crianças, tem que tá correndo com eles pra cima e pra baixo (H11)

Os casais expressaram que a reprodução faz parte do seu vivido ao considerar as diferentes situações que a envolve como ter vontade, desejar e querer ter o filho do casal mesmo quando um ou ambos já tem filhos de relacionamentos anteriores. Também faz parte quando consideram os riscos e não querem mais ter filhos nessas circunstâncias, mas de forma inesperada aconteceu.

O acontecimento da gravidez surpreendeu os casais, pois não esperavam, não viram e quando ficaram sabendo, a companheira já estava grávida e ficaram apavorados por não imaginar que isso ia acontecer. Não acreditam no que aconteceu, porque não queriam, não era para agora, veio num momento que não esperavam. Quando as tentativas de gestação não dão certo ou quando esta não chega ao final, não desistem, dão um tempo e a gestação acontece.

Pelo que ouviram falar sobre o HIV e a sorodiscordância pensam e falam que não podem ter filhos, e, com isso, não imaginaram que a companheira iria engravidar. Considerando o que sabem sobre isso, não pensam nesse tipo de coisa no início e quando pensam a primeira coisa que questionam ou afirmam é que diante desta situação não vão poder ter filhos.

Ao falarem que na sua situação não podem ter filhos, fazem o que é necessário para não engravidar. Cuidam-se bastante, o companheiro usa preservativo ou a companheira usa anticoncepcional, porém há falha no método e a gravidez acontece. Quando querem engravidar, fazem o que é necessário para engravidar e buscam recursos para conseguir.

Pensam nas dificuldades que terão que enfrentar, como os remédios que têm que tomar, as outras crianças que precisam correr com eles para cima e para baixo e o stress do hospital. Também pensam no risco de vida que há para a companheira ao engravidar, mas a gravidez aconteceu.

Unidade de significação 2 (US2) - no vivido da reprodução, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV expressaram que tiveram medo de que o filho pudesse ter o vírus. Sentiram-se culpados pelo risco de passar o HIV e tiveram dúvida se o filho ia nascer soropositivo ou não. Jamais querem correr o risco de passar por tudo de novo e se cuidam para não engravidar de novo.

eu sempre tinha muito medo e ele [o médico] dizia assim “M1, ele pode ter [HIV] [...] a gente vai fazer todo um processo pra isso não acontecer” (M1)

Foi preocupante né, como eu te falei, porque a gente imaginou que ele poderia ser uma criança soropositivo [...] a nossa preocupação só mesmo é que ele fosse ter, porque na realidade tu tá dando a vida e a sentença de morte [...] sensação de culpa se ele viesse a nascer como soropositivo, entendeu? [...] ter engravidado na circunstância que a gente tava, que não deveria ser, mas em momento algum eu pensei em tirar também [...] por erro nosso ele não teria a opção] de escolher de adquirir ou não [...] quando ele nasceu eu já fiz laqueadura [...] eu já não engravidado mais, não tenho mais esse risco [...] jamais ia querer passar por essa sensação de novo (M2)

[a preocupação era com o filho] Por causa de mim, por causa do soro, por causa do soropositivo, essa era nossa preocupação [...] por causa de nós [...] A culpa que eu penso assim, é que [...] o erro nosso, ia acarretar nele [...] nós ia levar um problema pra ele, sem ele ter a opção de escolher [...] [jamais ia querer passar por essa sensação de novo] sabendo nos dias de hoje que tu pode dar a luz a uma criança e saber que ela vai tá contaminada (H2)

E daí eu ficava pensando, tá e se tudo isso que eu to fazendo no final der errado? [...] Será que todo esse tratamento vai... a gente queria muito esse filho e ao mesmo tempo a gente tinha medo de dar errado o tratamento, de não dar 100%. [...] Então é um risco que a gente corre né, porque eu jamais iria me perdoar se meu filho nascesse soropositivo. Eu não ia conseguir carregar essa culpa (M3)

E sempre me falavam a mesma coisa “Não é 100% que ele não vá nascer, sempre tem um risco que ele vá ter” Então a gente ficava preocupado, não tem como não ficar [...] A gente não ia conseguir ter uma paz se o B3 nascesse com soropositivo (H3)

a gente se preocupava com qualquer coisa né que podia acontecer, como é que seria [...] eu no meu ver pensei assim, se eu sou soropositiva e ele é negativo com certeza eu não sei, mas na minha ideia é que a criança ia ser positiva também com todo o risco mas mesmo assim ele é negativo, uma criança super saudável [...] às vezes ele diz assim ó “vamo ter outro nenê”, aí eu penso assim, vai que não vou ter a mesma sorte que nem eu tive no outro, de não ter [...] é um medo de sei lá, de complicar, de perder sabe, de tu ter a criança e de repente tu perder ela sabe (M4)

porque, sabendo do risco que tem a doença né e saber que ele é saudável [...] Que Deus o livre aconteça, né, como ela disse também é complicado tu saber que tu tem um filho e a qualquer momento tu pode perder por causa da doença (H4)

eu tinha medo, por causa que ela era inocente né? Entrei em pânico [...] Imagina, se eu tivesse contraído passava pra ela também [...] ela não pediu pra vim no mundo, imagina vim já com HIV. Eu ia levar essa culpa pro resto da vida [...] era perigoso então era um risco que eu corria [...] ele se preocupou, eu me preocupei [...] Até depois que ela nasceu tive que esperar 6 meses (M5)

eu não era e não sou um cara debilitado. Quase 90 % eu sabia que eu não ia transmitir [...] como é que a gente não vai ficar em pânico né, ter um filho soro [...] Mas eu sabia, até pelo meu CD4 eu sabia, que ela, não ia pega (H5)

Será que ele vai nascer... Por mais que foi todo o tratamento, tudo bem, a gente sempre tinha dúvida, se ia ser soropositivo ou não [...] apesar de ter negativado todos os exames [...] o próprio medo assim de ter certeza [...] Não ia correr esse risco [de ter outro filho] [...] Eu não arrisco, acho que pelo medo de ter, imagina tu ter e ter um filho (H6)

mas sempre a tensão, a tensão de será que ele vai nascer soropositivo também? [...] apesar de ter negativado todos os exames, a pediatra ter liberado ele, eu vou no posto e peço o exame igual [...] eu faço mesmo, por medo sabe [...] Se eu descobrisse hoje e eu optasse por ser mãe ou não ser eu não ia ser [...] Não ia correr esse risco porque eu ia me cuidar [...] antes de ele fazer vasectomia eu tinha a sensação que ia ficar grávida a qualquer momento, e eu tinha um pânico [...] Só de me lembrar do que eu passei eu tenho pânico de ver meu filho todo furado (M6)

eu acho que se não deu certo não é bom tentar de novo [...] Se cuidar, se prevenir [...] já que não deu certo, corre o risco de não dar de novo (H7)
É, isso é [concorda com o H7 sobre não ser bom tentar de novo] (M7)

A gente ficou bastante preocupado também, bastante mesmo e na verdade não dá pra ver ainda no caso se ela tem ou não [...] eu fiquei preocupada com ela, né, pra saber se ela tem ou se ela não tem (M8)

tem aquele fantasma assim do teu lado [...] quando eu falo fantasma eu me refiro a isso [...] que a saúde dele venha a sofrer alguma consequência devido a esse problema de soropositivo [...] Do F9 a gente já se culpou muito por isso,

por ele tá de repente desenvolvendo algum problema e a gente ter culpa por isso [...] eu quero me operar, ou a M9 se operar [...] eu quero fazer a cirurgia de vasectomia porque eu acho um ato bastante perigoso (H9)

O meu fantasma assim, que o H9 fala nesse fantasma... A gente fica com medo, fica aquela coisinha assim bah mas e se ele nascesse, e se vier sabe [...] [...] daí tu pensa “Pô e se eu passar isso pros meus filhos?” [...] Eu vou ficar com aquela culpa [...] eu quero fazer a cirurgia, né, se não der pra fazer, a gente vai entrar os dois na fila né, o primeiro que conseguir [...] Chega de filhos (M9)

É complicado né... Mais o perigo dela, que podia ter também [...] medo de passar, sei lá... Ficamos assustados, apavorados [...] existe [complementa a fala da M10 quando ouve falar que a chance é mínima] [...] se fosse só eu e a M10 tudo bem, era só nós dois envolvidos mas depois a F10 né... Risco que ela corria de ter também [...] [se cuidar usando] camisinha (H10)

o medo dela, de ela ter [...] Por mínimo que seja, tem esse risco [...] Nada é certo [...] Ah se a gente não se cuidar, bem capaz! [...] antes não tinha medo de nada né, agora tem! Tem o medo, o risco de passar, então o risco de ter mais uma gordinha, passar por tudo de novo não (M10)

E eu sempre comecei antes, 12 semanas, 8 semanas [a consulta com o infectologista nas gestações anteriores]. Isso aí que eu achei bem errado [...] Eu tava num desespero, falei pra ele [H11], tava desesperada já. E eu falava aqui com eles e eles nem bola davam (M11)

aquele medo que eu tinha, meus filhos contrair que se fala? Contrair, de ter o vírus, eu acho que esse medo [...] os remédios podem evitar tudo mas [...] Acho que o tratamento foi muito demorado, agora foi a pouquinho tempo, acho que duas, três semanas, um mês (H11)

Os casais referem que sempre tiveram muito medo do filho contrair o vírus, mesmo com o médico explicando que seria feito todo um processo para isso não acontecer, tiveram medo de que o filho nascesse com isso e fosse uma criança soropositiva. Imaginar que podiam passar HIV para o filho foi preocupante, pois entendem que ter um filho nesta circunstância é como estar dando a vida e a sentença de morte ao mesmo tempo.

Serem soropositivos e ter um filho é um risco e tem sempre aquele fantasma do lado, pois não têm 100% de certeza que o filho não vá ter, que a saúde dele possa sofrer alguma consequência por esse problema. Preocuparam-se, entraram em pânico, ficaram assustados, apavorados porque se trata da vida de um inocente que não pediu para vir ao mundo, imaginam o que é já vir com HIV. E mesmo sendo mínima, existe a chance do filho contrair o vírus.

Durante a gestação, pensam que tudo o que estão fazendo para prevenir a transmissão do HIV para o filho pode dar errado e os casais tem medo de que o tratamento possa não dar certo. Sabem que os remédios podem evitar tudo, porém ficam desesperados quando o tratamento demora em começar.

Têm sempre aquela dúvida, nunca vão ter certeza que o filho não vai ser doente, mesmo fazendo todo o tratamento, mesmo tendo negativado todos os exames e com a liberação da pediatra. Ainda assim, vão ao posto de saúde e pedem o exame para o filho, para ter certeza, por medo.

Além do medo, afirmam que teriam a sensação de culpa se o filho nascesse soropositivo, sabem que não tem cura e que por um erro dos pais o filho não teria a opção de escolher entre ter ou não ter o HIV. Dizem que não deveriam ter engravidado nesta situação, mas que em momento algum pensaram em tirar.

Essa preocupação acompanha os casais durante toda a gestação e continua depois que o filho nasce, pois precisam esperar para saber se ele vai ter ou não. Se isso tivesse acontecido, levariam essa culpa para o resto da vida. Acreditam que ter um filho nessa situação não é uma brincadeira, é perigoso, é arriscado e afirmam que jamais se perdoariam, não conseguiriam carregar essa culpa e não iam conseguir ter paz se o filho nascesse soropositivo.

Depois que o filho nasce não querem mais correr o risco de engravidar, pois jamais iam querer passar por tudo de novo, como os procedimentos, exames e tratamento que o filho precisou fazer. Também pensam que seria complicado arriscar ter outro filho e a qualquer momento poder perder ele por causa da doença, por isso é melhor não tentarem de novo.

Antigamente não sabiam do HIV, não tinham esse perigo e não tinham medo de nada, agora têm e sabem que podem dar a luz a uma criança e ela estar contaminada. Não arriscam ter outro filho, pois não sabem se vão ter a mesma sorte que tiveram com este, que não tem a doença.

Ficavam em pânico com a sensação de que a companheira poderia ficar grávida a qualquer momento e com isso teriam um filho que tem HIV. Para não correr o risco de engravidar novamente fazem laqueadura, vasectomia ou usam camisinha para se cuidar.

Unidade de significação 3 (US3) – no vivido da reprodução, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV expressaram que foi uma gravidez muito difícil em que tiveram que fazer todo o tratamento direitinho para não passar alguma coisa para a criança. Acreditam e agradecem a Deus porque deu tudo certo

eu nem sei se eu tava preparado psicologicamente [...] Tudo se torna difícil, [...] Nada é como seria normal, tudo tem que ser muito planejado [...] E isso é tudo tecnologia [...] foi muito estudo, muitos exames, muita função de muito hormônio, muito... foram dois anos pra fazer e a gente conseguiu [...] assim como tem pessoas que nem eu, que estudei que busquei informação, que faz o tratamento certinho, que tem acompanhamento, que não esquece de tomar o

remédio, ainda existe a ignorância de certas pessoas que começam um tratamento e quando tão bem param (H1)

Pra fazer tinha que ter uma... Não é barato e tem que tá preparado psicologicamente porque tu se desgasta muito [...] tem que tomar um remédio, tu tem que ter os horários pra tal coisa, tal dia tu tem que ficar deitado [...] É, praticamente um ano e oito meses deu, praticamente. Daí não deu certo em uma aí tu tem que esperar, tem que fazer todo o tratamento novamente, aí na terceira tentativa deu! deu certo (M1)

Mas graças a Deus não foi por isso e ele não tinha [...] Por que daí no momento que a gente realmente soube que não era [HIV positivo], aí foi como se a gente se tranquilizasse sabe [...] A gente já tinha um descargo assim... Não foi por causa de nós que ele veio a morrer, entendeu (M2)

mas graças a Deus não foi esse o problema que ele veio a óbito [...] hoje a gente tem entendimento do que é o HIV, mas na época a gente não tinha, sabia que era uma doença que não tinha cura (H2)

a gente sabia que não ia ser fácil [...] tudo que a gente passou, todo o esforço que a gente fez tava tendo resultado [...] nove meses ela foi tomando o remédio direitinho [...] foi feito tudo conforme o que tinha que ser feito [...] Depois que nasceu, a gente fez o acompanhamento dele aqui, na pediatria e depois na D.I [ambulatório de doenças infecciosas], deu alta, e saímos satisfeito, resultado negativo, deu certo (H3)

não foi fácil, foi muuuito difícil, foi muito dolorosa [...] junto com esses riscos eu também assumi todo um compromisso de fazer um tratamento do jeito que ele fosse [...] era um martírio, todos os dias aquela “montueira” de remédio [...] então foi bem difícil mesmo [...] era mais psicológica do que física [...] Mas assim, o fato de eu olhar pra ele todos os dias e ver que ele tá bem, sabe, que deu certo (M3)

as crianças quando o pai ou a mãe é e o outro não, geralmente elas podem puxar tanto sim como não, mas isso aí só quem sabe é Deus [...] então eu fiquei conformada assim, eu precisava fazer o que? Paciência, não é a gente que escolhe... Mas graças a Deus tudo bem [...] como tava sempre sendo acompanhada pelo médico então a gente ficava calmo, não tinha problema nenhum assim [...] tu cuidando, fazendo o tratamento direitinho não tem perigo (M4)

pra mim é ótimo né, é a melhor coisa do mundo saber que... e principalmente sabendo que ele não tem, pra mim é muito bom (H4)

Mesmo que ela nascesse com soropositivo, ela ia ser tratada como qualquer outra criança, até melhor ainda, entendeu, mas graças a Deus que não precisou tomar o tratamento [...] eu sempre cuidei meu CD4 [...] Isso foi uma coisa que meu amigo que consulta com infecto particular me passa tudo “teu CD4 ele tá acima de 500, tem que manter ele, tá sempre bem” [...] Aí ele me passa um monte de coisa, que a gente tem que tomar cuidado [...] Eu tinha quase certeza que ela não ia ter nada.. E graças a Deus (H5)

depois eu comecei meu pré-natal, a doutora começou a conversar comigo, porque era uma coisa nova pra mim [...] eu não sabia esse negócio de CD4 [...] Quando eu descobri [a gravidez] eu já fiz todos os exames que ela me pediu [...] graças a Deus, eu não contrái nem ela contraiu [...] porque 6 meses ela tem os meus anticorpos, depois dos 6 meses [...] ela fez o exame e graças a Deus não deu nada, aí foi que eu me tranquilizei [...] graças a Deus não teve nada, deu tudo bem, tudo tranquilo (M5)

a gente começou a ir numas palestras [...] Saiu assunto de algumas pessoas que não tinham [...] que um não pegava do outro [...] e agora se ela tá grávida, que Deus ajude né que ela se junte com essas pessoas né... O fio de esperança era o último [...] aí essa que era a nossa tensão, por mais que ela fez o tratamento, tudo que tinha que ser feito, tudo acompanhado [...] a gente vê às vezes, assiste alguma coisa na televisão, algum comentário [...] Mas graças a Deus deu tudo certo, deu tempo de ela fazer tratamento (H6)

[saiu assunto na palestra] Que um não pegava do outro (M6)

Foi bem dizer normal também, só uma perda de líquido que eu tive só [...] esperava que fosse uma criança normal assim, que não tivesse problema nenhum [lábio leporino e fenda palatina] [...] tava fazendo o tratamento direitinho, tudo, como foi né, não passou pra ela (M7)

ao meu ver né, até que ela saiu bem até, só teve uma perda de líquido amniótico na gravidez... E no mais a criança veio bem [...] apoiar o tratamento dela, o máximo que pode pra ver se a criança saía bem, já tinha se tratado, pra criança sair bem (H7)

mas no decorrer disso graças a Deus foi tudo bem (H8)

sabendo que tinha que tomar os remédios, então foi difícil [...] ela nasceu de parto normal né, se a minha carga tivesse baixa, né, eu poderia ganhar de parto normal [...] eu ia fazer uma cesárea né pra não ter o rompimento da bolsa [...] será que durante a perda de líquido não passou pra ela alguma coisa né? Mas diz as enfermeiras que não [...] por causa que eu tava tomando os remédios né, se tratando e a minha carga tava baixa [...] Tu sabe o que é tu acreditar em Deus [...] tenho certeza que ele não vai me desamparar (M8)

então daí foi um abalo psicológico [...] Tu não consegue viver 100% da alegria da gestação [...] eu consegui ter essa felicidade plena no momento em que eu tive a notícia de que ela estaria bem [...] Consegui realmente ter um alívio [...] descobrimos quando tu tava com quantos meses? [M9 responde: 3 meses e meio], então já não tinha muito tempo pra perder [...] a gente foi tentando adiantar já tudo que era preciso né, pra que viesse da melhor maneira possível (H9)

acho que vai dar certo de novo, deu certo com a Primeira filha, não tem porque com ele, que eu comecei bem antes [...] ele já me deu os remédios, já comecei a tomar desde que eu descobri a gravidez, já fui e já comecei a tomar, sabe, não parei em nenhum momento [...] Ainda bem que nenhum dos dois têm, por enquanto não, tomara a Deus [...] graças a Deus vão tá bem, a Primeira filha tá bem, o F9 vai nascer bem também e é isso aí (M9)

fui lá no [nome do hospital] e lá no mesmo dia me encaminharam pro infectologista, tudo direitinho, sabe? [...] eu não sabia, tipo eu não tinha a menor informação de nada desse tipo de coisa [...] o CD4 que eles chamam, meu CD4 tá bom [...] E daí eu tomando o remédio se a minha carga viral subir um pouquinho, eu não vou tá transmitindo [...] Fazendo tratamento direitinho, mas claro, sempre há o risco [...] Eu pra mim era tudo diferente, tudo novidade, mas a gestação em si, fisicamente foi tranquila, sabe? Era mais psicologicamente que eu tava mais abalada (M10)

Até porque a M10 descobriu que tava grávida tarde também [...] três meses [...] que tem e começa desde o comecinho nas primeiras semanas tem que começar o tratamento [...] a F10 também, nasceu bem, não teve problema nenhum até então, acho que dos males o pior já passou eu acho né (H10)

eu avisar tudo direitinho eles pra começar a tomar os comprimidos [...] Comecei a tomar os comprimidos faz um mês e pouco [...] eu já tava com 16 semanas e é a partir das 13, 14 semanas que eles falam [...] A D.I marcou umas quatro, cinco vezes, sabe, demorou três meses pra mim poder [...] É que agora a gente entende mais, entendeu? (M11)

Só que o tratamento foi mais demorado nesse [...] eu vejo muita reportagem sobre a cura do HIV, eu presto muita atenção, ela nem tanto, eu presto mais atenção [...] tô acreditando muito mais na ciência né e em Deus também, né, que Deus é a nossa força. Eu boto muito na mão de Deus as coisas que acontecem (H11)

Na gestação em situação de sorodiscordância tudo se torna difícil, nada é como seria numa gestação normal em que não tem problema nenhum. A dificuldade está no fato de ter que fazer todo o tratamento direitinho, o acompanhamento que requer todo um esforço para fazer tudo conforme o que tem que ser feito para a criança sair bem.

Isto envolve a necessidade de fazerem muitos exames, tomarem muitos remédios e terem horários para fazer as coisas relacionadas ao tratamento. E depois que o filho nasce, tem que fazer o acompanhamento dele na pediatria, no ambulatório de doenças infecciosas, até o filho ter alta.

Fazer tudo isso durante a gestação é diferente, novidade e abala psicologicamente, pois fisicamente a gestação é tranquila. Isso é desgastante, doloroso e para gestarem na situação de sorodiscordância é preciso estarem preparados psicologicamente para assumir os riscos e o compromisso de fazer tudo que tem que ser feito.

Ouvem falar de cuidados que têm que tomar como cuidar do CD4; começar o tratamento desde o comecinho, a partir da 13/14 semana de gestação; o nascimento do filho que pode ser por parto normal se a carga viral da mulher está baixa e tendo que esperar por 6 meses para fazerem o exame do filho, pois antes ele tem os anticorpos da mãe.

