

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COTIDIANO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE QUE CONVIVE COM HIV:  
uma investigação à luz da fenomenologia**

**CAMILA DA SILVA MARQUES BADARÓ**

**Juiz de Fora  
2016**

**Camila da Silva Marques Badaró**

**COTIDIANO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE QUE CONVIVE COM HIV:  
uma investigação à luz da fenomenologia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem:

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

**Juiz de Fora**

**2016**

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

Badaró, Camila da Silva Marques.

COTIDIANO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE QUE CONVIVE COM HIV : uma investigação à luz da fenomenologia / Camila da Silva Marques Badaró. -- 2016.

111 p.

Orientadora: Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. Saúde do Adolescente. 3. Enfermagem. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Pacheco, Zuleyce Maria Lessa, orient. II. Título.

**COTIDIANO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE QUE CONVIVE COM HIV:  
uma investigação à luz da fenomenologia**

**Camila da Silva Marques Badaró**

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

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco - Orientadora  
Prof.<sup>a</sup> Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz – 1<sup>a</sup> Examinadora  
Prof.<sup>a</sup> Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena - 2<sup>a</sup> Examinadora  
Prof.<sup>a</sup> Titular da Faculdade de Enfermagem/UFJF

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Cardoso de Paula - Suplente  
Prof.<sup>a</sup> Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFSM

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Inez Silva de Almeida – Suplente  
Prof.<sup>a</sup> Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UERJ

## Agradecimentos

Agradeço a Deus, por ter permitido que concluísse mais esta etapa em minha vida. Sendo minha fonte de força, esperança e fé. Guiando-me e protegendo-me em minha trajetória de vida.

Aos meus pais, Célia Maria e Marco Antero, pelo amor, dedicação, incentivo e inspiração. Vocês me permitiram chegar até aqui. Mostrando-me que apesar das dificuldades, com o apoio e carinho de vocês eu posso vencer.

A minha irmã, Tamara, por alegrar meus dias, compartilhar os momentos difíceis, ouvir meus dilemas e trocar ideias.

Ao meu amado marido, Gustavo, pelo carinho, apoio e incentivo, por meio de sua atenção, afeto e escuta de meus desabaços. Que sempre torce a cada vitória e se tornou importante e especial em minha história.

Aos meus sogros D<sup>a</sup> Neusa e Sr. Ivanildo por serem tão atenciosos, carinhosos, sempre com uma palavra de incentivo e afeto.

A todos os meus amigos do mestrado, pelos momentos de alegria e conquistas que construímos ao longo dessa caminhada.

A minha orientadora, Zuleyce Maria Lessa Pacheco, que foi um anjo ao me permitir avançar em meus conhecimentos. Serei eternamente grata, pelo seu acolhimento e disposição para a construção deste trabalho, por sua paciência, compreensão, carinho, dedicação e pelas palavras de conforto e sabedoria.

A professoras Elisabete Paz e Anna Maria Salimena por contribuírem de forma carinhosa e solícita para a construção deste estudo.

A todos os docentes do programa Mestrado em Enfermagem, pelos ensinamentos que foram imprescindíveis e pela competência e comprometimento que demonstraram no decorrer do curso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que me recebeu de forma acolhedora e me proporcionou o alcance deste sonho.

A querida Elisângela, secretária do mestrado, uma pessoa atenciosa, sempre disposta a ajudar e nos recepcionando com sua alegria contagiante.

A CAPES, que me disponibilizou recursos financeiros oportunizando minha dedicação e empenho ao mestrado.

Aos adolescentes que aceitaram o convite para participar, me cedendo parte de seu tempo para a realização das entrevistas e compartilhando comigo seu vivido e sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Ao Serviço de Assistência Especializada, cenário desta pesquisa, que me recebeu e me ofereceu recursos para a realização deste estudo.

As profissionais do SAE, Kátia e Eugênia, que me acolheram desde a apresentação da proposta da pesquisa e muito me auxiliaram em minha inserção no campo.

A todos que torceram pela minha vitória e que direta ou indiretamente participaram desta conquista, o meu muito obrigada!

## RESUMO

Objetivou-se desvelar o vivido do cotidiano de adolescentes soropositivos em tratamento com antirretroviral. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. O cenário constituiu-se de um Serviço de Assistência Especializada da Zona da Mata Mineira e os participantes foram dez adolescentes soropositivos com idade entre 12 a 18 anos em tratamento ambulatorial. Para a obtenção das informações utilizou-se a entrevista fenomenológica, por meio da técnica da entrevista aberta e um questionário. Buscou-se nos depoimentos as estruturas essenciais que originaram seis Unidades de Significados: Para os adolescentes é difícil aceitar a doença; Os adolescentes possuem conhecimento sobre sua própria doença, suas formas de transmissão e de prevenção; Cotidiano terapêutico: dificuldades encontradas e as formas de manter a adesão ao tratamento; Para não serem discriminados optam por manter em segredo a ingestão dos Antirretroviral. Este segredo só é compartilhado com a família e pessoas próximas; Os adolescentes conhecem os efeitos que a não adesão causa ao organismo; e A importância do tratamento prestado pelo Serviço de Assistência Especializado é reconhecida pelos adolescentes. A compreensão vaga e mediana permitiu alcançar o fio condutor, que por sua vez, originou o conceito de ser em direção à análise interpretativa. A hermenêutica desvelou que o ser-adolescente portador de HIV leva uma vida normal como qualquer outra; têm bom relacionamento com os colegas, porém sua condição de saúde é mantida em segredo com a família ou poucos amigos; sente raiva, nega, tem dificuldade de aceitar a doença. Os adolescentes conhecem algumas formas de transmissão e prevenção do HIV, mas não possuem compreensão aprofundada, buscam maneiras de superar as dificuldades da terapia medicamentosa mantendo-se aderentes ao tratamento e saudáveis e reconhecem a importância de serem acompanhados por um serviço especializado. Esta pesquisa apontou a in-visibilidade dos profissionais de enfermagem junto aos adolescentes e que faz-se necessário um cuidado integral e humanizado para se alcançar uma melhor adesão a terapia antirretroviral, tendo em vista melhorar a qualidade de vida e saúde dos adolescentes soropositivos e permitir que os mesmos vivenciem novas possibilidades.

**Palavras-chave:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Saúde do Adolescente. Enfermagem. Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

This study aimed to reveal the living of everyday life for HIV-positive adolescents in treatment with antiretroviral. This is a qualitative research phenomenological approach, based on the theoretical-philosophical and methodological framework of Martin Heidegger. The scenario consisted of a Specialized Service at Zona da Mata Mineira and participants were seropositive ten adolescents aged 12 to 18 in outpatient treatment. To obtain the information used to phenomenological interview, through the open technical interview and a questionnaire. He sought in the statements the essential structures that originated six meanings of Units: For adolescents is difficult to accept the disease; Teenagers have knowledge about their own disease, its transmission and prevention; therapeutic daily: difficulties encountered and ways to maintain adherence to treatment; Not to be discriminated choose to keep secret the intake of antiretroviral. This secret is shared only with family and close people; Teenagers know the effects that non-adherence causes the body; and the importance of treatment provided by Specialized Service Centre is recognized by adolescents. The vague understanding and median allowed to achieve the thread, which in turn, originated the concept of being toward the interpretative analysis. The hermeneutics unveiled that the teen be HIV carrier leads a normal life like any other; They have good relationships with colleagues, but his condition is kept secret with family or few friends; feel angry, denies, has difficulty in accepting the disease. Teenagers know some forms of transmission and prevention of HIV, but do not have in-depth understanding, seek ways to overcome the difficulties of drug therapy while remaining compliant with the treatment and healthy and recognize the importance of being accompanied by a specialized service. This research pointed to in-visibility of nursing professionals with adolescents and that it is necessary an integral and humanized care to achieve better adherence to antiretroviral therapy, to improve the quality of life and health of HIV-positive adolescents and allow that these new possibilities to experience.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome. Adolescent Health. Nursing. Qualitative Research.