Ocupam-se em estudar e buscar informações para ter entendimento sobre o HIV no que se refere ao tratamento, sabendo que este deve começar sem atraso para dar certo, e sobre os efeitos do tratamento, como estar com o CD4 bom e a carga viral baixa. Também procuram saber sobre a gestação, a infecção do companheiro/a negativo nessa situação e os cuidados com o filho como escolher o tipo de parto para ter menos risco de passar alguma coisa para o filho.

Têm quase certeza que o filho não vai ter nada, mas por mais que façam o tratamento, tudo que tem que ser feito e tudo acompanhado, há uma tensão. Mas quando começam o pré-natal e a doutora começa a conversar e por estarem sempre sendo acompanhados pelo médico, ficam calmos e pensam que vai dar tudo certo.

Não conseguem viver 100% a alegria da gestação, pois quando o pai ou a mãe é positivo e outro não, a criança pode puxar tanto o sim como o não. Têm paciência, se conformam e só se tranquilizam no momento em que realmente sabem que o filho não tem HIV. Graças a Deus deu tudo certo, não passaram nada para o filho e conseguem realmente ter um alívio e viver a felicidade plena.

Unidade de significação 4 (US4) – no vivido da reprodução, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV expressaram que se aceitam, superaram juntos o detalhe do HIV e tiveram um trabalho conjunto para se cuidarem. Pensam no pior e planejam tudo para o filho contando com quem não tem a doença.

acho que quem viveu mais a doença dele fui eu, porque eu ia ao médico... guria, nós parava na porta do médico, na hora de entrar ele sumia, ele não tinha coragem [...] Mas eu sabia que ele tinha [HIV] e que eu não ia poder ter [filho] [...] Até porque eu aceitei, a gente aceitou ser diferentes [...] o ambiente da casa, a família, aqui dentro de casa a gente tem paz, a gente consegue assim, não sei, a gente descansa [...] É, a gente já pensa no pior, pensa em todas as possibilidades [...] E a gente é tão planejado que ele [F1] já tem previdência privada, a gente se preocupa assim [...] “ah de uma hora pra outra tu pode [morrer] e o teu filho?” então ele já tem tudo planejado até os 18 anos, se acontece alguma coisa com a gente, tudo! (M1)

a nossa vida é tranquila, nós aqui é muito tranquilo, eu a M1 e o B1 [...] Aqui dentro de casa não existe nada que possa dizer assim “ah, isso tá atrapalhando assim” [...] tudo é muito planejado. Plano de saúde, tudo, pra mim poder defender eles, né? Porque não adianta, daqui a pouco acontece alguma coisa e eu não posso trabalhar, sei lá (H1)

Ele era soropositivo e eu era soropositiva, aí eu comentei até que ele fosse nascer... Mas os médicos diziam que não, que o meu dava negativo e não teria como o B2 ser positivo na gestação [...] Realmente quando ele nasceu, fizeram

dois ou três exames e não constou, ele não era soropositivo. E eu também, depois levei ainda uns 6 meses depois que ele nasceu pra [dar positivo] (M2)

É a gente teve um trabalho em conjunto né? [...] nenhum carrego tudo isso sozinho, não posso reclama porque ele foi um pai muito presente durante a gravidez [...] a gente carregou tudo isso junto [...] ele me cuida bastante, cuida bastante, cuida minha alimentação, cuida medicação, cuida tudo, tanto que ele não deixa eu ir nas consultas sozinha (M3)

eu até fico feliz porque nesses nove meses de gravidez dela eu apoiei bastante ela nessa parte [...] eu tinha que ter paciência, eu sabia que ela é bem estressada, sabia que ia ter que ter muita paciência pra poder ajudar ela e depois ajudar meu filho, ajudando um e ajudando o outro, a gente cuidar, eu cuidar dela, cuidar a alimentação dela e da medicação dela e foi o que eu fiz [...] Eu vivo bem com ela, acompanho com ela (H3)

ai eu pensei se eu tiver um problema mais grave entre ele, eu e o meu filho, a única pessoa que eu posso recorrer é só ele, contar só com ele, não posso contar com outras pessoas [...] então já que Deus me deu essa bondade, de ter um marido que nem ele que compreendeu e entendeu, então só tenho que dar graças a Deus (M4)

eu amo ela e a gente tem que se cuidar [...] é complicado saber que ela tem e talvez eu não tenha, porque eu já fiz três, quatro exames e não acusou ainda e já estamos junto há 14 anos junto [...] um ajuda o outro e vai levando (H4)

porque ela me aceitou do jeito que eu sou, a gente se conheceu, eu não menti pra ela nem nada [...] Eu disse assim “eu sou soro e pronto, se tu me quer é assim” [...] E a gente vive feliz (H5)

Eu já sabia que ele tinha [...] eu comecei a gostar dele, ele começou a gostar de mim, só que daí tinha aquele pequeno detalhe do HIV, mas daí a gente superou isso daí (M5)

Passou a valorizar mais [...] Na vida [...] Ao mesmo tempo que teve um conflito da parte dela, acabou nos unindo né... De repente eu acho que se não tivesse acho que talvez nós não estaria junto [...] uma coisa que tu... Jamais alguém imagina né, uma a pessoa [que não tem HIV aceitar uma pessoa que tem] (H6)

Porque essa doença fez a gente cresce [...] como pessoa e como casal, a gente amadureceu eu acho [...] a gente começou a valorizar mais o que nós tinha, a família, eu acredito na família né H6 [...] E eu acredito assim, que isso fortaleceu, uniu nós dois sabe, fez nós olhar um pro outro assim e ver que [...] quem sabe se não fosse isso já não tava até separado [...] Uma pessoa que não seja aceitar uma pessoa que seja [complementa a fala do H6] [...] eu sou feliz, a gente é feliz (M6)

Aceitar, me cuidar daí, me prevenir, me cuidar né... E aceitar, fazer o que? Ajudar a criar a criança [...] apoiar ela... Caso ela precise ir ao doutor né, ir junto, às vezes eu ia com ela, que ela tava se tratando (H7)

Aceitando, aceitando [que tem HIV] (M8)

tipo eu, da minha parte, eu tenho que dar força pra ela [...] “Ah tu pode ficar tranquila, que sobre isso eu não vou... [deixar de dar força]” (H8)

Então eu não lido com o fato de ela ser ou não ser, eu lido com o fato da gente ser um casal que a gente tem uma [...] característica que nós dois temos que se cuidar [...] isso é uma coisa que me aproximou muito mais da M9, questão de companheirismo... Sabe, eu não vejo como sorodiscordante então... A meu ver a gente está cada vez mais unido [...] não posso tá brincando muito com isso [infecção pelo HIV], a questão da Primeira filha ela precisa da gente sempre bem [...] Ela precisa de nós o máximo possível assim e agora com o F9 então nem se fala [...] se tenho um motivo pra mim achar que as coisas podem desmoronar, eu tenho um motivo também pra me mostrar que as coisas tem que seguir, tenho filha, tenho filho (H9)

eu penso assim, que eu me cuido, eu faço o possível pra me cuidar sabe [...] vai que aconteça alguma coisa assim, que como a gente tá bem a gente não tá, a gente tem que tá sempre se cuidando [...] que daí eles tem um pai que eles vão poder contar assim, sem essa doença (M9)

Ah acho que é até meio injusto [a M10 ter HIV e eu não ter] [...] era pra ter sido com os dois acho [...] eu penso, bah tem os filhos... Como é que ela vai cuidar dos filhos... Tem esse outro lado também (H10)

Não, não era pra ter sido nada [os dois ter HIV] [...] dentro das circunstâncias foi a melhor coisa que podia ter acontecido [H10 não ter HIV] [...] Pra mim, sinceramente, foi um alívio [...] A gente tem uma filha, pelo menos ele tá bem [...] Isso não quer dizer que ele vá sair e não vá acontecer alguma coisa com ele, né, mas ele tá bem. Importante pra mim é ele tá bem e que ele vai poder me ajudar a cuidar da minha filha se eu não puder (M10)

Nesse aspecto até ele ficou bem do meu lado [...] eu liguei no mesmo dia [que soube do diagnóstico] e contei pra ele [...] ele aceitou. Daí não teve problema nenhum [...] ele me apoia [...] daí não teve problema nenhum... E eu assim ó, e é bem tranquilo, por causa que ele não tem, sabe [...] Ele não tem, ele se cuida, tudo (M11)

Sempre tive do lado [...] Eu acho que quando a pessoa tá junto, assim ó, como se diz, na vida e na doença, na morte ou na tristeza [...] Essa gravidez dela eu estou mais calmo, porque as outras foi bem preocupante... Assim até, de pegar alguma coisa entendeu [...] É eu não tenho (H11)

O casal se aceita e um aceita o outro do jeito que é. Jamais imaginam que uma pessoa que não tem HIV vai aceitar uma pessoa que tem e agradecem a Deus por terem um companheiro/a que compreendeu e entendeu sua situação. A sorodiscordância aproxima o casal e pelo companheirismo, estão cada vez mais unidos. No ambiente da casa, com a família, conseguem ter paz, descansam e não existe nada que possa atrapalhar, vivem tranquilos, o companheiro, a companheira e o filho.

Quem não tem HIV vive mais a doença por quem a tem ao revelar algumas atitudes como ir ao médico pelo outro quando este não tinha coragem de entrar e ao assumir na fala que também é soropositivo quando ainda não é. Acha até meio injusto um ter e o outro não ter, deveria ter sido com os dois.

Tem aquele pequeno detalhe do HIV e, ao superar isso junto, o casal não lida com o fato de serem diferentes, mas sim com o fato de ser um casal que tem uma característica que os dois têm que se cuidar. Entre o casal, um ajuda o outro e vai levando, carregaram tudo isso juntos, se amam, são felizes e têm que se cuidar juntos. Os casais tiveram um trabalho conjunto, nenhum carregou tudo isso sozinho e o companheiro foi muito presente, cuida da companheira e do filho.

Pensam em todas as possibilidades, pensam no pior, que se acontecer alguma coisa com quem tem HIV já tem tudo planejado para o filho. Nada pode ser de última hora, porque se dá alguma crise ou acontece alguma coisa está com tudo planejado para poder defender sua família. Quem é soropositivo pensa que se tiver algum problema mais grave a única pessoa que pode recorrer é com o companheiro/a que não tem a doença, porque não pode contar com outras pessoas.

O filho precisa do casal sempre bem, então tem uma responsabilidade ainda maior em se cuidar, principalmente quem é negativo, pois assim o filho tem um pai/mãe que eles vão poder contar sem essa doença. É um alívio, fica feliz pelo companheiro/a não ter e estar bem, assim pode ajudar a cuidar do filho se acontecer alguma coisa e não puder cuidar futuramente.

Unidade de significação 5 (US5) - No vivido da reprodução, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV expressaram que escondem a situação do HIV e da sorodiscordância por causa do preconceito, pois não é um mundo fácil, é um mundo preconceituoso.

o único que sabe é o médico que foi ajudar a gente a fazer [...] nunca ninguém soube que eu fiz [...] “isso vai ficar aqui dentro de casa”, ele sabe, independente do que acontecer com a gente, que algum dia a gente pode se [...] eu não sei e isso nunca vai sair [não vou contar] [...] se a minha família ficar sabendo nunca eles vão deixar eu ficar com ele (M1)

Até pelo fato de a gente não contar pra ninguém, né, a gente nunca falou. [...] a gente acabou descobrindo que existem dois mundos, por exemplo, ninguém sabe, a gente convive com um monte de gente e ninguém imagina que tem [...] E eu tenho que ter muito cuidado, não é que eu possa sair gritando pro mundo, pelo contrário, é só eu e a M1 que sabem, porque tudo isso que a gente construiu com a ignorância das pessoas pode abalar ou pode terminar entende [...] Minha vida é maravilhosa, te digo assim ó, eu sou realizado dentro do meu mundo [...] como é que eu ia ter um filho e daqui 10, 12, 15, 20 anos ele descobrir que o pai era soropositivo? [...] se ele fosse um adolescente e tivesse

no colégio, e aí se fosse uma coisa assim: “o pai do fulano tem”... é visto duma maneira diferente, as pessoas são muito pré-julgadoras [...] como a gente vem do interior, toda família minha e a dela é do interior, então isso lá é (H1)

Como seria, vamos supor, na sociedade, como seria a vida dele né? [...] Porque querendo ou não é complicado, imagina... Uma criança né, vamos supor na adolescência, tem HIV, qual vai ser a... Pra ele casar... Querendo ou não ainda existe o preconceito (M2)

imagina uma criança já nascer e quando assim chegar a ter um entendimento, descobrir assim, “ah o meu pai e minha mãe me passaram, me contaminaram..” [...] Dizer assim “Bah, contaminamos nosso filho” pensa bem, como é que ia ficar a cabeça dele né, quando ele soubesse (H2)

Porque o que mata também bastante é o preconceito das pessoas, a gente conversava muito sobre isso né, sobre a reação das pessoas (H3)

a gente sofre mais com o preconceito das pessoas do que com a própria situação. Então essa parte é a parte mais complicadinha, o preconceito das pessoas. O resto a gente lida bem [...] a minha mãe foi embora, a minha mãe vendeu tudo que ela tinha aqui e foi embora, porque a gente veio de São Paulo né, e várias vezes durante várias discussões minha mãe pegou e falou pra mim “Ah eu não pedi pra ter uma filha aidética” (M3)

Evitar conversar certas coisas com certas... Perto de certas pessoas, porque que nem na parte da família dele é só minha sogra que sabe né, já meu sogro já tem preconceito então assim, tem que cuidar, tem que pensar o que eu vou dizer se a criança tiver alguma coisa (M4)

saber que futuramente ele [F4] não vai ter problema também né, daí isso pra mim que é bom (H4)

Pro médico eu não tenho vergonha de falar, só não gosto de falar pras pessoas porque o preconceito tá aí [...] Quando nasceu, uma pessoa da família dele chegou pra mim “Bah é uma preocupação da família né, ela tem?” [...] E é tanto preconceito que uma pessoa da família mesmo, uma vez chegou pra mim e me perguntou se eu não tinha amor pela minha vida... Que eu tava com ele, ele era soropositivo [...] minha mãe me deu uma força, minha irmã me deu força (M5)

Tem uns “zoiudos” que dão força e tem outros que [...] Botam bala [complementa a fala da M5: na família do F5 tem preconceito] [...] Quando ela crescesse, imagina? Ela ia culpar quem? Nós... Ela ia culpar nós, né, sabe como é que é filha né? [...] É, só nos apoiam [família da M5] (H5)

eu escondia de toda família [...] Só a única coisa que eu tenho medo é o que o F6 vai pensar depois [...] Eu acredito assim ó, que se a gente não tem uma pessoa pra tomar força do lado da gente, tem as pessoas que só puxam pra baixo [...] Ela [minha mãe] apoiou nós dois. As minhas irmãs me apoiaram, os meus cunhados [...] mas o meu pai... não apoiou de jeito nenhum, nem tentou fingir... Então aquilo, eu tinha aquela dor (M6)

a agente não conversa, não abre mais, por causa desse próprio fato, né, de muitas pessoas acharem que com o mesmo talher, com o mesmo copo se tomar

água, ah também vou ficar doente [...] Ele [F6] a gente mantém ainda [sem saber que temos HIV] porque pelo próprio fato de as pessoas virem às vezes “Ah, porque teu pai e tua mãe...” [...] Tinha medo... [a M6] não queria que a família soubesse [...] O teu pai passou a dar uma olhada diferente... Tirar aquele negócio “São doente, são doente, são doente” [depois que trabalhou com comigo] (H6)

a gente conversa muito sobre isso [...] De repente se a pessoa descobre “Bah, mas ela tem ...” até não quis tomar um chimarrão ou alguma coisa assim [...] eu prefiro nós dois saber [...] a gente fica entre nós dois, a gente tenta não contar pra alguém, sabe, por mais que seja uma pessoa de tua confiança (H8)
eu pra mim foi muito pior eu ter falado assim pra mãe em casa, então, eu prefiro ficar só entre nós dois (M8)

Dependendo das pessoas que tu tá conversando de repente só de passa por essa possibilidade ela já pega e muda de assunto, já não gosta de conversar [...] Querendo ou não, não é um mundo fácil, é um mundo preconceituoso [...] Eu quero que ela possa contar sempre comigo e eu contar sempre com (H9)

eles pedem pra ti contar pra ter o apoio da família, contar e eu não tinha contado pra ninguém sabe [...] a única pessoa que era só o H10 [...] minha família ficou sabendo e deu um apoio bem maior sabe, bem maior mesmo (M10)

Mas até então a família dela não sabia né, foram saber quando ligaram do hospital (H10)

A única coisa que ele pediu é que não contasse pra ninguém [...] a minha família [não me apoia] (M11)

É que é complicado as pessoas entenderem sobre isso, é muito preconceito sobre isso [...] a gente nem fala sobre isso, torna sigiloso dentro da própria universidade, porque as pessoas tem preconceito [...] as pessoas que precisavam dar mais apoio pra ela não deram (H11)

Os casais sofrem mais com o preconceito das pessoas do que com a situação da sorodiscordância. A parte mais complicada é o preconceito e conversam muito entre si sobre isso, sobre a reação das pessoas, todo o resto lidam bem. Não gostam de falar e evitam conversar algumas coisas com certas pessoas, tornam o fato sigiloso dentro da própria universidade onde são assistidos, porque as pessoas têm preconceito. Mesmo na família tem pessoas que sabem e outras não.

Ao vivenciarem a reprodução, os casais dizem que fizeram tudo sozinhos e não contaram nada para ninguém. O único que sabe e para quem não tem vergonha de falar é o médico, que foi quem ajudou. Têm que ter muito cuidado, pois isso não é algo que pode sair gritando para o mundo, mas sim é algo que só o casal pode saber, por mais que seja uma pessoa de confiança preferem não contar

ficando só entre os dois, pois tudo que foi construído pode ser abalado ou terminado pela ignorância das pessoas.

A sorologia do companheiro/a que tem HIV e a sorodiscordância do casal é algo que nunca será revelado, isso vai ficar dentro de casa, só entre o casal. Não é um mundo fácil, é um mundo preconceituoso, com isso o casal quer sempre poder contar um com o outro.

Sofrem preconceito da sua família, declarados nas situações em que a mãe diz não ter pedido para ter uma filha aidética, quando perguntam se a companheira não tem amor pela sua vida ao estar com o companheiro que tem HIV, quando a preocupação para a família do casal é saber se a criança que acaba de nascer tem ou não HIV. Em alguns casos, a família da pessoa que não tem HIV é quem apoia, dá força para o casal, enquanto a família da pessoa que tem HIV tem preconceito, o qual é vivenciado quando o casal afirma que se a família ficar sabendo da sorodiscordância nunca vai deixar o casal ficar junto.

Os casais acabam descobrindo que existem dois mundos, o mundo de quem tem HIV e sabem que outras pessoas também têm e o mundo das pessoas que não sabem quem tem HIV. Convive com um monte de gente que ninguém sabe que tem.

Pensam em como será a vida do filho quando ele crescer e descobrir que o pai é soropositivo, pois as pessoas são muito pré-julgadoras e o filho pode ser visto de uma maneira diferente porque o pai tem HIV. Pensam em como seria a vida do filho se ele tivesse HIV, como criança, como adolescente, como adulto, como seria para casar, pois querendo ou não o preconceito ainda existe.

Além disso, pensam que quando o filho crescesse ia culpar os pais por ter passado o HIV para ele. Porém, saber que futuramente o filho não vai ter problema em relação a isso é bom. Ainda mantém o filho sem saber da situação sorológica dos pais, pois as pessoas podem vir e falar alguma coisa, mas quando chegar a idade do filho entender vão explicar para ele.

Unidade de significação 6 (US6) - no vivido da reprodução, os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV expressaram que tentam viver normalmente como se não tivessem a doença. E depois que o filho nasce sai da cabeça um monte de coisas ruins.

porque eu esqueço isso [...] Não fica pensando só nisso, no início a gente ficava sempre, tudo que tu vai fazer pensava só naquilo, agora não [...] a gente fala muito no “normal”, né, é porque a gente acha meio anormal isso, mas a gente tenta viver normal [...] E esse aqui [F1] é a realização [...] ele nos realizou completamente [...] eu me realizei como mãe, ele como pai mas também naquela coisa assim ó, te dá muito mais sentido na vida, muito mais, tu vê que

isso que o H1 tem fico menor ainda, pra mim já era um grão de feijão, agora se sumiu porque ele faz esquecer (M1)
daí foi uma vida normal, aí tranquilo. Depois de quatro anos é como se não tivesse nada [...] usava como desculpa pra alguma coisa... hoje não se pensa nisso...não se lembra disso [...] A única coisa que tem que ter é o cuidado, não esquecer de tomar os remédios, e cuidar, proteger a nossa família dos outros [...] a gente vive normal, 100% normal [...] depois que ele veio foi maravilhoso, tu esquece, tu muda [...] tu olha pra ele assim tu desliga do mundo, eu não falo de trabalho, ela não fala de trabalho, a gente esquece (H1)

Pra nós que somos, a gente vive normal, a gente não tem problema nenhum [...] Trabalha como se não tivesse doença, entendeu? Como se não existisse ela [...] nós somos pessoas normais [...] Filho pra nós sempre foi bênção [...] Ele ia ser amado da mesma forma, acredito que até mais, foi uma época que eu parei de trabalhar pra me dedicar totalmente pra ele [...] como eu te disse, tive 6 filhos, o ideal seria 7 (M2)

Normal, eu jogo futebol, jogo bocha [...] Uns 9 anos [que descobriu o diagnóstico], vai fazer 3 anos que eu tomo remédio, eu tomo coquetel e vivo normal [...] Mas no mais a gente vivia normal, como até hoje a gente vive normal (H2)

depois a gente viveu normal e vamos em frente [...] Não fez diferença no nosso convívio, pra mim não fez, pra mim e como se ela não tivesse nada, é isso que eu digo... Pra mim ela é uma pessoa sadia [...] Nossa vida é normal, nós somos duas pessoas, eu sou mais velho que ela, de repente até eu vá antes dela, entendeu, mas vamos tocar a vida assim [...] Rapaz sadio, forte... Meio ranzinza né mas é forte, então pra nós tá louco de bom, tá louco de bom, bem satisfeito mesmo (H3)

a gente criou aquela coisa assim ó, vamos vê, “Agora tu tá bem então te cuida pra ti continuar bem” e vamos viver agora, vamos cuidar das crianças, faça por eles agora, fazer por ti agora... Não adianta tu querer antecipar e daqui há seis meses, um ano eu vou tomar remédio, vou ficar doente [...] ele [F3] é tudo pra mim, é uma realização pra mim [...] ele é um sonho realizado, ele é o filho que eu quis ter sadio e que eu consegui, eu me esforcei, eu sofri, mas eu tive ele né, imune. Então, é a maior bênção pra mim como mãe, ter conseguido ter o filho que eu quis muito (M3)

a gente se acostuma, acaba convivendo, sabendo a conviver com a doença [...] no momento que tu acaba convivendo com a pessoa que tem, sabendo o mal que ela tem né, acaba se acostumando [...] eu sinto alegria né de poder ser pai, saber que ele é saudável, bah isso daí pra mim é muito bom (H4)

Aprende a conviver com a doença [...] Começa a pensa na alegria “Ai meu gurizinho me chamando de papai” Imagina... Porque tem os seus lados ruins, mas tem seu lado bom também (M4)

Essa aí é “os amor” do pai dela... Porque o pai dela achou que não ia mais poder ter filho né... Veio ela sem nada é os amor, é a paixão do pai dela, é a vida

do pai dela [...] Deus botou na nossa família mais um filho [...] mostrou pra ele que ele poderia ter outro filho, que é nossa paixão..né amor? (M5)
É minha vida [a F5] aham [é nossa paixão] (H5)

É, até tu entender que tu pode ter uma vida normal, até chegar a esse ponto aí que, fica complicado as coisas [...] “Que tu vai fazer?” Vou viver o dia de amanhã (H6)

É o que nós estamos fazendo [vivendo o dia de amanhã], nós estamos lutando pra conquistar as coisas pra deixar pra ele e o H6 tem uma filha (M6)

agora eu vivo como se não tivesse, assim, normal, bem, graças a Deus [...] com o tempo assim, como se não tivesse, sabe, não dei muita importância daí, de ter ou não ter [...] Trabalho normal [...] eu parava mais dentro do hospital do que em casa, daí foi indo assim até que ela não aguentou daí faleceu [...] cuidamos dela [F7] enquanto deu pra cuidar [...] amou ela, como se ela fosse normal (M7)
Trabalha na lavoura, tem pegado até na enxada [...] Trabalha normal [...] foi uma luta né, foi 4 anos e 5 meses nós lutando com ela e trazendo pro doutor e coisa e foi e perdemos né? Faleceu (H7)

a gente nem toca muito no assunto, a gente nem conversa muito, sobre isso em casa [...] saiu da nossa cabeça [...] A não ser vindo pra cá né, que às vezes tem consulta [...] eu nem lembro se ela tem alguma coisa ou não, sabe, nem vem na minha cabeça isso [...] depois que ela nasceu, parece que é uma coisa que... Suiu, sabe, saiu da nossa cabeça, uma coisa que a gente nem (H8)
Às vezes quando um vai falar o outro “aaai, esquece”, fala outra coisa [...] Ou só vai lembrar quando tem as consultas [...] eu não sinto nada, graças a Deus, tenho a vida normal... né? Então pra mim... Mesma coisa que não (M8)

eu procuro não pensar, não pensar e ver o que vai acontecer depois... Mas eu tô bem, tá tudo bem assim [...] não adianta eu ficar pensando um monte de coisa ruim sabe [...] eu fico pensando no lado positivo, que vai dar certo, sabe, que vai ficar tudo bem, eu acho que se tu fica pensando muita coisa negativa daí as coisas ruins acontecem (M9)

Eu particularmente evito o máximo tá pensando nisso, evito o máximo assim, mas de vez em quando não adianta, acaba pensando assim [...] se tenho um motivo pra mim achar que as coisas podem desmoronar, eu tenho um motivo também pra me mostrar que as coisas tem que seguir, tenho filha, tenho filho (H9)

Princesa, presente da mamãe, né filha? E é meu presente mesmo [...] ela veio pra me mostrar, pra me amadureceu em um monte de coisa né, pra ver a vida de uma forma diferente (M10)

Os casais falam que no início pensavam muito sobre isso, tudo que iam fazer pensavam só nisso e usavam como desculpa para alguma coisa. Hoje esquecem completamente isso, não lembram e tentam não pensar sobre isso.

É como se não existisse nada, como se nada tivesse acontecido, a única coisa que têm que ter é cuidado para não esquecerem de tomar o remédio e não falarem sobre isso para proteger sua família. Vivem 100% normal, trabalham, jogam futebol, jogam bocha como se não tivessem a doença, como se não ela existisse.

A sorodiscordância não fez diferença no convívio do casal, pois para quem não tem HIV é como se o/a companheiro/a não tivesse nada, é uma pessoa sadia e a vida do casal é normal, vão tocar a vida assim. Expressam que não adianta querer se antecipar e ficar pensando no que vai acontecer, senão ficam doentes. Cuidam-se para continuar bem e vivem o agora.

Acabam se acostumando, aprendem a conviver com a doença, pois no momento que convivem com a pessoa que tem e sabe como é, acabam se acostumando. Dizem que as coisas são complicadas até chegar no ponto de entender que podem ter uma vida normal. Depois que entende isso, vive o dia de amanhã.

Nem toca muito no assunto, não conversa muito sobre isso em casa, isso saiu da cabeça do casal. Só lembra quando vai ao hospital para as consultas, mas graças a Deus não sente nada, tem a vida normal e é a mesma coisa que não ter nada.

Depois que o filho nasce esquecem, as coisas ruins saem da cabeça e aquilo que o HIV representa na vida dos casais fica menor ainda. Dedicam-se totalmente a ele, cuidando o quanto e enquanto podem, lutando e fazendo o que for preciso por sua saúde e amando-o ainda mais.

Para os casais, ter o filho foi uma bênção, um sonho realizado em que o esforço e sofrimento resultou na realização de tê-lo saudável e forte. Sentem alegria de ser pai e mãe e o filho é a paixão do casal.

Depois que ele nasce sadio e imune, a vida dos casais é maravilhosa, desligam do mundo. Esse filho, que não tem a doença, deu muito mais sentido, fez os casais verem a vida de uma forma diferente, em que são realizados. É a maior benção e Deus botou esse filho na família mostrando que eles poderiam ter.

5.4 Conceito de ser

A proposta de investigar o sentido de ser, não pode ser alcançada a partir de uma explicação inicial, em si mesmo já é compreensão. Assim, este propósito exige que se elabore o *conceito de ser* conquistando assim um fio condutor que parte da interpretação da compreensão mediana de ser para a interpretação do sentido do ser. É deste movimento ininterrupto de compreensão de ser que emerge a questão explícita do sentido de ser e o caminho para o seu conceito (HEIDEGGER, 2011).

O conceito de ser é constituído pelos significados essenciais, então é constituído pela união do *caput* (enunciado) de cada uma das unidades de significação apresentadas das quais emerge a compreensão vaga e mediana, como discurso fenomenológico. Com isto, a partir dos significados atribuídos pelos participantes aos fatos vivenciados em seu cotidiano, revela-se a compreensão do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV no vivido da reprodução.

Sendo então elaborado o conceito de ser, através do qual *os casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV, expressaram que, no vivido da reprodução, engravidar foi um acontecimento inesperado, em que querendo ou não a gravidez aconteceu. Tiveram medo de que o filho pudesse ter o vírus. Sentiram-se culpados pelo risco de passar o HIV e tiveram dúvida se o filho ia nascer soropositivo ou não. Jamais querem correr o risco de passar por tudo de novo e se cuidam para não engravidar. Foi uma gravidez muito difícil em que tiveram que fazer todo o tratamento direitinho para não passar alguma coisa para a criança. Acreditam e agradecem a Deus porque deu tudo certo. Aceitam-se e superaram juntos o detalhe do HIV, também tiveram um trabalho conjunto para se cuidarem. Pensando no pior, planejam tudo para o filho contando com quem não tem a doença. Escondem a situação do HIV e da sorodiscordância por causa do preconceito, pois não é um mundo fácil, é um mundo preconceituoso. Tentam viver normalmente, como se não tivessem a doença. E, depois que o filho nasce, sai da cabeça um monte de coisas ruins.*

Este conceito possibilita a compreensão mediana de ser cujo sentido permanece obscuro e ainda não esclarecido. A análise da presença começa apenas explicitando o ser desse ente, liberando o horizonte para a mais originária das interpretações do ser, sem interpretar-lhe o sentido. Ao alcançar este horizonte, a análise primeira da presença exige uma retomada em bases ontológicas para a possibilidade de desvelar facetas do sentido do ser (HEIDEGGER, 2011).

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA – O vivido da reprodução do ser-casal heterossexual e sorodiscordante para o HIV, à luz da hermenêutica heideggeriana

Como ponto de partida para a analítica da *presença* é necessário compreender a constituição de ser como *ser-no-mundo*. Esta se revela como estrutura essencial da *presença* ao desvelar o *ser-aí*²³ que se compreende e compreende as coisas e o mundo ao seu redor. Considera-se que é *em-um-mundo* que o *ser-aí* vive, se relaciona e se manifesta nos seus diferentes *modos de ser* (HEIDEGGER, 2011).

A expressão *ser-no-mundo* refere-se a um fenômeno de unidade, o qual comporta uma tripla visualização: o *ente*, o *ser-em* e o *em-um-mundo*. O *ente*, que ao ser interrogado sobre quem é, numa demonstração fenomenal, determina quem é e está no modo da *cotidianidade mediana*; o *ser-em* que, existencialmente, trata da constituição do ser da *presença* e da constituição essencial de *ser-no-mundo*; e o *em-um-mundo*, no qual o mundo descrito como fenômeno, significa como o *ente* se mostra no mundo; (HEIDEGGER, 2011).

O *ser-aí*, desvelado pela interrogação de quem é este *ente*, é interpretado como ele mesmo é, antes de tudo e na maioria das vezes, em sua *cotidianidade mediana*. Esta revela como o *ser* vive o seu dia-a-dia, nos seus diferentes *modos de ser* e no qual está em jogo aquilo que se faz *publicamente*. Em *público*, as coisas são feitas, na maioria das vezes, como *todos*, de forma *inautêntica*, fazem, também o *ser* faz aquilo que esperam dele que é o que, de forma *impessoal*, esperam de *todos*. (HEIDEGGER, 2011).

À *cotidianidade* basta aquilo que é habitual, que se repete e que não difere do que *todos* são ou fazem. Sendo assim, o *ser* no *cotidiano* se mostra no *modo de ser* da *impessoalidade*, sendo como *todos* são no *modo de ser* da *inautenticidade*. O *cotidiano* não pode ser evitado, mesmo quando estes dois modos *públicos* de se mostrar no mundo não são *propriamente* escolhidos pela *presença* (HEIDEGGER, 2011).

O *ser-em* se determina como *ente* sempre a partir de uma possibilidade que ele mesmo é, que é sempre e cada vez mais sua, e é sempre *si mesmo* (HEIDEGGER, 2011). Ser ele mesmo e cada vez si mesmo refere-se ao fato de que cada ser humano tem suas próprias características (HEIDEGGER, 1981).

Ao compreender o significado do *ser-em*, dizendo deste um ser *em-um-mundo*, inclina-se a pensar este *em-um-mundo* como algo simplesmente dado dentro de. Ao contrário, o “em” não significa

²³ O hífen, utilizado pelo autor para separar e unir palavras, quer transparecer as características de relação e de continuidade entre as coisas (HEIDEGGER, 2011)

uma relação espacial desta maneira, mas sim se refere a estar habituado, familiarizado à. E como *ente* que sempre eu mesmo sou, o “sou” se conecta à expressão junto, expondo “eu sou” como deter-se junto à, e neste caso, *junto ao mundo* (HEIDEGGER, 2011).

Com isso, *ser* significa ser familiar com, em que *ser-junto ao mundo* revela um empenhar-se do *ente* que determina o *ser-em*. É a partir deste empenho que há a possibilidade de ocorrência das relações deste e de outros *entes*, pois, *sendo-junto ao mundo*, estes conseguem se mostrar por *si mesmo* (HEIDEGGER, 2011).

É a partir da *facticidade* de *estar lançado* no mundo que a *presença* se mostra em suas múltiplas possibilidades de *ser*. Com isso, compreende-se que, de fato, é no mundo que o *ser é e está aí*, se relacionando com os *entes* que lhe vêm ao encontro e se mostrando nos seus diferentes *modos de ser sendo-junto ao mundo* (HEIDEGGER, 2011). Diante disso, a expressão *ser-no-mundo* se refere ao modo básico do *ser do humano existir*, às distintas maneiras que ele vive e pode viver nos múltiplos modos como se relaciona com os *entes* que lhe vêm ao encontro (HEIDEGGER, 1981).

É *em-um-mundo* familiar, *circundante*, que são interpretados os *modos cotidianos* em que a *presença* se mostra. O *ser-no-mundo* sustenta uma compreensão de familiaridade, na qual sabe seu caminho no mundo. Neste caminho os *entes intramundanos*²⁴, desde as pequenas coisas até o ambiente em que estas coisas estão, se entrelaçam, constituindo aquilo que se torna conhecido para a presença. Este entrelaçar-se é indefinidamente expandido, ampliando aquilo que lhe é familiar e conhecido, constituindo seu *mundo circundante* (HEIDEGGER, 2011).

Há que se ponderar que a interpretação do mundo de que se fala é descrita como fenômeno. Isso significa buscar como o *ente* se mostra, ontologicamente, *sendo-junto ao mundo* com os outros *entes* que lhe vêm ao encontro, considerando também os *entes intramundanos* (HEIDEGGER, 2011).

O mundo revela, onticamente, a totalidade dos *entes* que se dão no mundo abarcando o contexto em que o *ser do ente* vive *faticamente* como *presença* que ela mesma é. Ontologicamente revela o conceito da *mundanidade*, em que o *mundano* se refere a um *modo de ser* da *presença* e não de um *ente intramundano*, pois somente o *ente* dotado do *ser* da *presença* é no mundo, desvelando-se nas diferentes possibilidades do *mundo público*, *mundo circundante* e *mundo próprio* (HEIDEGGER, 2011).

Ser-no-mundo sendo sempre *si mesmo* significa que a *presença* se compreende em seu *ser*, entregando-se como a sua possibilidade mais própria à responsabilidade de assumir seu próprio *ser*. A

²⁴ Entes intramundanos - entes pertencentes a um mundo, que estão dentro do mundo e que não são dotados de presença, como objetos, utensílios, móveis, imóveis, flora e tudo aquilo que está dado no mundo (HEIDEGGER, 2011).

presença é sempre sua possibilidade e para interpretá-la é necessário descobri-la pelo modo em que, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, ela se mostra (HEIDEGGER, 2011).

Diante desta concepção teórica, revelar quem é a *presença* em questão só poderá ocorrer a partir de uma compreensão fenomenológica que possibilita desvelar os *modos de ser* do *ser-aí*. Se, em cada caso, a *presença* é seu *si mesmo* apenas enquanto *existindo*, no constante movimento de aproximação e distanciamento que constitui a dinamicidade do *ser-no-mundo*, define-se como caminho apropriado de acesso à sua problemática que a questão existencial posta seja formulada ontologicamente (HEIDEGGER, 1981).

Nessa perspectiva, o casal se desvelou como *ser-casal*²⁵ à medida que, interrogado sobre o vivido da reprodução na situação de sorodiscordância, mostrou-se sendo *si mesmo* ao expressar o que significou ter vivenciado este fenômeno junto. Estes significados compuseram o fio condutor que permitiu avançar para a hermenêutica, a qual desvelará como o ser-casal se compreendeu em seu *ser* no vivido deste fenômeno a partir dos diferentes *modos de ser* em que se mostrou.

O ser-casal significou o vivido da reprodução como um acontecimento, em que, desejando ou não, a gestação aconteceu. Mostrou-se num movimento de aproximação e afastamento em direção à reprodução, desvelando o *modo de ser* da *espacialidade* do *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2011).

Este modo apresenta os caracteres de *dis-tanciamento* e *direcionamento*, os quais remetem à dinâmica ontológica de constituição do *espaço*, ressaltando que a *espacialidade* não é apenas uma posição estática num espaço imóvel. A *presença* sempre ocupa um lugar e este ocupar deve ser compreendido como a aproximação daquilo que está à mão do ser no seu *mundo circundante*, a partir de algo já familiar a sua *circunvisão* (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal expressou que a reprodução faz parte do seu vivido, seja quando desejou e quis ter o filho, seja quando, pelos riscos a que o casal é submetido durante a gestação, não o quiseram ter. Considera estes riscos a partir do que pensa sobre o HIV e a sorodiscordância, porém, independente do desejo de querer ou não ter filhos, a gestação aconteceu.

Nestas duas situações, o ser-casal utiliza o que está ao seu alcance para atender à sua vontade. Quando quer ter filhos busca ajuda médica, vai à busca das possibilidades, utiliza recursos tecnológicos, faz reprodução assistida e não desiste da vontade mesmo tendo perdido outro filho em gestação anterior. Quando não quer ter filhos usa preservativo masculino ou anticoncepcional.

²⁵ A expressão ser-casal se revela como um constructo que foi anunciado na compreensão vaga e mediana, a partir das unidades de significação que apontam que o vivido da reprodução é do casal. Este constructo será sustentado pela hermenêutica heideggeriana, pois este significado já é ontológico.

Nesta dinâmica, *dis-tanciar* é se *aproximar* dentro da *circunvisão*, trazendo algo para que se torne próximo com a intenção de providenciar, ter à mão. Enquanto *modo de ser* da *presença*, *distanciamento* não é entendido como distância física, que mede intervalos, mas sim como constituição do ser da presença no qual a *distância* de algo indica proximidade. A *aproximação* e o *dis-tanciamento* são sempre modos de *ocupação* com aquilo que está *próximo* e *dis-tante* (HEIDEGGER, 2011).

Da *espacialidade* se compreende que aquilo que está mais próximo não é, de maneira nenhuma, aquilo que tem o menor valor de intervalo entre um ponto e outro, mas sim o que está *dis-tante* em um raio de visão, apreensão e alcance. A *presença* é essencialmente *espacial* e, levando em consideração o movimento de *dis-tanciamento*, lidar com as coisas a mantém sempre no *mundo circundante* (HEIDEGGER, 2011).

É importante discernir que ao *aproximar* alguma coisa de si a *presença* não está estabelecendo isto como o menor intervalo entre si e o que está próximo. Estar *próximo* significa estar, de alguma maneira, à mão na *circunvisão*, se orientando pelo *ser-no-mundo* que se *ocupa* em *dis-tanciar* isto ou aquilo de si. Desta forma, a *aproximação* se orienta pelo que sempre vem ao encontro do *ser-no-mundo* em suas *ocupações* (HEIDEGGER, 2011).

Ao se *dis-tanciar*, a *presença* também se *direciona*, uma vez que a *aproximação* requer uma *direção* antecipada dentro de uma região, para que, aquilo que se aproxima, possa ser encontrado em seu lugar. Assim como o *dis-tanciamento*, o *direcionamento* é conduzido pela *circunvisão* da *ocupação* como *modo de ser* da *presença*. Diante disso, esta *ocupação* é um *dis-tanciameto direcional* (HEIDEGGER, 2011).

Os movimentos de *dis-tanciamento* e *direcionamento* ocorrem no *mundo circundante*, próximo do *ser*. Este ocorrer se dá pela multiplicidade dos modos de *ocupação*, do *ser-no-mundo cotidiano*, em que o ser *manuseia* e utiliza o *ente intramundano* (HEIDEGGER, 2011).

Este *ente manuseado* e utilizado é definido como *instrumento* e tem em sua *essência* o caráter de *ser-para*. Esse caráter quer dizer que todo *instrumento* carrega em sua *essência* as características de ter serventia, aplicabilidade e contribuir no desenvolvimento de alguma coisa para alguma coisa (HEIDEGGER, 2011).

Como *modo de ser* deste *instrumento* desvela-se a *manualidade*. Neste modo, o ser está *ocupado*, realizando algo sem necessariamente compreender o que está fazendo apenas *manuseando* o *instrumento*. Neste modo de lidar, o ser tem a possibilidade de se *dis-tanciar* e *direcionar-se* intencionalmente para alguma coisa que está à mão no seu *mundo circundante* (HEIDEGGER, 2011).

Estar à mão do *ser no mundo circundante* significa que há uma *circunvisão* acerca do que se *dis-tancia*. A *circunvisão* confere ao ser a compreensão e interpretação sobre alguma coisa e no modo de ser da *manualidade* o *manuseio* do *instrumento* não ocorre às cegas. O *ser* possui um entendimento sobre ele, o qual irá guiar sua utilização, lhe proporcionando uma segurança específica (HEIDEGGER, 2011).

Diante disso, no *modo de ser* da *espacialidade* a *presença* se ocupa com o *manuseio* do *instrumento* que ao ser utilizado serve para regular os *dis-tanciamentos*. E é a *circunvisão* que guia este movimento de *dis-tanciamento* e *aproximação* do que está à mão do ser no *mundo circundante* (HEIDEGGER, 2011).

Uma das possibilidades de constituição da *circunvisão* da *presença* é o *falatório*. Este *modo de ser* contempla o modo de compreender e interpretar da *presença cotidiana*, em que o que se ouve falar pode ser compreendido *medianamente*, sem que haja uma apropriação do que se *fala*. Aquilo sobre o que se fala, por assim ter ouvido falar, traz consigo um caráter autoritário, afirmando que as coisas são assim porque é assim que se ouviu falar delas (HEIDEGGER, 2011).

No *falatório* aquilo sobre o que se fala é repetido e passado adiante, potencializando a inapropriação e reforçando a falta de solidez do que é dito. Com isso, o *ser-aí* tem a possibilidade de compreender tudo sem ter se apropriado e compreendido previamente o que se fala (HEIDEGGER, 2011).

No vivido da reprodução, o ser-casal mostrou-se no *modo de ser* da *espacialidade* ao buscar *aproximar-se* ou não da gestação. Neste modo, o *dis-tanciamento direcional* em relação à reprodução foi regulado pela *circunvisão* do ser-casal acerca do que sabem sobre HIV e sobre a sorodiscordância.