## RESUMEM

Este estudio tuvo como objetivo revelar la vida de la vida cotidiana de los adolescentes con VIH en tratamiento con antirretrovirales. Este es un enfoque fenomenológico de investigación cualitativa, con base en el marco teórico-filosófica y metodológica de Martin Heidegger. El escenario consistía en un servicio especializado en la Zona da Mata Mineira y los participantes eran seropositivos diez adolescentes de 12 a 18 en el tratamiento ambulatorio. Para obtener la información utilizada para la entrevista fenomenológica, a través de la entrevista técnica abierta y un cuestionario. Se buscó en las declaraciones de las estructuras esenciales que dieron origen a seis significados de Unidades: Para los adolescentes es difícil de aceptar la enfermedad; Los adolescentes tienen conocimiento sobre su propia enfermedad, su transmisión y prevención; terapéutica diaria: las dificultades encontradas y las formas de mantener la adherencia al tratamiento; A no ser discriminado optar por mantener en secreto la ingesta de antirretrovirales. Este secreto sólo se comparte con la familia y personas cercanas; Los adolescentes conocen los efectos que la no adhesión hace que el cuerpo; y la importancia del tratamiento proporcionado por Especializada Centro de Servicio es reconocido por los adolescentes. El vago entendimiento y la mediana permitido alcanzar el hilo, que a su vez, originó el concepto de ser hacia el análisis interpretativo. La hermenéutica dio a conocer que el adolescente sea portadora del VIH lleva una vida normal como cualquier otro; Tienen buenas relaciones con los colegas, pero su condición se mantiene en secreto con la familia o algunos amigos; sentirse enojado, niega, tiene dificultades para aceptar la enfermedad. Los adolescentes conocer algunas formas de transmisión y prevención del VIH, pero no tienen la comprensión en profundidad, buscar la manera de superar las dificultades de la terapia con medicamentos sin dejar de ser compatible con el tratamiento y saludable y reconocer la importancia de ir acompañados de un servicio especializado. Esta investigación indicó que en la visibilidad de los profesionales de enfermería con adolescentes y que es necesario un cuidado integral y humanizada para lograr una mejor adherencia a la terapia antirretroviral, para mejorar la calidad de vida y la salud de los adolescentes VIH-positivos y permitir que estas nuevas posibilidades a la experiencia.

**Palabras Clave:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Salud de los adolescentes. Enfermería. La investigación cualitativa.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AJAJ	Área de Saúde do Adolescente e Jovem
ARCA/ISER	Apoio Religioso Contra Aids/Instituto de Estudos da Religião
ARS	Síndrome Retroviral Aguda
ARVs	Anti-retrovíricos
AZT	Zidovudina
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do adolescente
EFV	Efavirenz
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PELAVIDDA	Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids
CNJ	Conselho Nacional de Juventude
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MEM	Monitoramento eletrônico dos medicamentos
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PNJ	Política Nacional de Juventude
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema Nacional de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral Totalmente Ativa
TARVC	Terapia Antirretroviral Combinada
TDF	Tenofovir
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos
US	Unidades de Significação
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
3TC	Lamivudina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
1.1	Aproximação à temática	10
1.2	Objetivo do Estudo	12
1.3	Situação de Estudo	12
<b>2</b>	<b>SOLO DE TRADIÇÃO</b>	18
2.1	Contextualização à temática	18
2.1.1	Aids: histórico e contexto atual	18
2.1.2	Antirretrovirais e Adesão ao Tratamento	26
2.1.3	Adolescer em tratamento com ARV e suas vulnerabilidades	31
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO</b>	39
3.1	A fenomenologia de Martin Heidegger	41
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	46
4.1	O campo de pesquisa	46
4.2	Depoentes da pesquisa	46
4.3	Questões Éticas	47
4.4	Aproximação ao cenário	49
4.5	A produção dos depoimentos	49
4.6	Historiografia e Historicidade dos depoentes	54
<b>5</b>	<b>ANÁLISE COMPREENSIVA</b>	60
5.1	Compreensão Vaga e Mediana	60
5.1.1	Unidades de Significação	60
5.1.2	Fio Condutor	68
<b>6</b>	<b>A ANÁLISE INTERPRETATIVA</b>	69
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	75
	<b>REFERÊNCIAS</b>	78
	<b>ANEXOS</b>	92
	<b>APÊNDICES</b>	103

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aproximação à temática

A aids<sup>1</sup> sempre foi vista como um tabu desde os meus tempos de escola até quando vivenciei a prática de minha profissão durante os estágios curriculares. Percebi que quando se começa a discorrer sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e principalmente sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) as pessoas externam expressões faciais ruins, falam termos pejorativos com relação à doença e seu portador e alguns são irônicos sobre o assunto.

Durante a Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora o contato e a troca de conhecimentos sobre a doença foi reservado somente a algumas aulas ministradas na disciplina de Saúde do Adulto, sendo esta temática abordada de forma breve e insuficiente para suprir as demandas que poderiam surgir durante a prática como enfermeira.

No decorrer do estágio, na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), ao ter contato com as necessidades e demandas da população adscrita, foi notado por mim e pelos profissionais que ali atuavam o crescente número de adolescentes que estavam em situação de risco, devido ao início precoce da atividade sexual, o grande número de adolescentes que estavam engravidando e o contato muito próximo que estes adolescentes possuíam com o mundo das drogas.

Conseqüentemente, me senti no dever de organizar e convidar a comunidade a participar de grupos de direitos sexuais e reprodutivos e a realizar palestras sobre o tema para alunos adolescentes de uma escola pública do bairro, buscando a troca de conhecimento e a qualidade de vida desses adolescentes. E, ao realizar essas discussões muito me surpreendeu e inquietou que adolescentes que vivem na era da informação e da tecnologia, desconhecem e/ou apresentassem dúvidas sobre as infecções sexualmente transmissíveis e sua forma de prevenção.

<sup>1</sup>O Ministério da Saúde adotou o padrão de grafia da palavra aids, proposto durante reunião da Comissão Nacional de Aids em 2001. Foi designada a seguinte deliberação: a palavra aids será considerada como substantivo comum, recebendo grafia em caixa baixa, quando se tratar de epidemia. Terá caixa baixa e alta quando for nome de um setor, título, etc. Já quando a palavra estiver entre outras siglas, e estas estiverem grifadas em caixa alta, a palavra aids seguirá a mesma regra. Na presente pesquisa, será considerado o padrão adotado pelo Ministério da Saúde.

O preconceito também é visível entre as pessoas e no meu caso, como enfermeira, entre os profissionais de saúde, pois pude vivenciar situações em que o profissional de uma UAPS ao saber da condição de saúde do paciente ficava mais alerta no momento de realizar o procedimento invasivo, chegando a colocar até mais de uma luva para se proteger o que geralmente não ocorre no cotidiano.

Quando realizei estágio em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em que no momento da urgência ainda não se tem um histórico do paciente, ele era julgado por suas características fisionômicas e corporais em que se deduzia que o mesmo poderia ser um portador do HIV, fazendo com que os membros da equipe ficassem desconfiados, alertas e evitando até mesmo ter contato físico com o paciente, apenas quando fosse necessário.

No decorrer da graduação e no desenvolvimento do estágio vivenciei algumas situações e eu como adolescente me questionava como seria possuir uma doença cercada pela escassez de informações coerentes, preconceito da sociedade e que requeria uma série de cuidados no decorrer do tratamento. E, quando me tornasse enfermeira ao me confrontar com essa realidade qual seria o meu papel frente ao portador do HIV, o que ele poderia esperar de mim como profissional da saúde.

Desta maneira, o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora surgiu como uma oportunidade para buscar respostas às minhas inquietações, por meio do desenvolvimento da pesquisa ao me inserir no cotidiano e na realidade vivenciada por adolescentes que convivem com o HIV e que estão ou não aderentes ao tratamento antirretroviral, buscando desvelar os fatores relacionados ao tratamento que intervêm na sua adesão e no seu cotidiano. Pois, somente eles são capazes de responder essas questões, a partir do momento em que eles vivenciam a doença e o tratamento.

Considerando as repercussões da aids e de seu tratamento no adolescente que convive com o HIV, com o olhar direcionado à dimensão existencial, configurou-se como objeto dessa pesquisa o cotidiano do adolescente em tratamento ARV, inserido no Serviço de Assistência Especializada do município de Juiz de Fora.