Sobre esses dois temas pré-ontológicos o ser-casal ouviu falar que na situação de ter HIV e ser sorodiscordante não se pode ter filho pelos riscos para o/a companheiro/a negativo e para o filho, ou que para que isso ocorra precisa buscar ajuda profissional. O ser-casal se mostra no *falatório* ao reproduzir autoritariamente, como se houvesse compreendido, a informação de que não poderia ter filho.

Guiado por esta *circunvisão*, da im-possibilidade da reprodução na situação de sorodiscordância, o ser-casal *ocupa-se* da reprodução ao empenhar-se no seu *cotidiano* em evitá-la ou em buscar recursos para que esta ocorra. *Ocupado*, se mostra na *manualidade* ao utilizar os *instrumentos* que vêm ao encontro no seu *mundo circundante*, como o preservativo masculino e o anticoncepcional oral para evitar a gravidez ou a rotina de tratamento para reprodução humana assistida como forma segura para engravidar.

A reprodução está à mão do ser-casal no *mundo circundante*, pois dela o ser-casal pode se *aproximar*, fazendo com que aconteça ou não. E, guiado pela *circunvisão* e regulado pela *ocupação*, desvela-se o movimento de *dis-tanciamento* e *direcionamento* inerentes à *espaciliadade* do ser-casal no vivido da reprodução.

Embora *cotidianamente* empenhado e *ocupado* utilizando métodos anticonceptivos bem como realizando procedimentos para realização da reprodução assistida, é de forma inesperada que a gestação acontece. O ser-casal fica surpreso, pois não esperava ou não tinha desistido de engravidar, mas fica sabendo da gestação. Esta se torna um fato que está posto para o ser-casal e não há nada que possa ser feito.

Diante deste acontecimento, desvela-se a *facticidade*, a qual se interpreta como o *estar-lançado* do ente que, enquanto *ser-no-mundo*, desvela que o *ser existe* aí *faticamente*. Neste *modo de ser*, a *presença* já se abriu e se entregou à responsabilidade de um ter de ser. Na *facticidade* a *presença* permanece no modo de *estar-lançado* enquanto o ser está entregue à responsabilidade de, *faticamente*, ser o que é (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal mostra-se na *facticidade* diante do *estar-lançado* ao fato da gestação. Considerando que a gestação aconteceu, o ser-casal está entregue à responsabilidade de *ser-no-mundo* que tem de vivenciar a gestação e os riscos que ela acarreta consigo, pois depois de ter acontecido, nada pode ser feito. Depois deste fato *estar-aí* dado para o ser-casal, desvelou-se que dele não pode escapar.

Diante do acontecimento da gestação, o ser-casal declara estar impotente por não ter o que fazer para evitar os riscos a que estão submetidos ao vivenciar a gestação na situação de sorodiscordância, dentre eles o perigo de passar o HIV para o filho. Com isso, o ***ser-casal significou que no vivido da reprodução teve medo de que o filho pudesse ter o vírus, sentiu-se culpado pelo risco de passar o HIV e teve dúvida se o filho ia nascer soropositivo ou não***, desvelando-se a disposição do *temor*.

A *disposição*, indicada onticamente pelo *humor*, revela como alguém é e se torna e, entregue à responsabilidade de *estar-lançado aí*, o *ser* se mostra em diferentes *modos de disposição*. Ao se entregar à responsabilidade de *ser-aí em-um-mundo*, o *ser* sempre já se colocou diante de *si mesmo* na possibilidade de estar *disposto* frente às transformações do *humor* (HEIDEGGER, 2011).

Colocar-se diante de *si mesmo* na *disposição* significa que a *presença*, no seu *estar-lançado*, foge e se desvia do *modo de disposição* que está *factualmente* posto em seu mundo. A *disposição* traz consigo além do caráter de abertura do *ser* para o seu *aí*, também a abertura do mundo, permitindo que os *entes intramundanos* venham ao encontro no mundo (HEIDEGGER, 2011).

Isto significa que essa abertura prévia do mundo se constitui como *disposição* ao possibilitar que a *presença* possa ser atingida e tocada pelo que vem ao encontro no mundo. É nesta abertura que a ameaça, que está à mão no *mundo circundante*, vem ao encontro da presença no *modo de disposição do temor* (HEIDEGGER, 2011).

Em uma das perspectivas do fenômeno do *medo*, a saber – *de que se teme* – é revelado aquilo que é *amedrontador* à *presença*. Por *amedrontador* compreende-se o *ente* que vem ao encontro no mundo e que está à mão do ser que está *amedrontado*. Aquilo que é *amedrontador* e de que se tem *medo* possui o caráter de ameaça (HEIDEGGER, 2011).

Para o ser-casal é *amedrontador* pensar, guiado por sua *circunvisão* de que não pode engravidar sendo sorodiscordante pelo risco de passar o HIV, que pode ter um filho soropositivo. A infecção tanto pode acontecer e vir ao encontro do ser-casal no seu *mundo circundante*, como pode não acontecer e é desta maneira que o *amedrontador* se constitui e apresenta o caráter de ameaça.

O fenômeno do *medo* é constituído por momentos variáveis e, a partir destas variações, há diferentes possibilidades de se *ter medo*. Estes momentos, como um modo de *disposição* da *presença*, são os referentes ao *pavor*, ao *terror* e ao *horror*, que desvelam como o *ser* é e se torna na *disposição* de *ter medo* (HEIDEGGER, 2011).

O que define as variações dos momentos constitutivos do *temor* é a *circunvisão* e o modo como a ameaça vem ao encontro da *presença* no seu *mundo circundante*. A *circunvisão* revela se a ameaça é algo conhecido e familiar ao *ser*, e também, o modo como a ameaça vem ao encontro, indicando se ocorre de maneira súbita e inesperada (HEIDEGGER, 2011).

Na perspectiva de *ter medo ele mesmo*, o que é *amedrontador* já faz parte da *circunvisão* e, dessa forma, o ser está na *disposição do medo*. Nesta disposição, é ao *ter medo* que se esclarece o que é *amedrontador* e assim a ameaça é liberada. Ao ser liberada, a ameaça vem ao encontro, podendo atingir a presença que está *amedrontada* (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal já sabe, por ter ouvido falar, que não poder ter filhos e *amedrontado* por esse *fatalório* torna-se claro para ele que não pode engravidar. Mediante a isso, o risco de gestar na situação de sorodiscordância é liberado como ameaça em que na verdade ainda não, mas a qualquer momento pode acontecer.

Amedrontado por saber que não pode ter filho e ameaçado pela possibilidade da gestação o ser-casal está na *disposição do medo* considerando a perspectiva de *ter medo ele mesmo*. Nesta perspectiva, *ter medo* abre o mundo para que aquilo que é *amedrontador* possa se *aproximar* (HEIDEGGER, 2011). Nessa abertura, a ameaça constituída pelo risco de gestar se aproxima e vem ao encontro do ser-casal.

Esta *aproximação* compõe a estrutura do modo de encontro entre o *ser* e aquilo que o ameaça. Quando aquilo que ameaça é algo que pertence a sua *circunvisão*, sendo conhecido, e se abate inesperadamente sobre o *ser-no-mundo*, o *medo* transforma-se em *pavor*. Este caracteriza o primeiro momento constitutivo do fenômeno do *medo* como algo familiar, ameaçador e súbito (HEIDEGGER, 2011).

Por já ter ouvido falar, é familiar e conhecido ao ser-casal que não pode ter filhos e ao esclarecer que é disso *de que se teme*, a ameaça de poder engravidar na situação de sorodiscordância é liberada. A ameaça vem ao encontro do ser-casal de modo súbito quando ele, mesmo quando buscou assistência médica para engravidar, inesperadamente, descobre a gestação. Diante do súbito acontecimento da gestação na situação de sorodiscordância, desvela-se o *pavor*.

O ser-casal está *apavorado* por imaginar que pode passar o HIV para o filho, pois entende que ter filho na situação de sorodiscordância, e com isso a possibilidade do filho ter o vírus, é como gerar a vida com a sentença de morte determinada por isso. Há sempre o fantasma do HIV assombrando o ser-casal desde o momento em que descobre a gestação até depois que o filho nasce, pois mesmo fazendo o tratamento que deve ser feito não tem a absoluta certeza de que o filho não será infectado pelo vírus.

Após a inesperada descoberta da gravidez, o ser-casal se depara com aquilo que é desconhecido para ele, a realização de um acompanhamento de saúde diferenciado durante e após a gravidez para evitar que o vírus seja transmitido para o filho. Deste acompanhamento faz parte uma rotina de consultas com o obstetra em serviço de alto risco e com infectologista, realização periódica de exames laboratoriais, ingestão de antirretrovirais, definição da via de parto de acordo com os níveis dos linfócitos T CD4 e da carga viral, consultas do filho na infectologia pediátrica, não amamentação e administração de antirretroviral para o filho.

Diante disso, a ameaça, que era algo conhecido pelo ser-casal, torna-se não familiar. Quando a ameaça possui o caráter de totalmente não familiar, o *medo* transforma-se em *horror*, desvelando-se o segundo momento constitutivo do fenômeno do *medo* (HEIDEGGER, 2011).

Compreende-se que o ser-casal se mostra no momento constitutivo do *horror* por ter que fazer todo um acompanhamento para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, que é algo desconhecido para ele. Não é familiar porque não precisou fazer esse acompanhamento em gestações anteriores ou porque, nesta, o tratamento está sendo diferente.

Pelo *horror* perpassa a insegurança de fazer tudo aquilo que é dito e prescrito para o ser-casal fazer e que não é conhecido. Com isso, não há a certeza de que todo o esforço para cumprir com o

tratamento determinado terá o resultado esperado, que é evitar a ocorrência da infecção do filho pelo HIV.

No vivido da reprodução na situação de sorodiscordância o ser-casal está *horrorizado* ao enfrentar as *ocupações cotidianas*, desconhecidas, que envolvem a profilaxia da transmissão vertical do HIV e não ter certeza de que esta será eficaz. Assim, desvelou-se a transição do momento constitutivo do *pavor* para o *horror* (HEIDEGGER, 2011).

Apavorado pela gestação que se abateu subitamente sobre si e *horrorizado* pela realização de um tratamento desconhecido que não sabe se dará certo, o ser-casal *teme* ao esperar para saber se o filho vai ter HIV ou não. Então, quando a ameaça vem ao encontro do ser, assumindo o caráter de *pavor* (o súbito) e ao mesmo tempo o caráter de *horror* (o desconhecido), o *medo* torna-se *terror* (HEIDEGGER, 2011).

Neste terceiro momento constitutivo do fenômeno do *medo*, o ser-casal está *aterrorizado* aguardando o resultado/resposta da profilaxia da transmissão vertical do HIV, a qual precisou ser realizada em decorrência da gestação na situação de sorodiscordância. No *terror* o ser-casal se sente culpado por impor o risco de causar problemas à saúde do filho se a profilaxia não for eficaz. *Aterrorizado*, o ser-casal não consegue ter paz enquanto não sabe o diagnóstico do filho.

Antes o ser-casal não sabia sobre o HIV e não tinha perigo, mas agora tem *medo* e sabe que se engravidar o filho pode ser infectado pelo vírus. Pelo que viveu em decorrência da reprodução na situação de sorodiscordância, o ser-casal *jamais quer correr o risco de passar por tudo de novo e se cuida para não engravidar*.

Como perspectiva do fenômeno do *medo*, o *de que se teme*, que está a mão e vem ao encontro no mundo como algo que é *amedrontador*, detém o caráter de ameaça. Esta, em seu contexto e constituição, possui o *modo de ser* prejudicial e algo conhecido do *ser-no-mundo*. A ameaça não se encontra em uma proximidade possível de ser dominada pelo *ser*, mas se aproxima (HEIDEGGER, 2011).

Esta aproximação na proximidade não dominável faz daquilo que é prejudicial uma ameaça, a qual pode chegar a qualquer momento ou não, revelando o *de que se teme* – o *amedrontador*. A possibilidade do prejudicial poder se ausentar e não se fazer tocar não minimiza nem soluciona o *medo*, em verdade, o constitui (HEIDEGGER, 2011).

Para o ser-casal a possibilidade de engravidar novamente é *amedrontadora*, pois já faz parte de sua *circunvisão* o que passou durante e após a gravidez na situação de sorodiscordância para evitar que

o filho fosse infectado pelo HIV. Esse entendimento faz da possibilidade de engravidar uma ameaça e, se mostrando como prejudicial, o ser-casal jamais quer vivenciar tudo isso novamente.

Para não correr o risco de engravidar novamente o ser-casal busca maneiras de se desviar daquilo que o *amedronta*. Com isso, utiliza métodos anticonceptivos, como o preservativo masculino e realiza ou busca recursos para poder fazer vasectomia e laqueadura tubária. Faz tudo isso, pois *teme* pelo filho ao pensar que ele poder ter HIV.

Ao *temer* pelo outro, o *medo* se mostra na perspectiva de *pelo que se teme*, na qual a *presença* pode *temer* no lugar do outro. Este também é um *modo de disposição junto com os outros* em que, não necessariamente o outro sente *medo* ou há *convivência* com este que está neste *modo de disposição*. Neste ter medo em lugar de, aquilo *de que se teme* não atinge diretamente quem *teme junto com*, mas de certa forma é *amedrontado* por estar na *copresença* de por quem se *teme* (HEIDEGGER, 2011).

Quando pensa que pode engravidar novamente, o ser-casal sabe que há a possibilidade de transmitir HIV para o filho durante a gestação, parto e amamentação e não quer arriscar ter outro filho, pois pode não ter a mesma sorte que teve com este filho que não tem a doença. Diante disso, o ser-casal *teme* em lugar do filho, *amedrontado* pela possibilidade do filho ter HIV.

No fenômeno da *disposição*, como modo determinado do *medo*, as variações do *temor* em suas perspectivas e momentos constitutivos, indicam que o *ser*, enquanto *ser-no-mundo* das *ocupações cotidianas*, é *temeroso*. Este se mostra como uma possibilidade ontológica do *ser* se revelar *mundanamente*.

O ser-casal está *temeroso* pela possibilidade de infecção do filho pelo HIV após o *factual* acontecimento da gestação. Diante disso, expressa que ***foi uma gravidez muito difícil em que teve que fazer todo o tratamento direitinho para não passar alguma coisa para a criança. Acredita e agradece a Deus porque deu tudo certo.***

O ser-casal significou que na situação de sorodiscordância tudo se torna difícil no vivido da reprodução e nada é como seria em uma gravidez normal, na qual o fato de um ou ambos conviverem com o HIV não está posto para o casal. É difícil ter que fazer todo o tratamento direitinho e isto requer um esforço do ser-casal para fazer tudo como tem que ser feito, desvelando o *modo de ser* da *ocupação* (HEIDEGGER, 2011).

Compreende-se por *ocupação* o modo como a *presença* lida no mundo com os *entes intramundanos*. Este *modo de ser* caracteriza-se como fio condutor do *ser-no-mundo cotidiano*, em que o modo mais imediato de lidar no mundo ocorre a partir da *ocupação* do *ser* no manuseio e utilização do *ente intramundano* (HEIDEGGER, 2011).

Este *ente intramundano* que vem ao encontro no mundo, denominado *instrumento*, é aquilo com o que o *ser se ocupa*, usando ou produzindo, no seu *cotidiano*. Esta lida no mundo é guiada por uma *circunvisão* constituída pelo informal de *saber-como* usar este *instrumento* e pelo compreender que todos, publicamente, compreendem (HEIDEGGER, 2011).

Na *ocupação* o que ocorre é uma interpretação fenomenológica do *ente intramundano* na busca pela compreensão do *ser*, de maneira que este *modo de ser* se desvela em todo modo de lidar no mundo com o *instrumento*. É na *ocupação* que o *instrumento* se torna acessível ao *ser* e, como *ser-no-mundo*, a *presença* já está sempre neste *modo de ser* em seu *cotidiano* (HEIDEGGER, 2011).

No vivido da reprodução na situação de sorodiscordância o *cotidiano* do ser-casal é diferente do que seria se não houvesse o HIV nesse contexto. Neste *cotidiano*, que é difícil, o ser-casal precisa fazer o tratamento de acordo com o que tem que ser feito para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Com isso, ele se *ocupa* com o tratamento, utilizando os *instrumentos* que estão à mão para cumprir a rotina de realizar exames, ingerir medicação e respeitar os horários impostos pelo tratamento. Após o nascimento do filho se mantém empenhado no mundo das *ocupações* que envolve o acompanhamento de saúde do filho, que constitui o *cotidiano* de ingesta medicamentosa, consultas médicas, cuidados com a alimentação e outros cuidados relacionados à profilaxia.

Na *ocupação* com o *manuseio* dos *instrumentos* para desenvolver estas atividades, o ser-casal é guiado por uma compreensão daquilo que ele ouviu falar que deve fazer. Dessa forma, a *circunvisão* que direciona com o que ele deve se *ocupar* no seu *cotidiano* tem como base o entendimento das informações que recebeu no serviço de saúde, que ouviu falar por amigos e pelos meios de comunicação. Com isso não significa que compreendeu o que está fazendo, mas sim que está *ocupado*, empenhado em fazer o que precisa ser feito.

O ser-casal anuncia que precisa estar preparado psicologicamente para enfrentar esse *cotidiano* difícil de *ocupações* com a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Neste *cotidiano*, ter se esforçado significa que, ontologicamente, o ser-casal se *ocupou* com tudo aquilo que foi necessário para cumprir com o tratamento para evitar a infecção do filho.

Ao se manter *ocupado*, o ser-casal repete o que ouve falar sobre os cuidados que precisa ter neste *cotidiano* difícil e busca informações para saber o que está se falando sobre HIV, sorodiscordância e gestação. Informado, pelo que ouviu falar e pelo que buscou saber, o ser-casal realiza uma interpretação, a fim de compreender sobre aquilo que sabe.

Diante disso, se mostra a abertura do *impessoal*, em que, na maior parte das vezes a *presença* sucumbe e por ele se deixa dominar. Esta abertura significa que, em determinados fenômenos, o *ser*

está no *modo de ser cotidiano* da fala, da visão e da interpretação, desvelando o *falatório*, a *curiosidade* e a *ambiguidade* (HEIDEGGER, 2011).

No *falatório*, a fala pode ser compreendida de maneira tão abrangente de modo que quem está ouvindo pode não compreender de fato sobre o que se está falando. Neste *modo de ser* a compreensão não alcança a *essência* do conteúdo que constitui a fala, somente escuta aquilo que foi falado (HEIDEGGER, 2011).

Neste *modo de ser cotidiano*, aquilo que foi escutado já aderiu previamente ao que foi falado, de modo que esta compreensão, que é mediana e imprópria, se move para uma *ocupação* com o que é falado. *Cotidianamente ocupado* com essa fala que se compreendeu por alto, o ser se empenha para que esta seja propagada, tal como ela é e como dela se escutou falar (HEIDEGGER, 2011).

Este empenho está no ocupar-se em repetir e passar adiante aquilo de que se fala. Ao não se apropriar previamente do que é falado, o *falatório* permite que tudo seja compreendido, quando na verdade este não é um compreender *autêntico*. Não se apropriando do que se fala, este *modo de ser* previne o *ser* do fracasso da compreensão *autêntica*, reforçando a tranquilidade do *cotidiano* (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal ouviu tanto de amigos que são soropositivos como de profissionais da saúde sobre alguns cuidados que precisam ter frente ao fato de viver com HIV na situação de sorodiscordância e gestar. No *falatório*, repete o que escutou como ser preciso cuidar do CD4 e iniciar o tratamento logo no início da gravidez a partir da 13^a ou 14^a semana de gestação. E ainda passa adiante as informações que compreendeu impropriamente, como a via de parto que pode ser vaginal se a carga viral da mulher estiver indetectável. Também sabe que antes dos 6 meses de vida o filho tem os anticorpos da mãe e que por isso, terá que esperar para fazer o exame e saber o diagnóstico do filho.

O ser-casal desvela-se no *falatório* ao reproduzir em sua fala os conhecimentos, termos e protocolos técnicos desenvolvidos na atenção à saúde da mulher e do filho. Quanto repete essas informações das quais não se apropria originariamente do seu significado, para o ser-casal tudo já foi compreendido, quando na verdade não foi.

Além do que ouve falar, o ser-casal quer saber mais e busca informações sobre esse assunto. Assim desvela-se a *curiosidade*, que se mostra como estrutura da constituição da visão na *cotidianidade* (HEIDEGGER, 2011).

A *curiosidade* detém o empenho de ver para conhecer. Embora o sentido da visão pertença aos olhos, esta palavra também é utilizada para se referir aos demais sentidos como ouvir, degustar, cheirar e tocar quando se está conhecendo alguma coisa (HEIDEGGER, 2011).

Curioso, o *ser-no-mundo* busca aquilo que está *dis-tante* de si, que não está à mão no *mundo circundante*, apenas para tornar isso próximo e conhecido. A *curiosidade ocupa-se* em ver alguma coisa apenas para ver e não para compreender aquilo que vê (HEIDEGGER, 2011).

A *curiosidade*, em sua impermanência no *mundo circundante* das *ocupações* e na dispersão em diferentes novidades, está sempre em busca do que é novo. Com isso, *ocupa-se* em providenciar um novo conhecimento simplesmente para conhecer e não para apreendê-lo ou adquirir a verdade através do saber (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se mostrou na *curiosidade* quando diz que estuda e busca informação sobre assuntos que envolvem o HIV para tomar conhecimento dos cuidados que tem que ter e para fazer o tratamento certinho. Está *ocupado* buscando estas informações, e nesta *ocupação* conversa com os profissionais de saúde para ver o que pode influenciar na sua saúde e na saúde do filho, como a infecção do/a companheiro/a negativo, os efeitos do tratamento e os cuidados que precisa ter com o filho.

Também se *ocupa* com comentários, reportagens, notícias na televisão e palestras, nas quais se mantém *curioso* em busca do que mais possa aproximar de si apenas para conhecer. Com isso quer ver o que está sendo falado sobre esse assunto, como a cura do HIV e a possibilidade de não infecção do/a companheiro/a soronegativo quando há relação sexual desprotegida entre o casal sorodiscordante.