Na busca por conhecer o fenômeno, a partir da perspectiva do ser, se fez necessário a definição por uma abordagem metodológica e de um referencial teórico e filosófico que abrangesse tal profundidade. Assim, identifiquei a necessidade de perscrutar acerca da fenomenologia e de seus filósofos na medida em que oferecem

subsídios para os estudos desenvolvidos na área da enfermagem. Assim sendo, Martin Heidegger surgiu como possibilidade de compreender o cotidiano de adolescentes que convivem com o HIV em tratamento, pois cada um deles está lançado no mundo e que possui características singulares que o tornam único. Ao compreendê-lo a partir de uma dimensão que leva em consideração as individualidades que envolvem o ser humano, há uma segregação do modelo biomédico, caracterizado pela passividade e objetificação do ser que é cuidado.

## 1.2 Objetivo do Estudo

Mediante minhas inquietações, como pesquisadora e enfermeira e por meio da realização de um levantamento bibliográfico acerca da temática emergiu como objetivo do presente estudo, desvelar o vivido do cotidiano do adolescente soropositivo em tratamento com antirretroviral acompanhado pelo Serviço de Assistência Especializada do município de Juiz de Fora.

## 1.3 Situação de Estudo

A aids ou Síndrome da Imunodeficiência Humana como também é conhecida caracteriza-se como o estágio avançado de uma doença que atinge o sistema imunológico, tornando o indivíduo susceptível a outras infecções. O agente causador da aids é o Vírus da Imunodeficiência Humana que ataca as células de defesa utilizando-as para se multiplicar e em seguida as destrói (RODRIGUES et al., 2015). Como Infecção Sexualmente Transmissível a aids começou a ser atribuída a grupos específicos de risco como homens homossexuais, hemofílicos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Porém, este quadro está em processo de mudança, na medida em que a doença vem se disseminando sem optar por gênero, raça, cor, idade e classe social. Novos grupos de risco estão surgindo, atualmente está ocorrendo o processo de juvenização e feminização da doença (PACHECO, 2010).

O novo relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), intitulado GAP (que significa lacuna em inglês), sobre a situação da aids no mundo, revela que 19 milhões das 35 milhões de pessoas que atualmente convivem com HIV no mundo não sabem que possuem o vírus. O

relatório também confirma o processo de juvenização e feminização da doença, surgindo no mundo cerca de 380 mil casos novos por ano entre adolescentes e mulheres jovens com idade entre 10 e 24 anos (UNAIDS, 2014). No Brasil existem aproximadamente 798.366 pessoas que vivem com HIV. Nos últimos cinco anos, o Brasil registrou, anualmente, uma média de 40,6 mil casos de aids. A detecção de aids no Brasil tem apresentado significativa estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Foram registrados desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres (BRASIL, 2015a).

Desde o princípio da epidemia da aids em meados dos anos de 1980, avanços consideráveis vem ocorrendo no desenvolvimento de tecnologias e tratamento da doença com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus e reduzir os índices de mortalidade caracterizando uma tendência à cronicidade da aids (SCHAURICH et al., 2006), não sendo considerado sinônimo ser portador do HIV e desenvolver a doença aids, pois se constata inúmeros casos de soropositivos em que a doença não se manifesta, mesmo que o indivíduo continue sendo portador/transmissor do vírus. Neste contexto, o Brasil é considerado pioneiro no que se refere à adoção do acesso universal e gratuito à Terapia Antirretroviral Totalmente Ativa (TARV) desde 1996 (BRASIL, 2014c).

No Brasil o índice de mortalidade, desde 2003, sofreu uma queda de 15,6% na mortalidade dos pacientes com aids, a taxa caiu de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2003 para 5,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2014 (BRASIL, 2015c). Com o advento de medicamentos mais eficazes contra o agente etiológico da aids foi permitido ao indivíduo uma vida mais longa e com qualidade, aumentando as perspectivas de vida para as pessoas portadoras do HIV.

Deste modo, um determinado grupo de crianças infectadas via transmissão vertical sobreviveu, ultrapassou a etapa denominada infância e iniciou uma nova fase em seu ciclo de vida, a adolescência. Este grupo é denominado como a primeira geração que chegou ao mundo portadora do HIV e que está adolescendo com aids (PAULA et al., 2009).

A adolescência, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990, está compreendida entre 12 e 18 anos. Já para o Ministério da Saúde adolescente é aquele que possui idade entre 10 e 19

anos, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS (BRASIL, 2014a). Nesta fase são percebidas grandes transformações biopsico-sociais, sendo considerada como a transição entre ser criança e se tornar adulto. Esta etapa da vida exige do adolescente um constante processo de desconstrução e reconstrução de sua forma de pensar e agir na sociedade (BRASIL, 2013).

A adolescência é também caracterizada como um período de grande vulnerabilidade, na medida em que se considera a vulnerabilidade associada a comportamentos e situações que trazem riscos à saúde e que podem conduzir a contaminação pelo vírus HIV. No caso da aids, as situações de risco são conhecidas como manter relações sexuais sem proteção, fazer uso de drogas injetáveis, realizar transfusão sanguínea e por meio da transmissão vertical (BRASIL, 2013).

Os adolescentes estão sujeitos também a outros tipos de vulnerabilidades, como a individual que diz respeito às informações recebidas sobre os agravos a saúde e suas formas de proteção, considerando o volume e qualidade das mesmas e como estas informações são incorporadas no cotidiano do indivíduo. A vulnerabilidade social que está relacionada às formas de obtenção de informações, acesso à recursos materiais e a capacidade de envolvimento em questões políticas e institucionais. E há também a exposição à vulnerabilidade programática, que consiste na contribuição dos programas e instituições responsáveis pelo monitoramento e controle das enfermidades (BUBADUÉ et al., 2013).

Hoje, por meio da disponibilização da TARV pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE) é possível que adolescentes que convivem com o HIV, adquirido por via horizontal ou por transmissão vertical, possam ter uma vida similar à de outros jovens que não possuem a doença (BRASIL, 2013). Entretanto, o tratamento exige respeito e adesão ao mesmo, o que ocasiona principalmente nos adolescentes que convivem com o vírus HIV grande dilema, pois por meio do tratamento lhes é possibilitado vivenciar as mudanças físicas e psicossociais características da adolescência, contudo lhes são adicionados às repercussões da doença e de seu tratamento em seu cotidiano (RIBEIRO et al., 2013).

Os adolescentes portadores do HIV apesar de frequentarem escolas, possuírem momentos de lazer, praticar esportes, auxiliar nas atividades domésticas e inclusive trabalhar, também devem seguir adequadamente a rotina terapêutica e assistencial inerentes a sua condição de saúde (PACHECO, 2010).

Porém, ser adolescente e ainda conviver com uma doença crônica, ainda sem perspectiva de cura, com possibilidade de transmissão e cercada por preconceito pode ser uma tarefa muito árdua. Os adolescentes que convivem com o HIV além de vivenciarem situações que aumentam os riscos de terem prejuízos a sua saúde, inerentes a essa etapa da vida, possuem a não adesão ao tratamento como mais um fator de vulnerabilidade, que pode influenciar em sua qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2013).

A classificação da adesão tem sido apontada de diferentes formas na literatura, alguns apontam como o grau de adesão (aderente e não aderente), outros classificam em adesão e não adesão, ou ainda, em alta, média ou baixa adesão, ou estrita, adequada ou inadequada adesão (ALMEIDA et al., 2011; PADOIN et al., 2013).

A não adesão ao tratamento entre os adolescentes portadores do HIV é tida como uma das maiores ameaças contra a eficácia do tratamento, podendo levar a ocorrência de vírus-resistência e os tornar mais susceptíveis as infecções oportunistas (GONTIJO et al., 2014). Segundo Crozatti (2007) os índices de sobrevivida diferem significativamente entre jovens que aderem ao tratamento (93,3%) e os que não aderem (77,8%). Considera-se adesão ao tratamento como o grau de comportamento de uma pessoa em consonância com as recomendações dos profissionais da saúde. Este comportamento remete a tomar a medicação, seguir uma dieta e executar estas mudanças em sua vida (OMS, 2003).

Estudos apontam que a junção das transformações vivenciadas na adolescência, as condições da TARV e o déficit de informações a respeito da doença e de seu tratamento podem ocasionar a não adesão a TARV, por parte do adolescente. Para que haja uma adesão correta é exigido muita disciplina, com relação aos horários e as doses da medicação, frequência ao serviço de assistência especializado e inclusive é fundamental que o adolescente compreenda sua doença e a importância do tratamento para que o mesmo possa ser eficaz (RIBEIRO et al., 2013).