A *curiosidade*, que sempre se renova não deixando passar nenhuma novidade, e o *fatalório*, que por ouvir falar já compreendeu tudo, garantem ao *ser-no-mundo* uma vida enganosamente *autêntica*. Diante desta pretensão, aquilo que foi visto e falado é interpretado *parecendo* que tudo compreendeu quando na verdade não compreendeu e que não compreendeu, quando na verdade já compreendeu, desvelando-se o *modo de ser* da *ambiguidade* (HEIDEGGER, 2011).

Na *ambiguidade* a *curiosidade* se encarrega de que todo mundo conheça e o *fatalório* se encarrega de que todo mundo discuta o que se dá e ocorre e, assim, todo mundo já sabe falar do que vai acontecer. Nessa constituição, tudo o que se conhece e discute está posto como algo que foi compreendido *autenticamente* pela presença (HEIDEGGER, 2011).

No entanto, são estes mesmo modos que garantem que se possa conhecer e falar sobre algo, que providenciam que aquilo criado como *autêntico* e novo chegue desatualizado e insignificante no *mundo público* e *impessoal*. Estas características revelam que aquilo de que todo mundo sabe falar, *autêntico* e novo, na verdade não foi compreendido (HEIDEGGER, 2011).

Na interpretação do *mundo público*, a *ambiguidade* providencia falas adiantadas e projeções *curiosas* quanto ao que de fato acontece. É desse modo que tudo parece ter sido compreendido e

discutido de maneira *autêntica*, quando na verdade não foi, e que tudo parece não ter sido compreendido e captado *autenticamente*, quando na verdade já foi (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se mostra na *ambiguidade* ao *parecer* que compreendeu que ao engravidar na situação de sorodiscordância há um tratamento profilático que é seguro, protegendo o filho da transmissão vertical do HIV. Quando, no fundo, não compreendeu, pois a profilaxia não garante sua eficácia na totalidade dos casos.

Também se mostra *ambíguo parecendo* não compreender quando expressa a tensão e o *medo* de que o filho seja infectado pelo HIV através da transmissão vertical. Quando, no fundo, já compreendeu que mesmo fazendo a profilaxia como tem que ser feita há a possibilidade desta não ser eficaz em todos os casos.

A ligação ontológica entre os fenômenos do *fatalório*, da *curiosidade* e da *ambiguidade* revela a abertura do *ser-no-mundo* no seu modo básico de ser na *cotidianidade*, desvelando a *decadência*. Com este *modo de ser* não se pretende uma avaliação negativa do ser que assim se mostra, este modo indica que na maior parte das vezes a *presença* está *junto e no mundo* das *ocupações* e frequentemente se perde, *decai no mundo público e impessoal* (HEIDEGGER, 2011).

Na *decadência* o *decair* de si mesmo e a *impropriedade* do *ser-aí* dizem respeito ao modo como o *ser-no-mundo* é absorvido pelas *ocupações cotidianas* no mundo e pela *copresença* dos outros no *impessoal*. Com isso, de maneira nenhuma quer se dizer que a *presença* perdeu todo o seu *ser* ou que não mais se revela no *modo de ser e estar no mundo* (HEIDEGGER, 2011).

Decair de si mesmo e perder-se no caráter *impessoal* do *mundo público* indica o empenho da *presença* na *convivência*, que é conduzida pelo *fatalório*, *curiosidade* e *ambiguidade*. Já ter visto e falado de tudo, já saber de tudo e já ter compreendido tudo constituem a pretensão de assegurar à *presença* a certeza da *autenticidade* e da plenitude de todas as possibilidades do seu *ser* (HEIDEGGER, 2011).

Na certeza de sua *autenticidade* e nesta plenitude, o *decaimento no mundo público e impessoal* tranquiliza, garantindo que tudo está bem e tudo está certo, pois tudo já foi falado, visto e interpretado. Esta tranquilidade, que é tentadora, fortalece a *decadência* e, ao tudo compreender quando no fundo nada é compreendido, move a *presença* para uma alienação do seu *poder-ser* mais próprio (HEIDEGGER, 2011).

Tranquila e alienada de si mesma, a *presença* se fecha para suas possibilidades e propriedade, se aprisionando em si mesma. Neste movimento, a *decadência* se mostra como um *modo de ser* do *cotidiano* que é tranquilizante, tentador, alienador e aprisionador (HEIDEGGER, 2011).

Diante do *fatalório* sobre os cuidados que precisa ter, da *curiosidade* que buscou informações e tudo sabe sobre os assuntos que envolvem o HIV e da *ambiguidade* que já interpretou e compreendeu tudo, o ser-casal se desvela na *decadência*. Neste *modo de ser* o ser-casal se conforma, pois não é ele quem decide sobre a infecção ou não do filho e só resta ter paciência e esperar, assim *decai* de si mesmo no *mundo público*.

Ao saber o diagnóstico negativo do filho, tranquiliza-se por não ter sido por sua causa o adoecimento ou falecimento do filho. Alienado de *si mesmo*, o ser-casal atribui a eficácia da profilaxia da transmissão vertical a Deus e, enquanto não recebe esse graça divina, se mantém aprisionado em *si mesmo* não se abrindo à possibilidade e *propriedade* de viver a alegria da gestação e felicidade plena de ter o filho.

Decadente, o ser-casal foi absorvido pelas *ocupações cotidianas* na realização do tratamento para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e se mantém aliviado na tranquilidade tentadora de ser *impropriamente* si mesmo no *mundo público* e *impessoal*. Na *decadência*, o ser-casal está isento da responsabilidade daquilo que faz e acredita, assim não é ele quem escolhe, decide, pensa ou faz alguma coisa diante da possibilidade de infecção do filho, a responsabilidade é do outro *impessoal*.

Como *ser-aí junto* e *no mundo*, que no *modo de ser* da *decadência* diz respeito ao *mundo público*, o ser-casal se empenha na *convivência*. Neste empenho, o ser-casal anunciou que ***se aceita e superaram juntos o detalhe do HIV, também teve um trabalho conjunto para se cuidar. Pensa no pior e planeja tudo para o filho contando com quem não tem a doença.***

Na interpretação ontológica de mundo, o *ser* se mostra como *ser-no-mundo*, o qual *é* e *está no mundo* e também com ele se relaciona num modo privilegiado analisado a partir da *manualidade intramundana*. Neste mundo, que também é *público*, questiona-se quem é o *ser-aí* na *cotidianidade*, revelando, junto com o *ser-no-mundo*, as estruturas da *presença cotidiana* como *ser-com* e *co-presença* (HEIDEGGER, 2011).

As determinações fundamentais da *presença* mostram quem ela é a partir da interpretação de ser sempre sua, ser sempre eu mesmo. O quem da *presença cotidiana* se revela como seu contrário, não sendo sempre sua, o que indica a perda de si mesmo na multiplicidade dos *modos de ser* do *cotidiano* (HEIDEGGER, 2011).

Como base do *ser-no-mundo*, o mundo é sempre compartilhado com os outros que vêm ao encontro e isso revela que tanto este *ser* não está isolado no mundo quanto os outros já são *copresença* no mundo. Com isso, é possível interpretar ontologicamente o modo de ser da *copresença* na *cotidianidade do mundo circundante* (HEIDEGGER, 2011).

Neste *mundo circundante*, que é próximo, se dá a interpretação da *manualidade*, modo no qual as coisas vêm ao encontro do *ser-no-mundo* a partir do mundo em que elas estão à mão. Neste modo, os outros (ente dotado de presença e que existe no mundo, incluindo quem eu mesmo sou) participam dos diferentes momentos constituintes e de emprego dos *instrumentos*, caracterizando o encontro dos outros no *mundo circundante* nos modos de *ser-com* e *copresença* (HEIDEGGER, 2011).

Na *copresença*, os outros estão *juntos* no mundo e estabelecem algum tipo de relação a partir do que fazem, usam e, produzem com o *ente intramundano* que está à mão (HEIDEGGER, 1981). Ser *copresente* caracteriza a *presença* dos outros ao liberar, quando o outro vem ao encontro, a possibilidade de *ser-com*, que é sempre uma determinação da *presença* (HEIDEGGER, 2011).

A *presença* ser essencialmente *ser-com* se refere a um modo constitutivo fundamental do *ente* dotado de *presença* que *existe* no mundo. *Ser-com* significa estar *com* e na *presença* do outro com quem se relaciona nas diferentes possibilidades do *cotidiano*. Este modo de se relacionar *com* o outro e ser *presença* na *presença* do outro é que dá sentido ao viver do *ser-do-humano* (HEIDEGGER, 1981).

No vivido da reprodução na situação de sorodiscordância, o ser-casal se mostra no modo da *copresença* diante das relações que estabelece ao estar empenhando no mundo das *ocupações* deste *cotidiano*. Mostra-se neste modo na relação com os médicos que o atendem, com as pessoas que tratam do plano de saúde e da previdência privada do filho.

Neste empenho *cotidiano* o ser-casal se aproxima, caracterizando seu encontro e abertura para a possibilidade de *ser-com*. Desvela-se neste modo ao expressar que, no vivido da reprodução, um (o/a companheiro/a) aceitou a diferença sorológica do outro e ambos aceitaram a situação de sorodiscordância do ser-casal.

Nesta relação de *ser-com*, o ser-casal superou junto o detalhe do HIV e é agradecido pela compreensão do/a companheiro/a diante do fato da sorodiscordância no seu cotidiano. No vivido da reprodução *sendo-com* o outro, o ser-casal teve um trabalho conjunto, de maneira que nem um nem outro se *ocupou* e preocupou sozinho nesse vivido.

O ser-casal se desvela *sendo-com* o filho ao expressar que *com* a família, constituída pelo casal e pelo filho, consegue ter paz sem que nada possa interferir na sua con-vivência *com* o filho e *com* a família. Na relação de *ser-com* o filho, o ser-casal tem motivos para não esmorecer e se empenhar neste *cotidiano*, pois tem o filho para cuidar, mostrando que as coisas têm que seguir.

Para o ser-casal, no vivido da sorodiscordância, essa distinção está apenas nessa nomenclatura, pois ele trata esta situação como uma característica do ser-casal em que, companheiro e companheira juntos, precisam se cuidar. Nesta relação, quem não tem HIV vive a doença por quem tem.

Na *convivência cotidiana*, a *presença* não é ela mesma e seu ser foi tomado pelos outros (*copresentes*) no modo da *impessoalidade*. Enquanto *ser-com*, a *presença* não se dá conta de que seu ser foi tomado pela *impessoalidade* dos outros, isto apenas acontece sem que haja surpresa (HEIDEGGER, 2011).

O quem da *presença cotidiana* se desvela como *impessoal*. Neste modo o *ser* é o que todos são, determinando assim o *modo de ser* da *cotidianidade*, a qual se dá no *mundo público* e *circundante* de todos. No mundo, das *ocupações* com o manual e da *convivência cotidiana*, o *impessoal* faz com que cada um seja como o outro é (HEIDEGGER, 2011).

O *impessoal* retira da *presença* toda e qualquer responsabilidade por alguma coisa. Neste desencargo de ser ela mesma, o *impessoal* vem ao encontro da *presença* imbuído das características da superficialidade e facilitação determinando julgamentos e decisões pela *presença*, que se esquivava destas posições no *impessoal* (HEIDEGGER, 2011).

Neste modo, o *ser* se resguardou da tarefa de ser *si-mesmo*, revelando-se ser *impessoalmente-si-mesmo* na *convivência cotidiana*. Mostrando-se neste modo, todo mundo é o outro e ninguém é *si-mesmo*, tendo a *presença* se dispersado no *impessoal* e precisando, ainda, encontrar a *si-mesma* (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se mostra sendo *impessoalmente-si-mesmo* ao expressar que o/a companheiro/a que não tem HIV vive mais a doença do que a pessoa que tem. Isso quando, na *convivência cotidiana*, quem é soronegativo assume as *ocupações* que são do outro e não suas, como ir às consultas médicas e retirar medicação.

O ser-casal, que onticamente é sorodiscordante, ontologicamente não faz essa distinção, determinada pela tradição, à medida que quem não tem HIV na sua fala já assumiu para si este *factual* que é do outro, do/a seu/sua companheiro/a que tem HIV. No *impessoal* o ser-casal é o que todos nessa *convivência* são, pessoas que têm ou que ainda não têm HIV.

Para ser como *todos* são, se mantém no ainda, projetando este acontecimento. Assim, disperso neste *modo de ser* e isento de *ser-si-mesmo*, o *impessoal* vem ao encontro do ser-casal na superficialidade e facilitação da *convivência* neste *cotidiano* impróprio. O detalhe do HIV, inerente ao ser-casal, impõe a condição de esta ser uma característica que ele precisa se cuidar junto.

O modo de *ser-com* é interpretado pelo fenômeno da *cura*, o qual se refere ao mundo através do relacionar-se, do cuidar como estrutura fundamental do *ser-aí* (HEIDEGGER, 1981). Considerando que o ente com o qual a *presença* se relaciona no modo de *ser-com* não é um *ente intramundano* e sim

um *ente* dotado de *presença*, esta relação se dá pela *preocupação* no modo da *solicitude* (HEIDEGGER, 2011).

Na *preocupação* o *ser-aí* estabelece uma relação de cuidado ativo com o outro e, na sua *essência*, considera a *existência* do outro nesse cuidado e não somente se *ocupa* dele. O *ser-com* no modo da *preocupação* também pode mostrar-se no seu *modo deficiente*, no qual há uma correspondência com a *ocupação* (HEIDEGGER, 2011).

No *modo deficiente* da *preocupação* o ser desempenha atividades no seu *cotidiano* em prol do outro com quem está em uma relação de cuidado. Na maioria das vezes o *ser* está e se mantém no *modo deficiente* da *preocupação* quando está empenhando nas atividades *cotidianas* por um outro, contra um outro ou sem os outros (HEIDEGGER, 2011).

A *preocupação* possui duas possibilidades extremas, a *solicitude antecipadora – autêntica*, e a *solicitude substitutiva – inautêntica*. Esta corresponde ao *modo deficiente* da *preocupação* e se dá quando o ser salta para o lugar do outro, retirando-lhe o cuidado e tomando seu lugar nas *ocupações* (HEIDEGGER, 2011).

Neste *modo deficiente*, ao assumir a *ocupação* do outro, o ser é *substituído*, deslocado de sua posição. Diante deste deslocamento, se retrai para posteriormente assumir sua *ocupação* como algo que já está dado, disponível ou então a dispensa (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se desvela no *modo deficiente* da *preocupação* ao revelar o cuidado desenvolvido por ele, no qual o/a companheiro/a que é soronegativo salta diante do outro e assume a *ocupação* do companheiro/a que é soropositivo. Vai a consultas de rotina, providencia a medicação, a alimentação, cuida tudo e assim quem é soropositivo é deslocado de sua posição.

O/a companheiro/a soronegativo salta para o lugar do outro, retirando-lhe o cuidado ao tomar seu lugar nas *ocupações* que envolvem seu *cotidiano* no vivido da reprodução. Quando toma conhecimento de sua avaliação clínica, ingere a medicação regularmente, faz adequações na sua alimentação e hábitos de vida e realiza outras ações que fazem parte das orientações para ter uma vida saudável, o/a companheiro/a soropositivo assume suas *ocupações* no *cotidiano* de viver com HIV/aids posteriormente ao companheiro/a soronegativo ter assumido e providenciado tudo para ele.

O ser-casal também salta para o lugar do seu filho assumindo seu cuidado ao planejar tudo pensando no futuro dele. *Ocupa-se* com o planejamento de plano de saúde e previdência privada, pois pensa em como será o futuro do filho. Está aliviado por ter o/a companheiro/a soronegativo que pode ajudar a cuidar do filho se acontecer alguma coisa com quem é soropositivo.

Ao pensar que alguma coisa, como a morte, pode acontecer por ser soropositivo, o ser-casal desvela-se no modo de *ser-para-a-morte* na *cotidianidade*. Como próprio do *cotidiano*, o *impessoal* determina este modo a partir da interpretação *pública* de *todos*, a qual é também anunciada pelo *falatório* (HEIDEGGER, 2011).

No *mundo público*, da morte já se ouviu falar como algo que acontece e que vem ao encontro, por assim dizer, como casos de morte. Este acontecimento, que se dá no mundo, é conhecido e se mantém na não surpresa, característica daquilo que vem ao encontro na *cotidianidade*. Para este acontecimento, o *impessoal* já garantiu uma interpretação *pública* a partir do que se ouviu falar e do que fala sobre a morte (HEIDEGGER, 2011).

Esta interpretação pronunciada diz sobre a morte que algum dia ela chega, mas agora ainda não se é tocado por ela. Essa indeterminação sobre o acontecimento da morte, em que se interpreta *impessoalmente* que em algum momento a morte vem ao encontro, mas para a *presença* isto ainda não está posto e constituído como algo que se aproxima, é que desvela o modo de *ser-para-a-morte* (HEIDEGGER, 2011).

Neste modo *cotidiano*, a morte, que é a possibilidade mais própria da *presença*, no seu *poder-ser* privilegiado, é convertida em um acontecimento *público* que vem ao encontro no *impessoal*. Sendo assim, qualquer um morre e até mesmo o *impessoal*, mas não eu, pois o *impessoal* é *ninguém* (HEIDEGGER, 2011).

O *falatório* propaga que a morte é algo que sempre acontece e vem ao encontro, porém encobre esta como possibilidade do *ser*, o qual se perde no *impessoal* e se desvia de sua possibilidade *existencial* mais própria. Neste desvio, o *ser* está tranquilo no que diz respeito à morte e alienado do seu *poder-ser* mais próprio, *decaindo* no *cotidiano* que torna o modo de *ser-para-a-morte* uma fuga insiste dele mesmo (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se mostra como *ser-para-a-morte* quando se *preocupa* com o futuro do filho pensando que quem é soropositivo pode morrer, por ter HIV, antes do que o/a companheiro/a que não está infectado pelo vírus. Esta compreensão está fundada no *falatório*, em que no *mundo público cotidiano* todo mundo fala sobre a possibilidade de morrer ao ser infectado pelo HIV.

Dessa forma, o modo de *ser-para-a-morte* desvelado no *cotidiano* do ser-casal é constituído no *impessoal* movido pelo *falatório*. No *impessoal*, o ser-casal sabe que a morte pode chegar, mas no momento ainda não se aproxima, determinando-a como uma ameaça. Ainda assim, faz o ser-casal pensar no futuro do filho sob os cuidados do companheiro/a que não tem HIV.

O ser-casal se mostra *sendo-para-a-morte* não por compreender esta como sua possibilidade mais própria, mas por ser assim que no *impessoal do mundo público* todo mundo fala sobre a morte, que está mais próxima de quem tem HIV. Para fazer parte deste *mundo público* e ser como todos são, o ser-casal se mantém na *impessoalidade*.

Neste modo *impessoal* que prevalece no *mundo público*, o ser-casal expressa que ***esconde a situação do HIV e da sorodiscordância por causa do preconceito, pois não é um mundo fácil, é um mundo preconceituoso***. Ao esconder essa situação, o ser-casal desvela-se na *silenciosidade*, empenhando na convivência *cotidiana do mundo público*.

Enquanto fundamento ontológico-existencial da linguagem, a *fala* se mostra numa articulação da compreensibilidade do *ser-no-mundo*. A compreensão do *ser-no-mundo* sobre aquilo que lhe vem ao encontro no mundo é pronunciada como *fala* e faz parte do empenho da *presença* que convive no mundo com outros *entes* (HEIDEGGER, 2011).

A *fala* se mostra como abertura do *ser*, que é a partir dela que o *ser* se abre para compreensibilidade. Diante disso, a *escuta* e o *silêncio* são duas possibilidades inerentes à *fala*, as quais conferem nitidez à sua função constitutiva na abertura existencial do *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2011).

A *fala*, como articulação da compreensibilidade, ocorre a partir do fenômeno da *escuta*, em que o *ser-no-mundo* está *existencialmente* aberto enquanto *ser-com* os outros. Na *escuta*, o *ser* tem a possibilidade de alcançar o fenômeno do *ouvir*, no qual se desvela o *modo de ser* de uma *escuta* compreensiva do que se *fala* (HEIDEGGER, 2011).

O *silêncio* igualmente se compõe como possibilidade constitutiva da *fala* e mostra que *silenciar na fala* da convivência remete a maior apropriação em relação ao que é *silenciado*. Com isso se quer dizer que o *ser-no-mundo* elabora sua compreensão a respeito do não dito no *silêncio*, em oposição àquele que não perde a palavra e se mantém no *mundo público* repetindo informações que *escutou* alguém falar (HEIDEGGER, 2011).

Em oposição ao que muito se *fala*, e com isso à revelação de uma compreensão superficial e aparente do que é dito, o *silêncio* só é possível numa *fala autêntica*. Ao *silenciar*, a *presença* deve ter algo a dizer dispondo de uma abertura em que está apropriado de *si mesmo*, articulando assim a compreensibilidade que suprime o *falatório* da compreensão superficial e a *aparente* do que se fala. Ao articular de maneira própria a compreensibilidade da *presença* no modo da *fala*, o *silêncio* permite a abertura do *ser-no-mundo* num *autêntico escutar* e conviver transparente no mundo. (HEIDEGGER, 2011).

O *silêncio* encobre aquilo que a *presença* compreende e mantém no não dito para que assim se mostre no *mundo público* como todos, na *impessoalidade*. No *impessoal*, o *ser* está num mundo que é comum a *todos*, em quem o *ser* deixa de ser *propriamente si mesmo* em detrimento de ser como os outros, aos moldes do *impessoal* (HEIDEGGER, 2011).

Numa primeira aproximação e na maior parte das vezes a *presença* está no *impessoal*. Diante disso, descobrir o mundo e aproximá-lo de si, abrindo a *presença* para o seu *poder-ser* mais próprio, encaminha a *presença* para uma eliminação dos encobrimentos e distorções que a aprisionam em si mesma, impossibilitando que no *mundo público cotidiano* ela seja si mesma (HEIDEGGER, 2011).

No *mundo público e circundante*, o ser-casal *escuta* o que todos *falam* sobre o HIV, sobre a sorodiscordância e o preconceito pronunciado na *fala*. Através da *escuta*, como fenômeno constitutivo da *fala*, o ser-casal articula aquilo sobre o que se *fala* a respeito do HIV e sorodiscordância, elaborando sua compreensibilidade sobre o preconceito.

Compreendendo o que *publicamente* todos compreendem sobre o HIV e a sorodiscordância, o ser-casal *silencia* sua situação sorológica no *mundo público*. Somente se pronuncia a respeito disso entre si, com o médico e em alguns casos com alguns poucos familiares. Pensam em *falar* também para o filho, quando ele estiver em uma idade que possa compreender o pronunciamento dos pais sobre o HIV, a sorodiscordância e sobre tudo aquilo que envolve este fato e esta situação.

Como possibilidade constitutiva da *fala*, no *silêncio* o ser-casal se mostra empenhando na *covivência cotidiana* do *mundo público e circundante*, no qual não revela sua situação sorológica para *conviver* com os outros sem sofrer preconceito. O ser-casal reafirma a necessidade de se manter no *impessoal* pensando na *convivência* do filho com os outros no *mundo público*, pois ele também pode sofrer preconceito se os outros souberem a situação sorológica dos pais.

Apropriado de si mesmo, o *silêncio* manifesta a compreensão do ser-casal acerca do HIV e a sorodiscordância. Na convivência *cotidiana* e no *impessoal* constituído pelo *falatório* que move o preconceito no *mundo público*, o ser-casal diferencia o mundo de quem tem HIV e o mundo de quem não tem.

Neste destaque, a compreensão velada pelo *silêncio* suprime o *falatório* do *mundo público* à medida que rompe com o encobrimento do mundo de quem tem e sabe que outras pessoas tem HIV. Neste mundo, em que a *fala* se articula na compreensibilidade acerca da *facticidade* do HIV e a situação da sorodiscordância, o ser-casal se abre para *convivência* transparente, despindo-se do *impessoal* para assumir, na *fala*, o seu *si mesmo* sem sofrer preconceito.

O rompimento com o *silêncio* se dá, principalmente no seu *mundo próprio*, em que o ser-casal se mostra como ele mesmo é, assumindo seu *poder-ser* mais próprio. Seu *mundo próprio* é constituído somente pelo casal e, nessa perspectiva de revelar sua situação sorológica, anunciam a inclusão do filho neste mundo quando ele for mais velho.

O ser-casal se mantém empenhado no mundo das *ocupações cotidianas* para *conviver* com os outros sendo como todos são no *mundo público*. Assim, expressa que ***tenta viver normalmente, como se não tivessem a doença. E depois que o filho nasce sai da cabeça um monte de coisas ruins.***

É na *cotidianidade* que o *ser-no-mundo* se mostra, na maior parte das vezes, para todo mundo na *convivência* do *público*. No *mundo público* o *ser* se mantém, quase sempre, no *impessoal*, *ocupado* com os encargos diários que desempenha em seu *cotidiano* (HEIDEGGER, 2011).

No *cotidiano* o *ser-no-mundo* se mostra no *modo de ser* da *ocupação*, no qual está empenhado realizando atividades, cumprindo tarefas ou fazendo aquilo que no *mundo público* todos, *impessoalmente*, fazem. Na *ocupação* o *ser* está *ocupado junto ao mundo*, desempenhando um modo de lidar no e com os *entes intramundanos* de forma a atender àquilo que pertence às necessidades *cotidianas* (HEIDEGGER, 2011).

Esta *ocupação junto o mundo* é guiada por uma *circunvisão*, que providencia uma visão acerca daquilo que está à mão no *mundo circundante*. A *circunvisão* não apreende aquilo que está à mão, mas sim recebe uma orientação, a partir do que vê no *circundante*, para se *direcionar* intencionalmente ao que irá desenvolver em sua *ocupação* (HEIDEGGER, 2011).

No *mundo circundante*, no qual os outros vêm ao encontro, o *ser-no-mundo* se *ocupa* na *convivência cotidiana*. Nesta *ocupação*, há uma atenção para *nivelar* as diferenças com os outros com a finalidade de que o *ser* se pareça como *todos* os outros que vem ao encontro (HEIDEGGER, 2011).

Esta atenção para reduzir as diferenças se mostra pelo caráter de *afastamento*, em que a *presença* se *afasta* do seu *si mesmo* e se entrega à *aparência* de ser como os outros. Dessa forma, a *presença* na convivência *cotidiana* não é ela mesma, estando a cargo dos outros que lhe tomam o seu *ser* (HEIDEGGER, 2011).

Sem que a *presença* se dê conta, ela já se entregou ao domínio dos outros, consolidando o *impessoal* do *mundo público*. Os outros são assim denominados para não se designar que é deste ou daquele de quem se fala, pois o *impessoal* retira a responsabilidade do *ser* em que, sendo *todos* os outros, se é *ninguém*. Os outros, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, são *copresença* na *convivência cotidiana* (HEIDEGGER, 2011).

No seu *cotidiano*, o ser-casal se mantém *ocupado* com suas atividades habituais, como trabalhar e praticar esportes. Esta *ocupação* revela o empenho do ser-casal em uma vida normal para, na convivência *cotidiana*, *parecer* como os outros que não têm a doença.

O ser-casal busca, na normalidade de como vive seu *cotidiano*, *nivelar* suas diferenças com os outros, que são *copresença* no mundo, através das *ocupações* fazendo aquilo que todo mundo faz, como se não existisse a doença. Neste *nivelamento* o ser-casal se *afasta* do seu *si mesmo* em direção ao seu *impessoalmente-si-mesmo* para *parecer* como *todos* são no *mundo público*.

Após o nascimento do filho o ser-casal se mantém *ocupado*, dedicando-se totalmente ao cuidado dele. Faz tudo aquilo que pode e o quanto pode para cuidar do filho, *ocupando-se* do que for preciso para que ele tenha saúde. Então, vivem 100% normal, como todos que não tem HIV.

No *impessoal*, *junto ao mundo* das *ocupações*, a *presença* se revela em fuga do seu *si mesma* e do seu *poder-ser* mais próprio. Ao fugir e se *afastar* de *si mesmo*, a *presença* não se coloca diante de si, desviando-se da sua principal tarefa, que é *ser si mesma* (HEIDEGGER, 2011).

Os *modos de ser* do *impessoal*, revelados pelo *afastamento* de *si mesmo*, pela *medianidade* da *convivência* ao ser e estar com o outro e pelo *nivelamento* para *parecer* como os outros, constituem o caráter do *público*. No *público* há o obscurecimento das coisas, tornando aquilo que foi encoberto como algo *propriamente* conhecido e acessível a *todos* (HEIDEGGER, 2011).

O *impessoal*, que tudo conhece e acessa, está em toda parte, porém conservando a característica de sempre ter escapado quando dele é exigido um posicionamento ou decisão. Ao tomar para si o *ser* da *presença*, o *impessoal* permite que nele se apoie ou o invoque no *mundo público*, pois com facilidade assume e responde por tudo, já que sendo *todos*, não há ninguém para se responsabilizar por alguma coisa (HEIDEGGER, 2011).

O *impessoal* promove um desencargo, aliviando a *presença* do seu *ser*. Neste desencargo, a *presença* se acomoda perante a facilidade de fazer as coisas não sendo ela a responsável por quaisquer esclarecimentos. E é em detrimento desta cômoda facilidade que promove um alívio do seu *poder-ser* mais próprio que o *impessoal* ratifica seu domínio (HEIDEGGER, 2011).

Na *impessoalidade*, em que cada um é outro e *ninguém é si mesmo*, a *presença* já se rendeu ao *impessoal* da *convivência cotidiana* na *copresença* dos outros. O *impessoal* revela quem é a *presença* na *cotidianidade*, dizendo que esta de imediato se encobre, se engana e se dispersa em seus *modos de ser* no *cotidiano* (HEIDEGGER, 1981).

O ser-casal desvela-se no *impessoal* ao expressar que antes tudo que ia fazer pensava no HIV, mas agora não lembra mais disso e tenta não ficar pensando sobre isso. Com isso está se *afastando* do

seu *ser* e em fuga para o *impessoal*, em que assim como os outros, não precisa se responsabilizar por pensar sobre as coisas que envolvem o HIV.

O ser-casal também reforça o *impessoal* ao *nivelar* o/a companheiro/a que tem HIV com os outros expressando que no *convívio* do casal a sorodiscordância não fez diferença e o/a companheiro/a é uma pessoa sadia, como se não tivesse nada. Este *nivelamento* mostra o empenho do ser-casal em se manter na *aparência* de ser como todos são na convivência *cotidiana*.

O ser-casal se mantém no *impessoal* depois do nascimento do filho ao expressar que após este acontecimento esquece todas as coisas ruins relacionadas ao HIV e aquilo que a infecção pelo vírus representa para o ser-casal perde importância. Com o nascimento do filho, o ser-casal se mantém na *aparência* de viver como *todos* vivem no *mundo público*, sem haver coisas ruins, num *cotidiano* em que está tudo bem.

Ainda na *impessoalidade* o ser-casal pondera que mesmo estando tudo certo como se nada tivesse acontecido e como se a doença não existisse, é preciso ter alguns cuidados em relação ao HIV e a sorodiscordância. Diante desta ponderação, o ser-casal desvela-se na *ambiguidade*.

A *aparência* de tudo ter sido compreendido, quando no fundo não foi, e de não ter sido compreendido, quando no fundo foi, constitui o caráter da *ambiguidade*. No *modo ambíguo de ser*, a *presença* já sempre *parece* estar no caminho certo daquilo que compreendeu *impropriamente* e é nesta *impropriedade* que a *ambiguidade* se mostra traiçoeira, apresentando possibilidades enganosas à *presença* (HEIDEGGER, 2011).

Na *ambiguidade* não interessa que a *presença* percorra este caminho chegando a uma constatação ou realização do que se compreendeu *impropriamente*. Estar na pista deste caminho só interessa à *curiosidade* que tudo conhece e ao *fatalório* que tudo discute, os quais mantêm a *presença* descompromissada com o desfecho da pista que segue e com a compreensão *autêntica* do que conhece e fala (HEIDEGGER, 2011).

Diante destas possibilidades enganosas se reitera o *afastamento* da *presença* do seu *poder-ser* mais próprio, mantendo-a no *impessoal* do *mundo público* e encaminhando-a para a *decadência*. De modo *ambíguo*, a *presença* está sempre por *aí* no mundo sendo *copresença* na *convivência cotidiana*, na qual o *fatalório* e *curiosidade* assumem o que de fato ocorre, em que tudo e, no fundo, nada acontece (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se mostra na *ambiguidade* quando pensa ter compreendido que tem uma vida normal, na qual faz tudo que todo mundo faz, como trabalhar e jogar futebol, e vive como se nada

tivesse acontecido, como se não tivesse a doença. Porém não compreendeu, pois está *ocupado* fazendo coisas que os outros, que não tem HIV, não fazem como ir às consultas e tomar remédio.

Por outro lado, *parece* não ter compreendido que tem uma vida normal ao expressar que assume a posição de esconder sua situação sorológica de todos no *mundo público*. Quando na verdade já compreendeu que não tem uma vida normal como todos os casais que não tem a doença, pois precisa ter cuidados específicos com sua saúde e esconder sua sorologia.

Traíçoeiramente, a *ambiguidade* apresenta possibilidades enganosas mantendo o ser-casal na pista de que tem uma vida normal, como se nada relacionado ao HIV existisse. No fundo, essa pista desvia o ser-casal da compreensão *autêntica* de que sua vida é diferente da vida dos outros *copresentes* na *convivência cotidiana*.

Nesse desvio, o ser-casal permanece na compreensão *imprópria* de que vive normal, *impessoalmente*, como *todo mundo*. E assim, *afastando-se* do seu *poder-ser* mais próprio, o ser-casal se encaminha para o *modo de ser* da *decadência*.

Decadente, o *ser-no-mundo* está empenhando na *convivência cotidiana* ao ser absorvido pela *copresença* dos outros no *impessoal*, em que se desvia do seu *si mesmo* e *decai* no mundo. Não ser *si mesmo*, ou ser *impessoalmente-si-mesmo*, é uma possibilidade da *presença*, sendo este o modo em que na maioria das vezes o *ser* se mantém (HEIDEGGER, 2011).

Manter-se na *decadência* é tentador, pois é neste modo que a *presença* vive o seu *cotidiano* tranquilo e livre de surpresas, mantendo-se *ocupada* com aquilo que está à mão no seu *mundo circundante*. Além disso, na *cotidianidade* o *impessoal* tudo conhece, de tudo sabe falar e tudo compreendeu, reafirmando assim o caráter de tranquilidade da *decadência* (HEIDEGGER, 2011).

Aprisionado em si mesmo, a *presença* está alienada na tranquilidade do *cotidiano*, encobrendo seu *ser* e se *fechando* às possibilidades e à *propriedade* de ser *si mesmo*. No *fechamento*, a *presença* está numa privação da abertura para o seu *poder-ser* mais próprio, em fuga de *si mesmo*. Porém, há de se considerar que a *presença* foge, em especial, daquilo que busca acessar e, com isso, a *presença* só pode fugir de *si mesma* por já ter se colocado diante de *si mesma* (HEIDEGGER, 2011).

O ser-casal se coloca diante de *si mesmo* ao revelar, com o acontecimento da gestação, seu *poder-ser* mais próprio como casal sorodiscordante para o HIV que se reproduz. Com o nascimento do filho, que não foi infectado pelo vírus, o ser-casal mantém encoberto seu *poder-ser* mais próprio, *decaindo* no mundo ao fugir do seu *si mesmo*.

Expressa ter uma vida em que tudo é maravilhoso e na qual está tudo certo, mantendo-se no *impessoal* de ser como *todos* que não convivem com o HIV e que tem filhos saudáveis. Para o ser-

casal, o filho é benção e um sonho realizado, pois diante do esforço e do sofrimento foi possível ter o filho saudável.

Abençoados por Deus por ter esse filho sem a doença com a qual ele convive, o ser-casal desliga do mundo e esquece as coisas ruins que envolveram o vivido da reprodução na situação de sorodiscordância. Coisas ruins como o *medo* da infecção do filho diante do acontecimento da gestação, a *ocupação* em fazer um tratamento exatamente como foi dito para ele fazer, a morte como possibilidade no *cotidiano* de todos e o preconceito que *silencia* o ser-casal no *mundo público*.

Diante disso, o ser-casal se mantém na tranquilidade *cotidiana* proporcionada pela *decadência*, na qual *ocupado* com o que está à mão no *mundo circundante*, está empenhando na *convivência cotidiana* em que *aparenta* ser como *todos* no *mundo público*.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta contra a aids trouxe desafios, especialmente no campo social em que os avanços são mais lentos se comparados ao campo clínico, no qual as pesquisas evoluem a cada nova descoberta apresentando resultados que auxiliam no tratamento à doença. Estes resultados se referem desde os exames com resposta mais rápida para detecção do HIV às combinações de antirretrovirais como a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) com a finalidade de tratamento ou de prevenção, no caso do Tratamento como Forma de Prevenção (TCFP), da PrEP e da PEP.

Diante disso, investigar o vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV assumindo a fenomenologia, teórica e metodologicamente orientada pelo referencial de Martin Heidegger, vai ao encontro da necessidade de avanço no campo social, que traz implicações para a assistência à saúde destes casais. Isto considerando que este referencial permitiu compreender os significados atribuídos pelo casal ao vivido da reprodução e desvelar ontologicamente facetas daquilo que permanece encoberto na dimensão ôntica, revelando aquilo que se mostra relevante para o casal e reflete a carência de avanços dos aspectos sociais no campo assistencial.

O desvelamento dos modos de ser do ser-casal permitiu compreender suas necessidades e demandas reprodutivas. Das quais se destacam as necessidades de resposta menos preconceituosa da sociedade, de reconhecimento do casal como sujeito de cuidado, de ampliação da rede social e de reconhecimento pelo serviço de saúde a cerca da situação de sorodiscordância. As demandas se referem ao planejamento reprodutivo para estes casais, à reprodução humana assistida, aos cuidados durante a gestação e à profilaxia da transmissão vertical do HIV e da infecção do parceiro soronegativo. Ao reconhecê-las é possível qualificar a assistência à saúde reprodutiva vislumbrando que seus direitos sexuais e reprodutivos sejam garantidos.

Ao ser descoberto/reconhecido este casal pode ser assistido mediante a oferta de recursos disponíveis e possíveis para que ele possa vivenciar a reprodução distante do que o torna temeroso e decadente neste vivido. Dentre os recursos, podem ser destacadas a utilização das novas tecnologias de prevenção no planejamento reprodutivo destes casais, como o TCFP, a PrEP, a PEP, ponderando os desafios, disponibilidade e respostas dos casais a estes recursos, de forma a garantir sua eficácia. Isto, porém, exige dos profissionais de saúde um novo posicionamento frente à atenção ao casal sorodiscordante para o HIV.

Observa-se que no campo social o medo por sofrer preconceito, discriminação e estigma constitui um tripé que ainda sustenta o isolamento social e bloqueia as pessoas que vivem com HIV/aids. Este bloqueio é anunciado pelo ser-casal por meio do seu silêncio quanto a sua situação sorológica tanto perante a sociedade quanto perante o serviço de saúde, ao não procurar ajuda para falar, informar-se autenticamente ou planejar-se quanto a suas demandas sejam elas reprodutivas ou de outra natureza.

Empenhado na convivência cotidiana do mundo público, o ser-casal silencia sua situação sorológica para não sofrer preconceito. No seu mundo circundante preserva a si e ao filho não contando ou contando para poucas pessoas sobre a sorodiscordância e, diante disso, se mantém restrito a poucas relações, isolando-se, de modo impróprio no mundo da vida.

Silenciado, o ser-casal esconde sua situação sorológica, esconde suas demandas e necessidades reprodutivas de si, dos outros e dos profissionais de saúde. Assim, esconde de si mesmo o seu poder-ser mais próprio, que é se reconhecer como um casal que na situação de sorodiscordância pode se reproduzir sem se culpar ou ser culpado, sem ser dominado pelo medo da infecção do filho e compreendendo autenticamente o que ele vivencia neste processo. E pelo oposto sendo apoiado, conduzido e orientado para a máxima redução deste risco.

Junto ao desafio já posto de superar o tripé que sustenta o isolamento social das pessoas que vivem com HIV/aids está o da efetivação dos direitos sexuais reprodutivos dos casais que vivem com HIV/aids, sejam soroconcordantes ou sorodiscordantes. Como objeto de estudo desta tese, destaca-se o desafio para efetivação destes direitos, os quais garantem que as demandas e necessidades dos casais sorodiscordantes sejam atendidas.

Frente a isso, ressalta-se que este desafio está em sua aplicabilidade, uma vez que estes direitos e os meios para que o que eles garantem sejam desenvolvidos com segurança já estão incorporados às políticas públicas de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids. Estas norteiam ou deveriam ser os pilares norteadores das ações dos profissionais de saúde garantindo assistência adequada e segura aos casais no processo reprodutivo.

Com políticas públicas e diretrizes que garantam os direitos sexuais e reprodutivos, disponibilizando recursos para exercê-los, e com o atendimento por profissionais de saúde imbuídos destas, o ser-casal tem a possibilidade de conhecer e compreender este contexto para que assim se empodere dos seus direitos. Dessa forma, poderá exercê-los, abrindo-se como ser de possibilidades, ao decidir buscar orientação profissional para realizar o planejamento reprodutivo, para gestar ou não, e evitar que a gravidez ocorra de modo inesperada na sua vida. O fato de que a gestação ocorreu por

meio de relação sexual desprotegida com 81% dos casais que participaram deste estudo denota a relevância desta ação na atenção à saúde reprodutiva do casal sorodiscordante.

Uma vez desvelada a necessidade de que o ser-casal se abra como ser de possibilidades, empoderando-se dos seus direitos para assim os exercer, torna-se imprescindível delinear os caminhos possíveis para que isto ocorra. Dentre eles, acolher o ser-casal no serviço de saúde se mostra um caminho viável, para que ele visualize este como um espaço para buscar informações não de maneira curiosa, mas para compreender, e não com quem se expressa no falatório autoritário de que não se deve engravidar no contexto do HIV/aids, mas com os profissionais de saúde que sendo qualificados para atendê-lo e informá-lo daquilo que podem e como podem realizar neste contexto.

Detendo informações sólidas sobre as questões que envolvem a reprodução na situação de sorodiscordância, o ser-casal tem a possibilidade de sair do modo da ambiguidade e compreender estas questões. Compreendendo, ele pode assumir sua posição como partícipe ativo neste processo, empoderado daquilo que fala, conhece, faz e compreende. E, diante disso, compreendendo estas informações e se libertando da decadência, haverá a possível minimização do temor do ser-casal.

Além do conhecimento construído junto com o profissional de saúde, a existência de espaços para compartilhar vivências e experiências entre os casais em encontros mediados por um profissional de saúde é outro importante caminho para acessar estas informações. Assim, os casais saberão que não estão sozinhos, pois há outros casais sorodiscordantes que vivenciaram, vivenciam ou pensam em vivenciar a reprodução, e se fortalecem juntos para enfrentar as barreiras que alienam e aprisionam o ser-casal no mundo público e impessoal.

Viabilizar o pronunciamento do casal nesta investigação se mostrou como perspectiva de reconhecimento e valorização deste como sujeito que requer ser cuidado enquanto unidade, sendo casal, ao tratar das questões reprodutivas. Sujeito este que, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, é fragmentado neste campo de conhecimento pelo serviço e pelos profissionais de saúde. Esta fragmentação ocorre, principalmente, ao determinar como foco de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança quando se trata de questões reprodutivas, desconsiderando a inclusão do companheiro/pai e a perspectiva do casal.

Ao se desvelar *sendo-com* o outro, na relação entre o casal e com o filho, o ser-casal enfatiza a relevância desta relação ao enfrentar junto o vivido da reprodução. Isto reitera o posicionamento de visualizar o casal como sujeito de cuidado, indicando a necessidade do serviço e do profissional de saúde assumir e fortalecer essa postura na assistência prestada ao ser-casal, pois é junto que eles vivenciam a reprodução e, com isso, também tem suas necessidades de cuidado enquanto casal.