Em alguns casos o tratamento utilizando a TARV acaba se tornando um recurso angustiante e penoso, envolto por inúmeras barreiras a serem superadas, pois os medicamentos acarretam modificações de ordem física desde incômodo ao ingerir o medicamento até o seu uso prolongado, alterações estéticas devido a

lipodistrofia e até de origem psíquica acarretando relacionamentos conflituosos e isolamento dos usuários da TARV (PAULA et al., 2013).

Devido à necessidade de uma inter-relação entre profissionais e serviços para que sejam implementadas intervenções junto aos portadores do HIV, a aids passou a ser considerada um problema de saúde pública. Tais intervenções visam a construção de conhecimento, compreensão e enfrentamento da doença, possuindo o desenvolvimento de políticas e incentivos governamentais no combate à aids como uma importante ferramenta (SOUSA et al., 2012).

Os profissionais de saúde inseridos no exercício das relações sociais devem atuar promovendo consciência crítica do indivíduo, no que diz respeito às potencialidades e às fragilidades de seu cenário de vida. A enfermagem como membro da equipe e co-responsável juntamente com o adolescente pelo seu processo de cuidar deve elaborar estratégias e manter vínculo com este adolescente, buscando a compreensão deste indivíduo, o auxiliando no manejo do tratamento e no alcance de uma qualidade de vida, embora a aids esteja presente em seu cotidiano. Deve-se também considerar o papel de extrema relevância da equipe multiprofissional e do serviço, como mediador entre o adolescente, a doença, o tratamento e a família (BRASIL, 2013b).

Entretanto, o que se observa na realidade dos serviços de saúde é um despreparo dos profissionais para atender, compreender e desenvolver atividades voltadas para o público adolescente (SANTOS et al., 2014). Ainda, segundo Santos et al. (2014, p. 415), percebe-se a relevância de decisões gerenciais devido a:

Necessidade de investimentos em infraestrutura, maior interação e comunicação entre as equipes de saúde, apoio e planejamento das ações, formação e capacitação profissional para gestão em saúde por meio da criação de estratégias que visem formar e desenvolver profissionais com conhecimento, habilidades e atitudes voltadas à atuação gerencial em serviços especializados.

O enfermeiro configura-se como um elemento da equipe multiprofissional, com o compromisso de promover uma interação com o adolescente HIV positivo, por meio da comunicação terapêutica propiciando uma assistência condizente com as necessidades por ele apresentadas, garantindo conforto físico, psicológico e emocional (MINEO et al, 2013) à medida que proporciona um encontro empático com o adolescente, em um ambiente agradável, tendo tempo disponível para ouvir

as experiências e respeitando suas singularidades visando proporcionar um momento de reflexão.

Cabe ressaltar que toda a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar são importantes nesse processo, pois o cuidado pode ser contemplado em cada momento de encontro entre o profissional e cliente, ajudando-o a se perceber como um ser de possibilidades.

## 2 SOLO DE TRADIÇÃO

Neste capítulo serão explicitados pontos relevantes acerca da temática HIV/AIDS, que foram produzidos pela ciência, demonstrando a posição prévia contextualizada pela literatura que é muitas vezes oscilante e ampla, caracterizando o estado da arte do objeto do presente estudo.

Segundo Heidegger (2014) o solo de tradição consiste na totalidade do legado da ciência, que entretanto ainda não possibilitou alcançar a essência do problema, pois, se trata de uma questão filosófica. Se quisermos compreender o ente e desvelar o ser devemos conhecer o que ocorre nos dias atuais, pois o mundo exerce influência sobre este ente.

### 2.1 Contextualização à temática

#### 2.1.1 Aids: histórico e contexto atual

As Doenças Sexualmente Transmissíveis fazem parte do conjunto de enfermidades mais disseminadas no mundo, tornando uma questão de saúde pública. O termo Doenças Sexualmente Transmissíveis possui como enfoque os doentes que apresentam os sintomas característicos das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As IST são afecções contagiosas causadas por vários tipos de micro-organismos que possuem em comum o modo de transmissão: as relações sexuais. Porém, um elevado número de pessoas é infectado pela via sexual sem que isso traga obrigatoriamente o surgimento de sintomas. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde recomenda a substituição do termo DST para o de IST que inclui os dois aspectos (OMS, 2001).

As IST retomam relevância como problema de saúde pública após o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em meados da década de 80. Os primeiros casos relatados na história foram notificados nos Estados Unidos da América (EUA) em 1981, nas cidades de Los Angeles e São Francisco em pessoas do sexo masculino, homossexuais, que apresentavam sintomas de pneumonite por *P.carinii* e Sarcoma de Kaposi. Porém, há relatos da presença da doença desde 1965 em africanos (PINTO et al., 2007).

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

O vírus da aids atinge o sistema imunológico, tornando o indivíduo susceptível a outras infecções, tendo como formas de transmissão a via sexual, sanguínea, vertical e há também a transmissão ocupacional, causada por acidente de trabalho (BRASIL, 2006a).

Os estágios de evolução da doença são: fase aguda que ocorre de duas a quatro semanas após contato com o vírus, em que a pessoa pode apresentar sintomas como os da gripe, tendo o nome de síndrome retroviral aguda (ARS) ou infecção primária. Nesta fase o vírus começa a se multiplicar rapidamente, por meio das células CD4 e em seguida as destrói.

Após este período ocorre a fase de latência clínica (inatividade ou dormência), na qual o HIV reduz seu nível de reprodução, mas se mantém ativo. Dessa maneira, a pessoa irá conviver com o vírus, porém sem apresentar os sintomas da doença. Por fim, temos o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que acontece quando o sistema imunológico está seriamente comprometido, não sendo capaz de combater infecções oportunistas (CDC, 2015).

A evolução da epidemia da aids perpassa por três fases desde seu surgimento. A primeira fase teve como enfoque unicamente os indivíduos infectados pelo HIV, sendo evidenciado neste contexto o conceito de “grupo de risco”, limitando-se aos homens homossexuais que possuíam alto grau de escolaridade. Sendo desde suas primeiras manifestações, na década de 80, uma doença repleta de estigmas e preconceitos, sendo a princípio nomeada de doença dos 5H, que quer dizer, somente atingia Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês), considerados também como “grupo de risco” (BANDEIRA, 2014).

A segunda etapa teve como foco principal as formas de exposição ao vírus. Verificou-se que a forma mais comum de transmissão ocorria devido ao uso de

drogas injetáveis, abarcando um número elevado de heterossexuais. Aderiu-se, então, à definição de “comportamento de risco”. De forma acelerada os termos “grupos de risco” e “comportamento de risco” começaram a ser difundidos pela mídia, o que ocasionou na sociedade o surgimento de uma nova morbidade e inclusive seu delineamento social, tendo como fundamento a exclusão, originando atitudes de discriminação e estigmatização para com os indivíduos portadores do HIV. As maneiras de se expressar sexualmente relacionadas à doença acabaram produzindo “culpados” (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas endovenosas) e “vítimas” (hemofílicos, mulheres casadas e crianças) disseminados nos diferentes segmentos sociais (SILVA, 2004).

Não é possível tratar da aids sem compreender os significados das palavras estigma e discriminação, pois desde seu surgimento estas palavras permeiam a doença e seus portadores. O estigma é caracterizado como um processo de desvalorização das pessoas perante os demais indivíduos de forma que elas fiquem desacreditadas e sendo estabelecidas relações de poder desiguais. Os aspectos relacionados ao estigma são tendenciosos como certas condições de saúde, sexo, raça, comportamento sexual, entre outros. Já a discriminação é a exposição da estigmatização e baseia-se em todos os tipos de exclusão, seja por ação ou por omissão, fundamentado em atributos pessoais inerentes ou perceptíveis em relação a determinado grupo. Ambos afetam as diferenças individuais e as desigualdades sociais e estruturais (GARRAFA et al., 2012).

A terceira fase da epidemia, que é vivenciada atualmente, busca reconhecer a suscetibilidade dos indivíduos de forma mais geral à contaminação pelo HIV. Considera-se, então, o conceito de “vulnerabilidade” (GOMES et al., 2012), essa é utilizada para explicar os determinantes da epidemia do HIV. Pois, as interações entre as pessoas e grupos sociais ocorrem de forma dinâmica, permeadas por um grupo de fatores de gênero biológico, epidemiológico, social, cultural, econômico e político, cuja relação amplifica ou diminui o risco ou a proteção perante uma determinada doença, condição ou dano (BRASIL, 2006b).

No Brasil, o primeiro caso de aids foi identificado em 1982, na cidade de São Paulo. A epidemia atingia majoritariamente o grupo composto por homossexuais do sexo masculino, brancos e inclusos na classe média alta, sendo chamada de “peste gay”. Contudo, com o passar do tempo, a aids foi se disseminando na população em

geral atingindo também as pessoas que necessitavam de transfusão sanguínea e os usuários de drogas injetáveis. A afirmação de que a infecção estava restrita a um grupo específico de pessoas fez com que o restante da população que não pertencia a esse grupo se considerasse imune à doença (VILLARINHO e PADILHA, 2014).

No final da década de 80, devido à notificação de casos em indivíduos que receberam a transfusão de sangue e hemoderivados (BRASIL, 2009a), houve a implantação de medidas específicas de controle do sangue e hemoderivados por meio de legislação própria, instituída pelo governo brasileiro em 1988 (VILELA et al., 2013).

Nos anos de 1985 a 1988, a epidemia se alastrou ultrapassando os limites geográficos, étnicos, de orientação sexual e de gênero. O Brasil, pelo fato de possuir dimensões continentais, apresentou inicialmente diferenças regionais no perfil da epidemia (SILVA, 2004).

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

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

A primeira organização do Brasil e da América Latina foi o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), em 1985, em que eram membros profissionais de saúde e militantes do movimento homossexual. Outras organizações foram surgindo em seguida, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (Pela Vida) e o Apoio Religioso Contra AIDS/Instituto de Estudos da Religião (ARCA/ISER), cada uma apresentando suas propostas e recortes sociais, com destaque em sua inserção no âmbito da política (PEREIRA et al., 2011).

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

Uma das prioridades do Programa Nacional de DST e AIDS é a redução da transmissão vertical do HIV. Devido ao estabelecimento de protocolos de tratamento da gestante/parturiente portadora do HIV e da criança exposta, a qual deve receber quimioprofilaxia com antirretrovirais e ser alimentada com fórmula infantil desde o nascimento até a confirmação do seu status sorológico, excelentes resultados tem sido alcançados (BRASIL, 2009a).

Em 2013, haviam 35 milhões de pessoas que conviviam com HIV no mundo. Destas 3,2 milhões correspondem a crianças menores de 15 anos que convivem com o HIV e 04 milhões são jovens com idade entre 15 e 24 anos que estão infectados. Dentre a população de adolescentes 29% possui idade entre 15 e 19 anos. Ainda em 2013 haviam 12,9 milhões de pessoas recebendo a terapia antirretroviral em todo o mundo, porém, o percentual de pessoas que vivem com HIV e que não estão recebendo a terapia antirretroviral é de 63% (UNAIDS, 2014).

Ao longo das últimas três décadas a aids vem produzindo consequências no contexto familiar, comunitário, continental e mundial. É considerada nos dias atuais a quinta causa da mortalidade especialmente entre mulheres adultas, com idade em torno de 15 e 49 anos. Resultados alarmantes indicam que acima de 7.000 pessoas são infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana diariamente e um ser humano vai a óbito a cada 20 segundos devido a comorbidades associadas a aids (MARTINS et al., 2014).

Em 2015, comemorou-se os 30 anos da formalização da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, por meio da criação Programa Nacional de DST/AIDS. O êxito do Programa Nacional de DST/AIDS está relacionado à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015a). O programa é reconhecido mundialmente devido à distribuição gratuita e universal da terapia antirretroviral

como também por manter uma estreita relação entre os ministérios, os movimentos sociais e a sociedade científica (SZWARCOWALD et al., 2011).

Analisando as informações reunidas desde o início da epidemia até o período de junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos, deste total 649 mil já foram diagnosticadas, aproximadamente 80% destas vinculadas a algum serviço de saúde e 405 mil utilizam a TARV. Em 2015, foram notificados 1.419 casos de aids em jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2015d).

A resposta nacional à epidemia da aids tem produzido uma redução em termos absolutos do número de pessoas infectadas e melhorando a qualidade de vida das mesmas. Em contrapartida, observa-se um processo de pauperização, interiorização, juvenização, heterossexualização e feminização na evolução da doença (TAQUETTE, 2009). Corroborando esta mudança no perfil da epidemia da aids Oliveira (2013, p. 278), afirma que:

De forma dinâmica, ao longo das duas últimas décadas, a epidemia no mundo e, mais especificamente no Brasil, tem apresentado transformações epidemiológicas e sociais que lhe conferiram características distintas daquelas do início. De uma doença metropolitana passou a ser interiorana; de origem nas classes médias e altas, migrou para as populares; dos meios artísticos e culturais localizou-se no cotidiano das pessoas comuns e, de restrita a grupos excluídos – como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas –, difundiu-se para pessoas socialmente consideradas não vulneráveis à síndrome, como heterossexuais, mulheres monogâmicas, idosos e crianças.

A taxa de detecção dos últimos dez anos segundo faixa etária, entre as mulheres, apresenta tendência significativa de aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, caracterizando o processo de feminização da aids (BRASIL, 2014c).

O processo de feminização tem ocorrido devido a fatores que tornam as mulheres vulneráveis, são eles:

Condições socioeconômicas, laços afetivos prejudicados, crenças religiosas, estigma, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual, prostituição, situação de violência, mulheres em união estável, detentas ou que vivem em comunidades quilombolas, relação desigual de gênero que leva à passividade nas relações afetivas quanto à tomada de decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva (COSTA et al., 2013, p.5343).

Em 2015, 44,9% dos casos notificados eram de pessoas que se autodeclararam de raça/cor branca, 44% de parda, 10,5% de preta, 0,4% de amarela e 0,2% de indígena (BRASIL, 2015d). Entretanto, apesar da maior concentração dos casos estarem entre os brancos, é entre as pessoas da raça negra que se encontra a maior taxa de detecção nos últimos 10 anos em ambos os sexos (BRASIL, 2013a).

No caso das mulheres da raça negra essas apresentam-se mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV devido a fatores que potencializam sua vulnerabilidade, dentre eles temos os fatores individuais como autoestima baixa, início precoce da vida sexual e adoção de práticas sexuais desprotegidas; os fatores sociais como discriminação racial e acesso reduzido à renda, emprego, educação e saúde, além de situações de violência sexual e de gênero e os fatores coletivos ou programáticos como o racismo dentro das instituições, ausência de políticas públicas efetivas, dentre outros. Tornando-se necessário um olhar atento à população negra que convive com o HIV e que se encontra na adolescência (TAQUETTE et al., 2013).

Em 2007 foi implantado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, visando um olhar mais atento à saúde da mulher e na busca de reduzir as vulnerabilidades desse grupo à aids e outras DST. O Plano é voltado para as mulheres e suas especificidades estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral às:

Gestantes; mulheres vivendo com HIV e aids; adolescentes e jovens; lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; transexuais, negras; indígenas; mulheres em situação de prisão; profissionais do sexo; trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres em situação de violência sexual e doméstica; portadoras de deficiência; mulheres no climatério e as mulheres idosas (BRASIL, 2007a, p.20).

Com relação à escolaridade dos indivíduos, em 2013, 76,5% apresentaram informação a respeito do seu grau de instrução. Em 2015, 20,9% das pessoas notificadas possuíam de 5ª à 8ª série incompleta e nível médio completo 23,6% contra apenas 10,5 que possuíam o ensino superior completo (Brasil, 2015d). O grau de escolaridade tem sido considerado como indicador da condição socioeconômica e sendo utilizado para definir o fenômeno de pauperização da

epidemia da aids (BISCOTTO et al., 2013), pois o grau de instrução diz respeito a posição ocupada pelo indivíduo na sociedade.

As camadas sociais mais baixas e com baixo nível de escolaridade encontram-se mais vulneráveis à infecção pelo HIV, pois possui reduzido acesso à informação, ao trabalho, a educação, a saúde e inclusive à moradia, alimentação, lazer, cultura, etc. Demonstrando o quanto as desigualdades sociais afetam a saúde da população, se tornando necessário repensar a lógica da distribuição de renda e dos serviços em prol da população (FRANCO, 2013).