No silêncio, tenta viver normalmente, como se não tivesse a doença, ainda que enfrentando a necessidade de ter que tomar remédios e ir às consultas. Quando o filho, que não foi planejado, nasce e não tem a doença, esta normalidade é reforçada e o ser-casal pode voltar à tranquilidade cotidiana de parecer com todos que não têm HIV e que, ao reproduzirem-se, têm filhos saudáveis.

O ser-casal retoma seu mergulho no mundo público motivado pela necessidade de se manter na *aparência* de não viver nem com HIV nem na situação de sorodiscordância. Isto aponta para a necessidade de uma resposta menos preconceituosa da sociedade ao tratar as pessoas que vivem com HIV e, como objeto deste estudo, os casais sorodiscordantes para o HIV diante do vivido da reprodução.

Esta necessidade revela que a deficiência na garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos na sociedade promove o encobrimento deste casal, fazendo com que ele não possa se assumir enquanto casal sorodiscordante para o HIV que se reproduz. Isto considerando que a sociedade, não reconhecendo seus direitos, alimenta o estigma, o preconceito e a discriminação para com este casal. Compreende-se que para superar este desafio é preciso, em primeiro lugar, políticas públicas que garantam estes direitos aos casais e, em segundo lugar, que estas sejam cumpridas.

Esta resposta menos ou não pré-julgadora possibilitaria que o ser-casal ampliasse suas relações ao se revelar como ele mesmo é, saindo então do modo de mostrar-se na aparência de ser como todos são. Ampliando suas relações, o ser-casal pode ampliar também sua rede de apoio para enfrentar as dificuldades no vivido da reprodução.

Aponta-se como possibilidade de superação do preconceito e da discriminação o desenvolvimento de ações que possibilitem romper com os conceitos que julgam e condenam condutas e que associam o diagnóstico do HIV/aids à juízos de valor e à morte. Romper com estes pré-conceitos abre a possibilidade de reconstrução da circunvisão da sociedade acerca desta temática e de seus desdobramentos, como visualizar a relação de conjugalidade entre pessoas sorologicamente diferentes e a reprodução deste casal como uma possibilidade.

Nesta investigação foi possível desvelar que o ser-casal se mantém permanentemente em fuga do seu poder-ser mais próprio – que é ser um casal sorodiscordante para o HIV e que se reproduz. O ser-casal se mostra no movimento de ser imprópriamente-si-mesmo suprimido pelo impessoal do mundo público em que todos falam que ele não pode ter filho. Diante disso, ao se deparar com a facticidade da gestação teme pela infecção do filho, se ocupa com o tratamento, silencia sua situação sorológica e decai no mundo empenhado na convivência para parecer como todos que não convivem

com o HIV nem na situação de sorodiscordância e nem na exposição do filho à infecção pelo vírus. Assim, o ser-casal se mantém num constante movimento de inautenticidade.

A partir do vivido da reprodução do ser-casal, como subsídio para oferecer visibilidade deste aos profissionais de saúde inseridos nos diferentes cenários como ensino, pesquisa, extensão e gestão e à equipe multiprofissional que pode e deve atender às suas necessidades e demandas, entende-se relevante e necessário demarcar recomendações, que se constituem como possibilidades para o cuidado em enfermagem e na saúde reprodutiva do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV.

Reflete-se que a postura e atuação dos profissionais de saúde, por vezes, ainda são permeadas por pré-concepções no que se refere às questões reprodutivas no contexto do HIV/aids. Podem ser observados posicionamentos desfavoráveis e favoráveis, porém ambos, carecem de aprofundamento acerca da temática para apresentar soluções específicas pautadas nas situações singulares de cada casal, ou seja, em suas necessidades e demandas.

Isto denota a necessidade de estratégias, que partam também da gestão, que possibilitem as estes profissionais desenvolver o discernimento capaz de ampliar o seu olhar em direção à atenção a estes casais. De maneira que, ao partir das questões sociais e existenciais, o profissional possa traçar sua conduta clínica considerando as necessidades e demandas de cada casal.

Valorizar as questões pessoais, sociais e existenciais nas oportunidades em que a pessoa acessa o serviço de saúde permitirá ao profissional tomar conhecimento de informações que implicam na sua saúde, favorecendo as estratégias de cuidado que serão elaboradas com e para esta pessoa. Isto contempla a necessidade de ser questionado sobre os relacionamentos afetivo-sexuais, as relações de conjugalidade, a sorologia do parceiro, as demandas reprodutivas, os recursos utilizados para a prevenção da infecção pelo HIV do parceiro soronegativo, os métodos anticoncepcionais, dentre inúmeros outros questionamentos que podem e devem ser realizados.

Diante disso, esta investigação já proporcionou sua primeira contribuição, ainda tímida, para a melhoria da atenção à saúde dos casais sorodiscordantes. Isto em função de que durante a etapa de campo foi necessário buscar por estes casais, que eram desconhecidos pelo serviço e pelos profissionais de saúde, e nesta busca alguns profissionais, infectologista e médicos residentes em infectologia, auxiliaram a pesquisadora a identificá-los durante a consulta médica.

A informação correspondente à identificação dos casais foi registrada no prontuário do/a companheiro/a que vive com HIV e faz o acompanhamento de saúde no cenário no qual a investigação foi desenvolvida. Esta conduta de identificação e registro dos casais sorodiscordantes compreende-se como um importante passo no início da caminhada de reconhecimento destes como sujeito de cuidado,

pois é a partir da sua des-coberta no serviço que as ações de cuidado em saúde e no campo reprodutivo podem ser planejadas.

O reconhecimento desta problemática pelos gestores como emergente na atenção à saúde reprodutiva e o aprofundamento do profissional de saúde nestas questões permitirá que, ao ampliar seu olhar, ele reconheça os direitos sexuais e reprodutivos dessa população. Dessa forma, incluirá no seu plano de cuidados os recursos e estratégias necessárias para garantir este direito ao casal e proporcionar a ele meios seguros para exercê-los, que contemplem uma vida sexual saudável e o planejamento reprodutivo, seja com vistas à concepção ou à anticoncepção.

Frente ao exposto, a análise compreensiva do vivido da reprodução do ser-casal sorodiscordante para o HIV sustenta a tese de que a visibilidade desse casal pelos profissionais dos serviços de saúde, bem como a compreensão da expressão significativa, subjetiva e singular implicada na humanização do processo assistencial, poderá contribuir e permitir o planejamento e a implementação de um cuidado direcionado às suas necessidades e demandas no campo reprodutivo.

8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). Casais sorodiscordantes: dicas para uma vida saudável, segura e feliz. Rio de Janeiro, 2004.

BAETEN, J. M.; DONNELL, D.; NDASE, P.; MUGO, N. R.; CAMPBELL, J. D.; WANGISI, J. *et al.* Antiretroviral Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med.*, v. 367, n. 5, p. 399–410, 2012.

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

BARREIRO, P. *et al.* Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, v. 43, n. 3, p. 324–326, 2006.

BECKERMAN, N.L. Serodiscordant Couples in the Age of Combination Therapies. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, v. 1, n. 3, p. 67-80, 2002.

BERQUÓ, M. A. E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: ABEP/UNFPA. Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. Campinas. 2009. 356 p.

BONNENFANT, Y.; HINDIN, M.J.; GILLESPIE, D. HIV diagnosis and fertility intentions among couple VCT clients in Ethiopia. *AIDS Care*, v. 24, n. 11, p. 1407-1415, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 – Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: 1996.

_____, Ministério da Saúde. Legislação sobre DST e AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde / 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde (DF), 2008a.

_____, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Parcerias e Mobilização Social; n.6. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

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

_____, Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008 Suplemento III - Tratamento e prevenção. Brasília – DF, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

_____, Ministério da Saúde. Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em: 28 de mai. 2012.

_____, Ministério da Saúde. Recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids no Brasil. Versão Preliminar. Brasília – DF, 2012a.

_____, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2012b.

_____, História da aids. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST- julho de 2013 a junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR). Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – versão preliminar. Brasília: SAE/PR, 2014a.

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

CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C.S.; JÚNIOR, I. F.; AYRES, J. R. C. M. O conceito da vulnerabilidade. In: PADOIN, S. M. M. *et al.* Experiências Interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Ed. Da UFSM, 2006. 424 p.

CARVALHO, A. S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2a ed. Rio de Janeiro: Agir; 1987.

CARVALHO, M.D.B.;VALLE, E.R.M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. Acta Scientiarum, Maringá, v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002.

CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes / Motherhood in the context of HIV infection: a study concerning the feelings of pregnant women. Interação psicol, v. 10, n. 2, p. 345-355, jul.-dez. 2006.

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

CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. 3. ed. Londrina: UEL, 1996. 133 p.

CHU, M.C. et al. Assessing the treatment efficacy of IVF with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus-1 (HIV-1) serodiscordant couples. Reproductive BioMedicine, v. 10, n. 1, p. 130-134, 2005.

COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; MCCAULEY, M.; GAMBLE, T.; HOSSEINIPOUR, M.C.; KUMARASAMY, N. *et al.* Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. Massachusetts: N Engl J Med. v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores.* In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). *Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva.* Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

ENGLERT, Y. et al. ART in HIV-infected couples: Has the time come for a change of attitude? Human Reproduction, v. 16, n. 7, p. 1309-1315, 2001.

ENCONTRO NACIONAL DE ONG QUE TRABALHAM COM AIDS (ENONG). Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. Porto Alegre (RS): 1989. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/direitos-fundamentais>. Acesso em: 14 mai. 2015.

ERHABOR, O.; AKANI, C.I.; EYINDAH, C.E. Reproductive health options among HIV-infected persons in the low-income Niger Delta of Nigeria. HIV/AIDS - Research and Palliative Care, n. 4, p. 29-35, 2012.

EZEANOCHIE, M. et al. Fertility preferences, condom use, and concerns among HIV-positive women in serodiscordant relationships in the era of antiretroviral therapy. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 107, p. 97-98, 2009.

FERNANDES, N. M. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ. 2013. 255 p. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica) - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FRIEDMAN, R.K. Escolhas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS coorte do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ, 1996 – 2004”. 2006. 159 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Resumo do Programa de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – tradução não oficial do documento “*Summary of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*”. United Nations, New York, 1995.

- GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000. 256 p.
- GALVÃO, J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. 30p.
- GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MACHADO, J.M. (a). Avaliação da qualidade de vida de mulheres HIV/Aids através do HAT - QoL. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 430-437, 2004.
- GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MACHADO, J.M. (b). Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. Revista de Saúde Pública, v. 38, n 2, p. 194-200, 2004.
- GINGELMAIER, A. et al. Consultations of HIV-infected women who wish to become pregnant. Arch Gynecol Obstet, v. 283, p. 893–898, 2011.
- GONÇALVEZ, T.R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. Psicologia & Sociedade, v. 21, n. 2, p. 223-232, 2009.
- GOSSELIN J; SAUER M. Life after hiv: examination of hiv serodiscordant couples' desire to conceive through assisted reproduction. AIDS & Behavior, v.15, n.2, p. 469- 478, 2011.
- HEARD, I. et al. Contraceptive Use in HIV-Positive Women. J Acquir Immune Defic Syndr, v. 36, n. 2, p. 714-720, 2004.
- HEIDEGGER, M. Todos nós... ninguém. São Paulo: Moraes; 1981.
- HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 5ª ed. São Paulo (SP): Vozes, 2011. 600 p.
- INGRAM, D.; HUTCHINSON, S.A. Defensive mothering in HIV-positive mothers. Qualitative Health Research, v. 9, n. 2, p. 243-258, 1999.
- INWOOD, M. Dicionário Heidegger. Tradução, HOLANDA, L. B.; Revisão técnica, SCHUBACK, M. S. C. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2002. 239 p.
- IRVINE, C.; EGAN, K. J.; SHUBBER, Z. *et al.* Efficacy of HIV Postexposure Prophylaxis: Systematic Review and Meta-analysis of Nonhuman Primate Studies. Clin Infect Dis., v. 60, n. Suppl 3, p. 165-169, 2015.
- KLEIN, J. et al. Understanding the motivations, concerns, and desires of human immunodeficiency virus 1–serodiscordant couples wishing to have children through assisted reproduction. Obstetrics & Gynecology, v. 101, n. 5, p. 987–994, 2003.
- LANGENDORF, T.F. O cotidiano de cuidado das mulheres que têm HIV/aids na adesão ao tratamento profilático da transmissão vertical do HIV. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

LANGENDORF, T.F. et al. Gestantes que tem HIV/aids no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. R. pesq.: cuid. fundam. Online, v. 3, n. 3, p. 2109-2125, jul./set. 2011a.

LANGENDORF, T. F. et al. Rede de apoio de mulheres que têm HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical. DST - J bras Doenças Sex Transm., v. 23, n. 1, p. 16-22, Jun 2011b.

LANGENDORF, T. F. et al. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV: revisão integrativa. Cogitare Enferm., v, 17, n. 4, p. 758-766, 2012.

LANGENDORF, T. F. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: compreensão do vivido do ser-casal e possibilidades de cuidado. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, 2012.

LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. *et al.* Cotidiano do ser-casal: significados da profilaxia da transmissão vertical do HIV e possibilidades assistenciais. Esc. Anna Nery, v.19, n.2, p. 259-264, 2015. Acesso em: 06 out. 2015a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200259&script=sci_arttext&tlng=pt.

LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. *et al.* Revealing the relationship of couples facing prophylaxis of vertical transmission of HIV. Invest Educ Enferm., v. 33, n. 3, p. 539-546, 2015b. Acesso em 06 out. 2015. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/24463/19998>.

LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. *et al.* Compreensão do vivido do ser-casal diante da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Aceito para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem, número especial sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2015.

MACHADO, A.S.; JUNIOR, R.K.C. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4865-4873, 2011.

MAKSUD, I. Casais com sorologias distintas para o HIV: questões iniciais para debate. In: Maksud I; Terto JR, V; Pimenta MC; Parker R (Orgs.). Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2002.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. Physis, v.19, n.2, p. 349-369, 2009.

MAKSUD, I; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. Rev. Bras. Epidemiol., v. 18, n. supl 1, p.104-119, 2015.

MANDELBROT, L. et al. Natural conception in HIV-positive women with HIV infected partners. The Lancet, v. 349, n. 905, p. 850-851, 1997.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. A AIDS no mundo. Organizadores da edição brasileira: PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSO, J. S. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1993. 321 p.

- MATTHEWS, L.T. et al. Reproductive counseling by clinic healthcare workers in Durban, South Africa: perspectives from HIV-infected men and women reporting serodiscordant partners. *Infect Dis Obstet Gynecol.* v. 2012, p. 1-9, 2012.
- MATTHEWS, L.T.; CRANKSHAW, T.; GIDDY, J. *et al.* Reproductive decision-making and periconception practices among HIV-positive men and women attending HIV services in Durban, South Africa. *AIDS Behav.* v.17, n.2, p. 461- 470, 2013.
- MCDONALD, K. ‘The old-fashioned way’: conception and sex in serodiscordant relationships after ART. *Culture, Health & Sexuality*, v. 13, n. 10, p. 1119–1133, 2011.
- MELO, M. G. et al. Sexual Transmission of HIV-1 among serodiscordant couples in Porto Alegre, Southern Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 35, n. 11, p. 912-915, 2008.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MIRANDA, A.A. Aids e cidadania: avanços na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Direitos Humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- MOLINA, I. et al. Assisted reproductive technology and obstetric outcome in couples when the male partner has a chronic viral disease. *Int J Fertil Steril.*, v. 7, n. 4, p. 291-300, 2014.
- MOREIRA, D.A. *O método fenomenológico na Pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002. 152p.
- MUGO, N.R. et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. *AIDS*, v. 25, p. 1887–1895, 2011.
- MUGO, N.R. et al. Pregnancy Incidence and Outcomes Among Women Receiving Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention. *JAMA*. v. 312, n. 4, p. 362-371, 2014.
- NACIONES UNIDAS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf Acesso em: 22 nov. 2014.
- NEGRÃO, T. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, ainda uma pauta. In: BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR). Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – versão preliminar*. Brasília: SAE/PR, 2014.
- NGURE, J. et al. Contraceptive method and pregnancy incidence among women in HIV-1-serodiscordant partnerships. *AIDS*, v. 26, n. 4, p. 513–518, 2012.

NGURE, J.; BAETEN, J. M.; MUGO, N. et al. My intention was a child but I was very afraid: fertility intentions and HIV risk perceptions among HIV-serodiscordant couples experiencing pregnancy in Kenya. *AIDS Care*, v.26, n.10, p.1283-1287, 2014.

OHL, J. et al. Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience. *Human Reproduction*, v. 18, n. 6, p. 1244-1249, 2003.

OHL, J. et al. Encouraging results despite complexity of multidisciplinary care of HIV-infected women using assisted reproduction techniques. *Human Reproduction*, v. 20, n. 11, p. 3136-3140, 2005.

OLIVEIRA, L.L.; NEGRA, M.D.; MARTINS, M.C.F.N. Projetos de Vida de Adultos Jovens Portadores de HIV por Transmissão Vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de Infectologia. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 21, n. 4, p.928-939, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Carta das Nações Unidas e Estatuto da Corte Internacional de Justiça. São Francisco, 1945. Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/CartadaONU_VersoInternet.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.

_____, Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____, II Conferência Mundial de Direitos Humanos. Viena, 1993. Disponível em: <http://www.cedin.com.br/wp-content/uploads/2014/05/Declara%C3%A7%C3%A3o-e-Programa-de-A%C3%A7%C3%A3o-de-Viena-Confer%C3%Aancia-Mundial-sobre-DH.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____, Relatório da III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____, Relatório da IV Conferência Mundial sobre a mulher. Beijing, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____, *Cinco años después del Cairo - América Latina y el Caribe: logros y desafíos en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Santiago del Chile: Naciones Unidas, 1999. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3221/S9900004_es.pdf?sequence=1 Acesso em: 17 out. 2015.

_____, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2000. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____, Declaração do Milênio. New York, 2000. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.

_____, *ICPD at Ten – The world reaffirms Cairo*. New York, 2005. Disponível em: <http://www.cnpd.gov.br/wp-content/uploads/+10-oficial.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

_____, *Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014 – Report of the Secretary-General*. New York, 2014. Disponível em: http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/93632_unfpa_eng_web.pdf. Acesso em: 18 out. 2015.

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

PADOIN, S.M.M. SOUZA, I.E.O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. *Texto & Contexto Enferm.* v. 17, n. 3 p. 510-518, 2008.

PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O; PAULA, C.C. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 77-83, mar 2010.

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

PADOIN; LANGENDORF; PAULA *et al.* Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. Aceito para publicação na *Revista Brasileira de Enfermagem* no n. 2 de 2016.

PAIVA et al. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicol. USP*, São Paulo, v.13, n.2, 2002.

PAIVA, V. et al. Desire to Have Children: Gender and Reproductive Rights of Men and Women Living with HIV: A Challenge to Health Care in Brazil. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, v. 21, n. 4, p. 268-277, 2007.

PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1994. 360 p.

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

PAULA, C.C.; CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.O. O (não)dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n. 4, p. 658-664, jul-ago 2011.

PAULA, C.C.; CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.O.; PADOIN, S.M.M. Movimento analítico Hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em Enfermagem. *Acta Paul Enferm*, v. 25, n. 5, 2012.

PEÑA, J.E.; THORNTON, M.H.; SAUER, M.V. Assessing the clinical utility of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus type 1 serodiscordant couples: report of 113 consecutive cycles. *Fertility and Sterility*, v. 80, n. 2, p. 356-362, 2003.

POLEJACK, L.; COSTA, L. F. Aids e Conjugalidade: o desafio de con(viver). *Impulso*, n. 32, p. 131-140, 2002.

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

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS / VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA). Direitos Humanos, Saúde e HIV – Guia de ações para combater a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. 2007.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS / VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA). A ONU e a resposta à aids no Brasil. Brasília: UNAIDS Brasil, 2010.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS / VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA). Plano global para eliminar novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas. Brasília: UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2011.

QUEIROZ, P. *et al.* Obtenção de gametas seguros por meio de associação de técnicas de processamento seminal para casais sorodiscordantes para HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 30, n. 4, p. 171-176, 2008.

RAHANGDALE, L. *et al.* Provider Attitudes toward Discussing Fertility Intentions with HIV-Infected Women and Serodiscordant Couples in the USA. *J AIDS Clin Res.*, v. 5, n. 6, p. 01-13, 2014.

RÉE, J. História e Verdade em Ser e Tempo. Tradução de José Oscar de Almeida Marques, Karen Volobuef. São Paulo: Ed. UNESP, 2000. 64 p.

REIS, R. K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV/Aids na manutenção do sexo seguro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 32-37, 2005.

REIS, R. K.; NEVES, L. A. S.; GIR, E. Desejo de ter filhos e planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. *Ciênc. cuid. saúde*; v.12, n.2, p. 210- 218, 2013.

ROSSI, A. S. Planejamento da reprodução entre casais sorodiscordantes. In: FRANCH, M.; PERUSSI, A.; ARAUJO, F., SILVA, L. (Orgs.). **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Manufatura, 2010. p. 73-86.

SANT'ANNA, A.C.C.; SEIDL, E.M.F.; GALINKIN, A.L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. *Estudos de Psicologia*. v. 25, n. 1, p. 101-109, 2008.

SANTOS, A. E. A. et al. Sexual e Reprodutiva: direitos e desafios em um mundo multicultural. In: Simulação das Nações Unidas para Secundaristas (SINUS) – Liberdade Identitária como Direito Fundamental, 2011 – 10^a ed. Disponível em: <<http://www.sinus.org.br/2011/press/downloads/oms.pdf>> Acesso em 24 nov. 2014.

SANTOS, S.F.F.; JUNIOR, J.P.B. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 299-310, abr./jun. 2010.