A pauperização da epidemia reflete na sua interiorização, uma vez que municípios de pequeno porte, na maioria das vezes, dispõem de recursos limitados no âmbito da saúde e de recursos comunitários de modo geral. Além disso, há a migração sazonal a procura de emprego para as regiões metropolitanas, se configurando em um fator importante de disseminação da doença para o interior (BISCOTTO et al., 2013).

O número de indivíduos com aids está aumentando entre as pessoas que vivenciam relações heterossexuais, principalmente entre as mulheres que possuem relações estáveis. Pois elas não se consideram vulneráveis, na medida em que confiam em seus parceiros e deixam de fazer o uso de métodos de prevenção (BRUM et al., 2012).

Com relação à juvenização da aids, no período de 2002 a 2006, observou-se a diminuição na taxa de detecção de aids em jovens, de 9,8 para 7,7/100.000 habitantes, porém em 2007 essa taxa cresceu até atingir o valor de 11,8/100.000 habitantes em 2012 (BRASIL, 2013a). Em 2015, foram notificados 366 casos de aids em adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2015d).

No Brasil, nos últimos dez anos, tem-se percebido a tendência de aumento na taxa de detecção em jovens. Os jovens estão mais suscetíveis a se infectarem com o vírus HIV devido a questões próprias dessa etapa da vida, como mudanças corporais, psicológicas e sociais, mas também devido à restrição dos espaços para lazer e cultura, da disponibilidade dos equipamentos sociais, inclusive serviços de saúde, educação, das oportunidades ocupacionais e de rendimento (PINHO et al., 2013).

O diagnóstico positivo para HIV representa, no momento da descoberta, um acontecimento de transição na vida do portador desta comorbidade, ocasionando

transtornos ao ser, às suas relações afetivas e a vida em sociedade, principalmente entre os mais próximos, como familiares e amigos (SILVA; MOURA; PEREIRA, 2013).

### 2.1.2 Antirretrovirais e Adesão ao Tratamento

Desde o princípio da epidemia da aids em meados dos anos de 1980, avanços consideráveis vêm ocorrendo na área de desenvolvimento de medicações, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus e reduzir os índices de mortalidade. O Brasil é considerado pioneiro no que se refere à adoção do acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral totalmente ativa (TARV) sem levar em consideração idade, raça e condição social, a partir da implementação da Lei Federal Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996).

No mundo, porém a realidade é outra, pois há 22 milhões ou três de cada cinco pessoas que vivem com o HIV que ainda não possuem acesso a terapia antirretroviral. Entretanto, devido à implantação da TARV é que desde 1995, foram evitadas 7,6 milhões de mortes em todo o mundo (UNAIDS, 2014). Não se pode considerar sinônimos ser portador do HIV e desenvolver a doença aids, pois existem vários relatos de soropositivos em que a doença não se manifesta mesmo que o indivíduo continue sendo portador/transmissor do vírus (OKUNO et al., 2014).

Segundo estudo britânico divulgado em julho de 2014 o tratamento para aids no Brasil foi considerado mais eficiente que a média global. E ainda, de acordo com o estudo, as mortes em decorrência do vírus HIV no país caíram a uma taxa anual de 2,3% entre 2000 e 2013, enquanto a média global apresenta uma queda de 1,5% ao ano. O que demonstra a eficiência e eficácia no processo de distribuição da TARV (BRASIL, 2015c).

O esquema de distribuição dos medicamentos ARV no Brasil é controlado e centralizado no Ministério da Saúde, tanto os que são produzidos no país quanto os medicamentos importados. O Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais é responsável por determinar o volume de medicamentos que devem ser encaminhados para cada almoxarifado central dos Estados e o do MS funciona com estoque regulador. Posteriormente, os medicamentos vão do nível estadual para o municipal ou são enviados diretamente

às Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), de acordo com a demanda de abastecimento de cada região (BRASIL, 2010).

O Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais utiliza dois documentos, o boletim mensal para avaliação e uso de medicamentos/AIDS (Boletim) e o mapa de movimento mensal de medicamentos/AIDS (Mapa). A utilidade desses impressos são para controlar o consumo de medicamentos e a movimentação de estoque, respectivamente. Assim sendo, é possível realizar o controle da demanda de abastecimento e atualizar as bases de dados sobre o consumo médio mensal e o estoque dos medicamentos (BRASIL, 2010).

Ainda, visando facilitar o planejamento e/ou correções no processo de requisição de ARV foi implantado nas UDM o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) tornando possível o controle do consumo e do estoque, além da extração de relatórios (BRASIL, 2010).

Com relação às crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde publicou em 2014 o “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes” nele é possível conhecer os vários critérios utilizados para se iniciar e escolher a TARV, levando em consideração as propriedades clínicas e laboratoriais, ademais explica as vantagens e desvantagens para orientação do corpo clínico (BRASIL, 2014d).

Estabeleceu-se como critérios para o início do recebimento dos medicamentos ser “paciente com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 500 células/mm<sup>3</sup>” (BRASIL, 2014d).

A TARV deve ser iniciada somente após realização das devidas avaliações, clínica e laboratorial afim de que seja determinado o grau de imunodeficiência existente e o risco de progressão da doença. O risco de progressão para a aids aumenta quando a contagem de TCD4+ estiver próximo de 200 células/mm<sup>3</sup>(NOBRE et al., 2012).

Para o início do tratamento em crianças e adolescentes com peso corporal abaixo de 35 Kg utiliza-se, caso seja menor de 03 anos de idade, a associação medicamentosa de dois inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (Zidovudina - AZT e Lamivudina - 3TC) com um inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (Nevirapina - NVP). Para as crianças maiores de 03

anos e os adolescentes é recomendado o AZT e 3TC em combinação com outro inibidor da transcriptase reversa não-análogo (Efavirenz - EFV). No caso de crianças e adolescentes com peso corporal acima de 35 kg é recomendado o esquema de primeira linha composto por TDF (Tenofovir), 3TC e EFV. O esquema terapêutico proposto possui como maiores vantagens a redução no risco de desenvolver dislipidemia e lipodistrofia e inclusive reduz o número de cápsulas a serem ingeridas pelo cliente (BRASIL, 2014d).

A TARV tem como finalidade coibir a replicação do vírus HIV, desacelerando o progresso de deficiência imunológica e restaurando, de acordo com o que for possível e com as especificidades de cada indivíduo, a imunidade, favorecendo uma maior e melhor sobrevivência das pessoas que convivem com o HIV (PEREIRA et al., 2012).

O êxito da Terapia ARV está limitado pelos fatores de tolerabilidade/toxicidade, a curto/médio e longo prazos, pelas interações com outras medicações e por diversos fatores individuais que influenciam na adesão à terapêutica. O que implica em riscos de emergência de resistências e a interrupção do tratamento. Por esses motivos há uma certa pressão para que se invista na melhora da qualidade da TARV, quer aperfeiçoando os anti-retrovíricos (ARVs) existentes no mercado, quer desenvolvendo novos fármacos e novas classes de antivíricos, cada vez mais eficazes e seguros (ANTUNES, 2012).

Por meio de regimes terapêuticos com número reduzido de ingestões diárias dos comprimidos pode-se favorecer a adesão ao tratamento, proporcionando resultados terapêuticos satisfatórios e redução dos gastos dos serviços de saúde (FARIAS et al., 2006; ANTUNES, 2012). Em 2014, o MS começou a distribuir a dose tripla combinada, chamado de três em um, em que há a combinação dos medicamentos tenofovir (300 mg), lamivudina (300 mg) e efavirenz (600 mg). A principal vantagem com a inserção do novo medicamento antirretroviral está na diminuição do número de pacientes que deixaram de dar continuidade ao tratamento (BRASIL, 2014c).

O uso dos medicamentos ARV envolvem questões que ultrapassam o prolongamento da vida biológica englobam, ainda, questões de foro íntimo do ser humano como o medo da morte, do preconceito, da incapacidade, da deformidade, o sofrimento além de questões que exercem influência nas relações humanas como

sexualidade, família, paternidade/maternidade o que remete às formas de julgamentos e condutas morais (SOUZA, 2011).

A TARV impõe às pessoas que vivem com HIV um nível de 95% de utilização adequada dos medicamentos, além de outros elementos recomendados para o enfrentamento da doença, pois caso contrário, poderia haver o comprometimento do resultado pretendido, etapas preciosas seriam negligenciadas e inviabilizariam a continuidade do procedimento, exigindo a mudança dos esquemas terapêuticos. Esse nível elevado de exigência, justifica o fato de se desenvolverem pesquisas sobre os fatores que interferem ou não na adesão ao tratamento (BRASIL, 2008a).

Tendo em vista que a adesão é de suma importância para o êxito da terapia antirretroviral foram desenvolvidos métodos e técnicas a fim de monitorar e medir o grau de adesão, apesar dos mesmos não poderem garantir a fidedignidade da adoção a terapia os métodos são relevantes para identificar precocemente usuários que apresentam risco de não adesão ou dificuldades possibilitando o desenvolvimento de intervenções de modo individualizado (POLEJACK e SEIDL, 2010).

Na literatura nacional e internacional existem inúmeros métodos de monitoramento da terapia antirretroviral, e, em sua grande maioria com o intuito de avaliar a adesão ao medicamento. No entanto, destaca-se que não existe um padrão ouro de avaliação do comportamento da adesão (OMS, 2003).

Alguns destes métodos podem ser subdivididos em diretos e indiretos, isto é, aqueles que inferem sobre a adesão a partir de comportamentos. Existe somente um único método direto para avaliar a adesão que ocorre por meio do monitoramento dos níveis de medicamento ARV e seus metabólitos no sangue e urina. Suas vantagens são uma medida objetiva e possibilitar detectar e/ou prevenir toxicidade. Em contrapartida, apresenta como desvantagens ser um método invasivo, não possui bem estabelecidos parâmetros de coleta, teste e interpretação dos resultados, sendo este último interferido quando há interação com outros medicamentos ou certos alimentos. Além de ser um método que requer grande investimento financeiro, pois, seu custo é elevado. Entretanto, quando se deseja investigar alterações farmacológicas em grupos vulneráveis, como gestantes este método é indicado (BERG e ARSTEIN, 2006; POLEJACK e SEIDL, 2010).

O método que tem sido utilizado para aferir a adesão em várias doenças é o monitoramento eletrônico dos medicamentos (MEM), mas que também é relativamente caro. Seu desenvolvimento consiste na utilização de frascos de medicação em que estão acoplados em sua tampa microprocessadores responsáveis por registrar o número de aberturas do frasco, data e hora da abertura e a dose retirada. A informação fica arquivada até ser transferida para um computador. Os benefícios deste método é possibilitar a verificação do intervalo entre as doses, número de aberturas do frasco e o medicamento ingerido. Porém, ele está sujeito a falhas tecnológicas devido a defeitos nos microprocessadores, aumento da necessidade de retorno do usuário a instituição para leitura e arquivamento dos dados coletados, curiosidade do cliente que pode abrir o frasco e não retirar o medicamento ou pode ocorrer o que é chamado de “*pocket doses*” que é a retirada de mais de uma dose ao mesmo tempo (BERG e ARSTEIN, 2006; POLEJACK e SEIDL, 2010).

Há também a contagem das pílulas que pode ser feita de forma anunciada ou inesperada, no momento da consulta ou após retorno do cliente da farmácia onde ele se dirige para buscar mais comprimidos para continuidade do tratamento. Contudo, pode ser um método ineficaz na medida em que o paciente não se sinta à vontade com relação a equipe para relatar suas dificuldades da adesão e esvazie o frasco antes de apresentá-lo. É necessário que a farmácia possua uma excelente organização de seus registros e que o paciente traga no momento da consulta seu frasco. Quando o cliente é surpreendido há a redução do risco de omissão de falhas na administração dos fármacos, porém esta conduta pode gerar constrangimentos e conflitos, prejudicando a relação profissional-cliente (BERG e ARSTEIN, 2006; POLEJACK e SEIDL, 2010).

Outro método empregado é a utilização do registro de dispensação da farmácia, mas somente se aplica quando há uma fonte única de dispensação da TARV. E através deste método não é possível identificar prováveis fatores que estão ocasionando a não-adesão e diferenciá-los de outras causas de interrupção do tratamento (BERG e ARSTEIN, 2006; POLEJACK e SEIDL, 2010).

Dois testes são fortes indicadores para o acompanhamento médico são eles contagem dos linfócitos T CD4+, chamado de Teste de CD4 sendo o melhor indicador de como está funcionando o sistema imunológico e o de carga viral,

chamado Teste de carga viral em que o resultado mostra se o vírus está se reproduzindo no organismo e a quantidade de HIV que circula no sangue. Esses testes são essenciais para o profissional decidir o momento mais adequado para iniciar o tratamento ou modificá-lo. Como servem também para monitorar a saúde de quem toma os antirretrovirais ou não, o Consenso de Terapia Antirretroviral recomenda que esses exames sejam realizados a cada três ou quatro meses (BRASIL, 2014c).

Por fim, temos a técnica do autorrelato do paciente e/ou seu cuidador, como a mais utilizada para se constatar o nível de adesão, tanto para ser empregado em pesquisas quanto na prática clínica cotidiana. É realizada por meio de questionários ou coleta de informações acerca das doses administradas e das perdas dos ARV. Suas principais vantagens são custo acessível, flexibilidade, despende pouco tempo além de propiciar discussões sobre os motivos e causas da dificuldade de adesão. Entretanto, o cliente pode superestimar sua adesão, devendo ser incentivado a relatar o que realmente ocorre. E o entrevistador deve estar preparado e consciente da realidade social, crenças e valores vivenciados por cada sujeito (BERG e ARSTEIN, 2006; POLEJACK e SEIDL, 2010).

### 2.1.3 Adolescer em tratamento com ARV e suas vulnerabilidades

A adolescência é caracterizada por ser um período de grandes modificações físicas, cerebrais, endócrinas, emocionais, sociais e sexuais originando atitudes e sentimentos não antes vivenciados pelo adolescente, família, amigos e profissionais que convivem com ele. Exigindo de todos que se relacionam com o adolescente um olhar atento, o auxiliando para lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos à sua saúde (DAVIM et al., 2009).

O período da adolescência se subdivide em três fases, a primeira evidencia as mudanças ocorridas no corpo, compreendendo a puberdade; a segunda caracteriza-se na tentativa de determinação da orientação sexual e a terceira alcançada com o término da adolescência é determinada pela aquisição da maturidade e da responsabilidade. Porém, a adolescência não deve ser vista como uma etapa que possui atributos predefinidos, mas sim como um processo em

desenvolvimento, relacionado intrinsecamente a determinantes socioculturais (BERNI e ROSO, 2014; BRASIL, 2007b).

Nessa fase em que ocorrem mudanças complexas, determinada pelo amadurecimento sexual e cognitivo, assim como a realização do uso da experimentação de papéis na sociedade, expande-se ainda o envolvimento com pares em grupos sociais, substituindo-se a família pela comunidade, conduzindo-se ao modo de vida social com o qual melhor se identifica (RIBEIRO et al., 2010).

Por esse motivo, implica em vivências em múltiplos contextos sociais, nos quais ocorrem as relações sociais, seja, na escola, na família, com os amigos, fazendo com que o adolescente construa suas relações e interações com o outro que está a sua volta (ARAÚJO et al., 2010).

A adolescência caracteriza-se como uma fase de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV devido às modificações biopsicossociais que ocorrem e pela necessidade que o adolescente possui de explorar/conhecer o novo e experimentar riscos. O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como a oportunidade de indivíduos ou comunidades vir a ser mais susceptíveis a doenças ou incapacidades, como consequência de uma série de aspectos individuais, contextuais e relacionados à eficiência e eficácia de políticas, programas e serviços acerca da situação de saúde (SILVA et al., 2014a).

Segundo Ayres et al. (2006) o conceito de vulnerabilidade possui três dimensões são elas: a dimensão individual, a dimensão social e a dimensão programática ou institucional.

A vulnerabilidade individual está ligada aos aspectos que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento e as atitudes do sujeito, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta, ou seja, aspectos cognitivos, comportamentais e sociais. De forma que, está relacionada a qualidade da informação de que os indivíduos tem acesso acerca do problema (CALAZANS et al., 2006; NICHIATA et al., 2011; SILVA et al., 2014b).