- SAUER, M.V. et al. Providing fertility care to men seropositive for human immunodeficiency virus: reviewing 10 years of experience and 420 consecutive cycles of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, v. 91, n. 6, p. 2455-2460, 2009.
- SCHWARTZ, S.R. et al. Implementation of a safer conception service for HIV-affected couples in South Africa. *AIDS*, v. 28, n. Suppl 3, p. S277–S285, 2014.
- SEMPRINI, A. et al. Insemination of HIV-negative with processed semen of HIV positive partners. *The Lancet*, v. 340, n. 8831, p. 1317-1319, 1992.
- SEMPRINI, A.; FIORE, S.; PARDI, G. Reproductive counselling for discordant couples. *The Lancet*, v. 349, n. 9062, p. 1401-1402, 1997.
- SILVA, A. M. S.; JUNIOR, K. R. C. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4865-4873, 2011
- SILVA, C.L.C. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. Sup. 2, p. 129-139, 1998.
- SILVA, J. M. O. LOPES, R. L. M. DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, 2008.
- SILVA, N.E.K.; ALVARENGA, A.T.; AYRES, J.R.C.M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 3, p. 474-481, 2006.
- STEPHENSON, R. et al. A Randomized Controlled Trial to Promote Long-Term Contraceptive Use Among HIV-Serodiscordant and Concordant Positive Couples in Zambia. *Journal of women's health*, v. 20, n. 4, p. 567-574, 2011.
- TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto contexto-enferm.* v. 15, n. 4, p. 672-678, 2006.
- UNITED NATIONS (UN). Reporto f the world conference of the international women's year. Mexico City, 19 june – 2 july 1975. New York, 1976.
- VENTURA, M. Direitos Reprodutivos do Brasil. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. 3 ed. Brasília – DF, 2009. 292 p.
- VERNAZZA, P.L. et al. HIV-discordant couples and parenthood: How are we dealing with the risk of transmission? *AIDS*, v. 20, n. 4, p. 635-636, 2006.
- WERE, E.O. et al. Pre-exposure prophylaxis does not affect the fertility of HIV-1- ninfected men. *AIDS*, v. 28, n. 13, p. 1977–1982, 2014.

ANEXO

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O vivido da reprodução do casal sorodiscordante para o HIV: possibilidades para o cuidado de enfermagem

Pesquisador: Tassiane Ferreira Langendorf

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19333413.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 367.670

Data da Relatoria: 13/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese de doutorado vinculado ao curso de doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e ao Departamento de Enfermagem da UFSM.

Há a referência a estudos que indicam que a esfera da sexualidade é afetada pela epidemia do HIV/AIDS, uma vez que a infecção se configura como um fator que agrega risco às relações sexuais, o que expõe a (im)possibilidade na ocorrência e manutenção das relações afetivas de parceiros/as sexuais. A ameaça pode abalar a segurança e a estabilidade dos relacionamentos, principalmente quando a solicitação do uso de preservativos está em pauta. A epidemia aids adquiriu o caráter de doença crônica, com aumento considerável da expectativa de vida das pessoas infectadas. Em meio a cronicidade da doença e a longevidade das pessoas que têm HIV/aids, surgem outras necessidades dessa população, como as demandas reprodutivas e o direito ao exercício da paternidade e da maternidade. Quanto a possibilidade de o casal sorodiscordante exercer seu direito reprodutivo e gestar, pensava-se de imediato nos serviços de reprodução assistida como única possibilidade para atender essa necessidade. Em contra partida, a política nacional de HIV/aids já recomenda outras estratégias de fácil acesso para a concepção da gestação entre os casais sorodiscordantes com a utilização de tecnologias leves para

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 367.670

reprodução como planejamento reprodutivo, autoinseminação e profilaxia pré ou pós-exposição sexual da/a parceira/o negativo. O presente estudo justifica-se pelas necessidades de resposta às demandas de gestantes e mulheres que têm HIV no período gravídico puerperal, bem como seus parceiros e famílias. Estudo qualitativo de natureza fenomenológica, fundamentada no referencial teórico, filosófico e metodológico de Martin Heidegger. Terá como cenário o ambulatório de infectologia adulto, pré-natal e puericultura do Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil. Participantes da investigação serão casais sorodiscordantes para o HIV que fazem o acompanhamento de saúde nos referidos ambulatórios.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar o sentido do casal sorodiscordante para o HIV no vivido da reprodução.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a conversa durante a entrevista pode envolver os sentimentos dos entrevistados, ao lembrar e falar do que já vivenciaram ao pensar e em seu filho. Quando for preciso atender alguma necessidade, decorrente dessa conversa, a equipe do serviço, a partir de um comunicado, será procurada para ajudar.

Benefícios: Os benefícios provenientes da pesquisa serão indiretos aos sujeitos, por meio da assistência prestada pelos profissionais ao terem a possibilidade de incorporar em sua prática as demandas expressas por essa população para o atendimento de suas necessidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se presente projeto relevante, estando adequado em termos estruturais de coerência e pertinência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto encontra-se apto a ser desenvolvido.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 367.670

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 21 de Agosto de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO 2: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - EMENDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O vivido da reprodução do casal sorodiscordante para o HIV: possibilidades para o cuidado de enfermagem

Pesquisador: Tassiane Ferreira Langendorf

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19333413.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 494.011

Data da Relatoria: 19/11/2013

Apresentação do Projeto:

Emenda ao Projeto que apresenta número do parecer 367.670; com data de relatoria em 13/08/2013. Refere-se um projeto de tese de doutorado vinculado ao curso de doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e ao Departamento de Enfermagem da UFSM.

O presente estudo apresenta justificativa pelas necessidades de resposta às demandas de gestantes e mulheres que têm HIV no período gravídico puerperal, bem como seus parceiros e famílias. É um estudo qualitativo de natureza fenomenológica, fundamentada no referencial teórico, filosófico e metodológico de Martin Heidegger. Apresenta como participantes da investigação casais sorodiscordantes para o HIV que fazem o acompanhamento de saúde nos ambulatórios, como o ambulatório de infectologia adulto, pré-natal e puericultura do Hospital Universitário de Santa Maria/RS, Brasil. Sendo agora ampliado o cenário do estudo com os seguintes setores: Unidade Dispensadoras de Medicamentos - Farmácia da DI e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH do HUSM. Percebeu-se a necessidade de ampliação para obter número suficiente de participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar o sentido do casal sorodiscordante para o HIV no vivido da reprodução.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 494.011

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a conversa durante a entrevista pode envolver os sentimentos dos entrevistados, ao lembrar e falar do que já vivenciaram ao pensar e em seu filho. Quando for preciso atender alguma necessidade, decorrente dessa conversa, a equipe do serviço, a partir de um comunicado, será procurada para ajudar. Benefícios: Os benefícios provenientes da pesquisa serão indiretos aos sujeitos, por meio da assistência prestada pelos profissionais ao terem a possibilidade de incorporar em sua prática as demandas expressas por essa população para o atendimento de suas necessidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se presente projeto relevante, estando adequado em termos estruturais de coerência e pertinência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios, e as novas autorizações dos setores a serem incluídos no estudo e documento de justificativa de emenda apresentada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se que o presente projeto está adequado para iniciar etapa de coleta de dados nos serviços incluídos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 494.011

SANTA MARIA, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE

APÊNDICE 1: QUADRO DE ANÁLISE

Unidades Significação (US)	DEPOIMENTOS	ÔNTICO (SIGNIFICADOS)	ONTOLÓGICO (SENTIDOS)
1	<p>A M1 que tomou todas as iniciativas, ela que disse que queria ter [...] No começo eu não queria porque eu... na verdade eu acho que o preconceito maior sempre foi meu, e chegou um ponto que ela pediu, pediu, pediu e eu fui buscar ajuda médica [...] Mas...aí era uma questão de querer e aconteceu. [...] Mas tem que querer, não adianta, tem que ter muita vontade. A M1 teve muita vontade de ter o B1, ela quis ter o B1, ela realizou cada minuto da vinda dele, tudo foi muito tranquilo, tudo, tudo. (H1)</p> <p>Agora eu vou ter! Agora vai ser! [...] tu vai naquele nervosismo, talvez por isso não tenha dado certo duas vezes... mas depois na terceira deu [...] na hora a gente não pensa nesse tipo de coisa né. Aí depois que veio a... tá, agora vamos tentar, vamos ver as possibilidades [...] depois de um ano né? Eu acho, daí eu disse “bah [nome do médico], filho nem pensar né? E ele disse “por que não?” como é que eu vou ter filho com ele né? É impossível..daí o médico: “não, tem possibilidade” (M1)</p> <p>A gente já nem esperava né? Mas quando aconteceu, quando a M2 soube ela estava grávida já (H2)</p> <p>É que eu tomava remédio, eu não imagina que eu ia engravidar, né? (M2)</p> <p>quando eu perdi eu queria muito esse filho né [...] A gente já tem outros filhos, tenho os meus né [...] a gente sonhou em ter antes de tudo isso acontecer, a gente planejou ter a criança antes de tudo isso acontecer. Eu não creio que tenha uma, uma coisa que seja mais forte que a vontade de ser mãe... Por mais que eu tenha meus outros filhos a gente queria ter um filho nosso (M3)</p> <p>a gente se planejou nos nove meses, depois que ela ficou</p>	engravidar foi um acontecimento inesperado, em que querendo ou não a gravidez aconteceu	<p>Espacialidade</p> <p>Circunvisão</p> <p>manualidade</p> <p>ocupação</p> <p>facticidade</p>

	<p>grávida, que ela me avisou né, que tava grávida (H3)</p> <p>A gente não planejou (M4) a gente tinha planejado primeiro daí ela acabou tendo aquela pré-eclampsia daí deu seis meses de gravidez, perdeu. Aí demos um tempo e aconteceu (H4)</p> <p>Foi na relação sexual, estourou o preservativo e ela engravidou. Depois a gente ficou sabendo que ela tinha engravidado [...] a gente se cuidava um horror [...] Tanto é que eu comentei com ela [M5] quando eu conheci ela, digo “ Ó, filho já era, a gente pode só com preservativo” (H5)</p> <p>É a gente se cuidava bastante [...] só que a gente não viu, tanto que eu descobri minha gravidez eu tava com quase 3 meses de gravidez e eu fiquei apavorada [...] Eu sabia que ele tinha [HIV], só que eu nunca imaginei que eu ia engravidar, que nós ia ter um filho juntos (M5)</p> <p>E a gente descobriu que eu tava grávida com 3 meses de gravidez [...] Eu queria ter um filho, mas não queria ter nessas circunstâncias [...] o meu [teste para o HIV] deu negativo, que eu já vivia junto com ele e o dele deu positivo... Daí a enfermeira que deu o resultado pra nós disse pra nós que o dele podia ser falso negativo [...] daí eu entrei na onda do falso negativo e fiquei grávida (M6)</p> <p>Que a gente tava também querendo engravidar daí foi, foi começou a ideia de ir fazer [o teste para o HIV] [...] eu até que não queria, na verdade não queria... Mas ela disse “não, é falso, e coisa, e eu não tenho, e coisa e tal” então [...] eu nunca quis ter filho [...] o primeiro foi roubado e o segundo foi [também]... E mesmo que, aí já tinha no caso o meu resultado positivo [...] mas a M6 queria muito, queria ter esse filho então acabamos tendo (H6)</p> <p>Eu não sabia que ela tinha, se eu soubesse é claro que eu ia me</p>		
--	--	--	--

	<p>prevenir [...] aí eu já ia me prevenir, me cuidava pra nem engravidar (H7)</p> <p>Eu engravidei né, daí tive que contar [para o H7 sobre o HIV] (M7)</p> <p>A princípio a gente não tinha programado [...] veio assim num momento que a gente não esperava [...] a gente queria ter um filho, a gente tava em concordância [...] a gente vinha tentando e não tava conseguindo, aí ela veio sem a gente... Inesperado (H8)</p> <p>eu estava tentando engravidar há 6 anos, aí tanto que eu insisti, insistia, não conseguia aí foi, foi um dia que eu desisti e quando eu desisti, daí eu fui fazer exame e descobri que tava grávida (M8)</p> <p>É, foi uma surpresa assim, a gente não.... Não esperava e também não queria [...] Já tinha considerado uma vitória a M9 tá bem, tudo certinho, [...] tu pensar, passar por tudo de novo (H9)</p> <p>Pra mim foi um susto também, eu vou ser bem sincera, eu não esperava e no momento eu não queria [...] eu olhei o teste da farmácia e eu fiquei assim “Ah eu não acredito” sabe, porque eu não queria sabe, não era pra agora (M9)</p> <p>Ah não foi planejado né, tanto que quando a M10 tava grávida tava com 2 pra 3 meses já né M10 [...] Até a gente não queria mais, tenho três filhos, não queria mais, a M10 também, já tem dois [...] mas aconteceu, fazer o que né [...] tem que esparramar as crianças, tipo, ele fica com a vó dele, os da F10 ficam com a vó deles (H10)</p> <p>É acho que com quase 3 meses [quando descobriu a gestação] [...] Eu também não [quero ter mais filhos] (M10)</p> <p>Esse não, esse não foi planejado... Os outros foram, mas esse não [...] Esse não foi planejado, porque eu tava tomando anticoncepcional e tava vindo [a menstruação] [...] ele não queria mais [filhos]... Sabe, até eu não queria mais [...] os</p>		
--	---	--	--

	<p>remédios, tem que tomar direitinho [...] As crianças [...] Porque ele trabalha daí eu tenho que correr pra tudo [...] Daí fica difícil pra mim (M11)</p> <p>Foi problema dos comprimidos [por isso engravidou] [...] Daí vinha um monte de sangue, a gente achava que ela tava menstruando [...] [não queria ter mais filhos] até pelos riscos, pelo risco de vida que ela tem, problemas, assim, tudo afeta [...] Remédios, tudo né, É o stress, hospital, tudo [...] As crianças, tem que tá correndo com eles pra cima e pra baixo (H11)</p>		
--	--	--	--

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COORDENAÇÃO GERAL DA PÓS - GRADUAÇÃO E PESQUISA	
PESQUISA:	O vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV: possibilidades para o cuidado de enfermagem
PESQUISADORA:	Enf. Ms. Tassiane Ferreira Langendorf

- Vocês estão sendo convidados para participar, como voluntários, em uma pesquisa. Vocês podem decidir se querem participar ou não. Leia cuidadosamente o que se segue e perguntem ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que vocês tiverem. Após serem esclarecidos sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinem ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é de vocês e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa vocês não serão penalizados de forma alguma.
- o objetivo deste estudo é compreender o que significou para vocês, sendo sorodiscordantes para o HIV, ter este filho, desde o momento em que pensaram sobre isso.
- se vocês permitirem, a conversa será gravada, gravador digital, para que a pesquisadora possa oferecer para vocês maior atenção, não tendo que anotar tudo que for dito. As falas serão digitadas (transcritas) e as gravações digitais serão guardadas por 5 anos e depois destruídas, por determinação das normas de pesquisa. Somente a pesquisadora do estudo e sua orientadora terão acesso às gravações.
- Riscos: a conversa pode envolver nossos sentimentos, ao lembrar e falar do que já vivenciamos ao pensar e em ter nosso filho. Quando for preciso atender alguma necessidade, decorrente dessa conversa, a equipe do serviço, a partir de um comunicado, será procurada para ajudar;
- Benefícios: ao fim desta pesquisa, os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender as demandas de cuidado do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV diante do significado do vivido da reprodução, o que permitirá um melhor atendimento às suas necessidades;
- na divulgação desses resultados, os nomes de vocês não aparecerão: receberão um codinome de sua preferência. Ninguém poderá descobrir quem são vocês, suas identidades ficarão protegidas;
- se vocês tiverem dúvidas sobre este estudo, poderão telefonar a cobrar para Tassiane Ferreira Langendorf (55)99954956.

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

Assinatura dos depoentes: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Tassiane Ferreira Langendorf

APÊNDICE 3: ARTIGOS SELECIONADOS NAS REVISÕES 1 E 2 QUE COMPUSERAM O ITEM 2.3.2 DO SOLO DE TRADIÇÃO

Artigos que compuseram o corpus das revisões 1 e 2	
Referência	Revisão em que foi selecionado
BARREIRO, P. et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. <i>Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> , v. 43, n. 3, p. 324–326, 2006.	Revisão 1
BECKERMAN, N.L. Serodiscordant Couples in the Age of Combination Therapies. <i>Journal of HIV/AIDS & Social Services</i> , v. 1, n. 3, p. 67-80, 2002.	Revisão 1
BONNENFANT, Y.; HINDIN, M.J.; GILLESPIE, D. HIV diagnosis and fertility intentions among couple VCT clients in Ethiopia. <i>AIDS Care</i> , v. 24, n. 11, p. 1407-1415, 2012.	Revisão 2
CHU, M.C. et al. Assessing the treatment efficacy of IVF with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus-1 (HIV-1) serodiscordant couples. <i>Reprohictive BioMedicine</i> , v. 10, n. 1, p. 130-134, 2005.	Revisão 1
ERHABOR, O.; AKANI, C.I.; EYINDAH, C.E. Reproductive health options among HIV-infected persons in the low-income Niger Delta of Nigeria. <i>HIV/AIDS - Research and Palliative Care</i> , n. 4, p. 29–35, 2012.	Revisão 2
EZEANOCHIE, M. et al. Fertility preferences, condom use, and concerns among HIV-positive women in serodiscordant relationships in the era of antiretroviral therapy. <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i> , v. 107, p. 97–98, 2009.	Revisão 1
GINGELMAIER, A. et al. Consultations of HIV-infected women who wish to become pregnant. <i>Arch Gynecol Obstet</i> , v. 283, p. 893–898, 2011.	Revisão 1
GOSSELIN J; SAUER M. Life after hiv: examination of hiv serodiscordant couples' desire to conceive through assisted reproduction. <i>AIDS & Behavior</i> , v.15, n.2, p. 469- 478, 2011.	Revisão 2
HEARD, I. et al. Contraceptive Use in HIV-Positive Women. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> , v. 36, n. 2, p. 714-720, 2004.	Revisão 1
KLEIN, J. et al. Understanding the motivations, concerns, and desires of human immunodeficiency virus 1–serodiscordant couples wishing to have children through assisted reproduction. <i>Obstetrics & Gynecology</i> , v. 101, n. 5, p. 987–994, 2003.	Revisão 2
MATTHEWS, L.T. et al. Reproductive counseling by clinic healthcare workers in Durban, South Africa: perspectives from HIV-infected men and women reporting serodiscordant partners. <i>Infect Dis Obstet Gynecol</i> . v. 2012, p. 1-9, 2012.	Revisão 2

MATTHEWS, L.T.; CRANKSHAW, T.; GIDDY, J. et al. Reproductive decision-making and periconception practices among HIV-positive men and women attending HIV services in Durban, South Africa. <i>AIDS Behav.</i> v.17, n.2, p. 461- 470, 2013.	Revisão 2
MCDONALD, K. ‘The old-fashioned way’: conception and sex in serodiscordant relationships after ART. <i>Culture, Health & Sexuality</i> , v. 13, n. 10, p. 1119–1133, 2011.	Revisão 2
MOLINA, I. et al. Assisted reproductive technology and obstetric outcome in couples when the male partner has a chronic viral disease. <i>Int J Fertil Steril.</i> , v. 7, n. 4, p. 291-300, 2014.	Revisão 1
MUGO, N.R. et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. <i>AIDS</i> , v. 25, p. 1887–1895, 2011.	Revisão 1
MUGO, N.R. et al. Pregnancy Incidence and Outcomes Among Women Receiving Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention. <i>JAMA</i> . v. 312, n. 4, p. 362-371, 2014.	Revisão 1
NGURE, J. et al. Contraceptive method and pregnancy incidence among women in HIV-1-serodiscordant partnerships. <i>AIDS</i> , v. 26, n. 4, p. 513–518, 2012.	Revisão 1
NGURE, J.; BAETEN, J. M.; MUGO, N. et al. My intention was a child but I was very afraid: fertility intentions and HIV risk perceptions among HIV-serodiscordant couples experiencing pregnancy in Kenya. <i>AIDS Care</i> , v.26, n.10, p.1283-1287, 2014.	Revisão 2
OHL, J. et al. Encouraging results despite complexity of multidisciplinary care of HIV-infected women using assisted reproduction techniques. <i>Human Reproduction</i> , v. 20, n. 11, p. 3136-3140, 2005.	Revisão 1
PEÑA, J.E.; THORNTON, M.H.; SAUER, M.V. Assessing the clinical utility of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus type 1 serodiscordant couples: report of 113 consecutive cycles. <i>Fertility and Sterility</i> , v. 80, n. 2, p. 356-362, 2003.	Revisão 1
QUEIROZ, P. et al. Obtenção de gametas seguros por meio de associação de técnicas de processamento seminal para casais sorodiscordantes para HIV. <i>Rev Bras Ginecol Obstet.</i> , v. 30, n. 4, p. 171-176, 2008.	Revisão 1
RAHANGDALE, L. et al. Provider Attitudes toward Discussing Fertility Intentions with HIV-Infected Women and Serodiscordant Couples in the USA. <i>J AIDS Clin Res.</i> , v. 5, n. 6, p. 01-13, 2014.	Revisão 2
REIS, R. K.; NEVES, L. A. S.; GIR, E. Desejo de ter filhos e planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. <i>Ciênc. cuid. saúde</i> ; v.12, n.2, p. 210- 218, 2013.	Revisão 2
SAUER, M.V. et al. Providing fertility care to men seropositive for human immunodeficiency virus: reviewing 10 years of experience and 420 consecutive cycles of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. <i>Fertility and Sterility</i> , v. 91, n. 6, p. 2455-2460, 2009.	Revisão 1

SCHWARTZ, S.R. et al. Implementation of a safer conception service for HIV-affected couples in South Africa. <i>AIDS</i> , v. 28, n. Suppl 3, p. S277–S285, 2014.	Revisão 1
STEPHENSON, R. et al. A Randomized Controlled Trial to Promote Long-Term Contraceptive Use Among HIV-Serodiscordant and Concordant Positive Couples in Zambia. <i>Journal of women's health</i> , v. 20, n. 4, p. 567-574, 2011.	Revisão 1
WERE, E.O. et al. Pre-exposure prophylaxis does not affect the fertility of HIV-1- ninfected men. <i>AIDS</i> , v. 28, n. 13, p. 1977–1982, 2014.	Revisão 2