A vulnerabilidade social se caracterizada pelo contexto econômico, político e social, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, entre outros, abrangendo também aspectos estruturais relacionados à educação, aos meios de comunicação, às políticas sociais, econômicas e de saúde, à cidadania, gênero,

cultura, religião, entre outros, que exercem influência nas outras dimensões, determinando-as ou mediando-as (CALAZANS et al., 2006; NICHIATA et al., 2011; SILVA et al., 2014b).

E a vulnerabilidade programática se refere às ações exercidas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, que visam ao enfrentamento das situações que causam vulnerabilidade e a prevenção, ou seja, são os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger e que esses sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático (CALAZANS et al., 2006; NICHIATA et al., 2011; SILVA et al., 2014b).

Um dos fatores que aumentam o grau de vulnerabilidade dos adolescentes é a falta de informações acerca da doença e sua prevenção. E, mesmo quando possuem conhecimento percebe-se que há uma contradição entre o discurso do adolescente e as atitudes adotadas (FERNANDES et al., 2014).

Ainda há, principalmente por parte da população feminina, a ideia de que quando estão em um relacionamento estável essas se encontram protegidas das IST e que devem se submeter à vontade do homem. Devido ao fato dos sintomas da aids aparecerem tardiamente, os adolescentes não adotam medidas de prevenção o que também os torna vulneráveis. Outro fator é o consumo de drogas lícitas e ilícitas, pois as mesmas alteram o estado de consciência e compromete a capacidade de tomada de decisão (TOLEDO e TAKAHASHI, 2011).

Em estudo realizado com adolescentes, os mesmos não possuíam informação correta e suficiente acerca dos comportamentos sexuais de risco, como as formas de se infectarem ao manterem relação sexual por via oral/anal, ou no período menstrual ou ainda que o HIV pode ser transmitido no período gestacional, durante e após o parto. Além de equívocos quanto ao uso de medidas de prevenção que envolvem outros métodos menos o uso do preservativo, como a prática do coito interrompido, o uso de antibiótico, realizar ducha ou ingerir uma vitamina após o ato sexual (TOLEDO e TAKAHASHI, 2011).

A infecção pelo HIV pode atingir dois grupos na adolescência, os que se infectaram por transmissão vertical e os que adquiriram por transmissão horizontal. Porém, independente da forma de transmissão ser adolescente infectado pelo vírus HIV não é uma tarefa fácil e tem se tornado uma realidade no cenário brasileiro. O sentimento de medo permeia o momento da revelação do diagnóstico devido ao

preconceito e estigmas que envolvem a doença, assim, os adolescentes optam por revelar seu diagnóstico a um número limitado de pessoas, geralmente esses são membros de sua família. Para adolescentes que convivem com o HIV, a aids remete ao preconceito, ao sentimento de exclusão no ambiente social, a insegurança e as dificuldades em aderir ao tratamento e nos relacionamentos interpessoais e profissionais (BORTOLOTTI et al., 2014).

Com os avanços e a garantia de acesso à terapia antirretroviral combinada (TARVC) desde sua efetiva implementação em 1997 houve uma queda na taxa de mortalidade mundial devido a aids. Também, o fato da medicação estar disponível às mulheres no período fértil e em particular às gestantes que realizam o pré-natal, ocorreu uma redução no número de crianças infectadas pelo HIV através da transmissão vertical que é a forma em que a mãe transmite o vírus para a criança. Investimentos estão sendo realizados para detectar gestantes portadoras do HIV e garantir um atendimento com qualidade ao binômio mãe-filho (UNAIDS, 2013).

As políticas públicas direcionadas para o adolescente apresentam-se em processo de implantação e implementação. As políticas de saúde no Brasil, com enfoque na adolescência, mostram-se pouco integralizadas e eficazes no que se refere ao adolescente e sua família, o que ocasiona a incapacidade em atender essa clientela nos serviços de saúde. Pode-se perceber que as políticas apresentam maior aspecto de controle do que a valorização da participação e presença dos adolescentes na construção de sua cidadania (JAGER et al., 2014).

Em 1989, o Ministério da Saúde regularizou o programa Saúde do Adolescente (PROSAD), com o propósito de regularizar as ações de saúde na adolescência. Em 1999, foi instituída a Área de Saúde do Adolescente e Jovem (AJAJ), o que culminou com a criação de programas e projetos voltados para essa população, entretanto não foi bem sucedido e acabou não sendo executado de fato (BRASIL, 1993; JAGER et al., 2014).

O ECA foi criado em 13 de julho de 1990 e seu artigo Nº 11 diz que é “assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente pelo SUS, garantindo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2012a, p.13).

O Conselho Nacional de Juventude (CNJ) e a Política Nacional de Juventude (PNJ), do Governo Federal, são os órgãos responsáveis por viabilizar as discussões

acerca das políticas públicas direcionadas aos adolescentes e jovens. Eles tiveram sua criação em 2005 pela Secretaria Nacional da Juventude. Dentre as atribuições do CNJ podemos destacar: formular e propor diretrizes norteadas às políticas públicas de juventude, desenvolver e aprimorar estudos e pesquisas a respeito da realidade socioeconômica dos jovens e articular o intercâmbio entre instituições juvenis nacionais e internacionais. O objetivo da PNJ foi demonstrar que a juventude é uma parcela da população estratégica, que possui direito a políticas apropriadas preparadas para responder às suas demandas (SILVA et al., 2011; JAGER et al., 2014).

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde criou o chamado Marco Legal da Saúde do Adolescente, estabelecendo desta maneira instrumentos legais de proteção aos direitos da população jovem visando assegurar de modo integral o exercício de seu direito à saúde, tanto na esfera nacional quanto na internacional, dando subsídios aos profissionais da saúde, gestores, estaduais e municipais (BRASIL, 2005).

Em 2007, o Ministério da Saúde foi responsável pela elaboração de um manual cujo objetivo era oferecer orientações essenciais com o intuito de direcionar as ações e serviços de saúde, visando acolher os adolescentes de maneira resolutiva e participativa. O manual é composto de princípios e diretrizes do atendimento aos adolescentes e jovens; diagnóstico e planejamento das ações de promoção à atenção, recursos humanos, tendo como foco a busca pelo trabalho inter e multidisciplinar e educação permanente da equipe; estrutura física de modo que seja criado ou adaptado ambientes para que essa população sinta-se à vontade; perspectiva de trazê-los à unidade de saúde otimizando as oportunidades desses com a equipe do serviço; formas de atendimento individual como a consulta, atividades em grupo, referência e contra referência entre outros (BRASIL, 2007b).

No que se refere ao adolescente que tem HIV, com relação as políticas públicas, existe o Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV que traz informações e orientações com relação a atenção solicitada pelos adolescentes e jovens vivendo com HIV dependendo de cada situação peculiar. Nele são abordados aspectos epidemiológicos da infecção em adolescentes no Brasil; avaliação clínica do adolescente vivendo com HIV; abordagem com familiares/cuidadores; aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e revelação do

diagnóstico; terapia antirretroviral; adesão entre outros (BRASIL, 2006a), e também foi desenvolvido visando a assistência ao adolescente o Consenso de Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV (BRASIL, 2009).

Segundo a OMS, em consenso revisado em 2010, adotou-se o início da TARVC para todas as crianças infectadas pelo HIV menores de 24 meses, independente da contagem de células CD4 e do estágio clínico, e foi estipulado um novo padrão para crianças de dois a cinco anos, CD4 de 25% ou 750 células/ $\mu$ L (OMS, 2010). Para 2015, a OMS possuía como meta a erradicação dos casos de crianças infectadas pelo vírus da aids (UNAIDS, 2013).

Devido à implementação de estratégias mais efetivas para redução da transmissão vertical e maior sobrevivência das crianças portadoras do HIV, hoje essas crianças se tornaram adolescentes e estão vivenciando um importante momento de passagem para a fase adulta (BAZIN et al., 2014).

Nos Estados Unidos, mais de 25 mil adolescentes com idade entre 13 e 24 anos estão em transição para o ambulatório de seguimento de adultos. Deste modo, visando à redução dos impactos causados por esse momento de mudanças é de suma importância que haja a participação efetiva de uma equipe multidisciplinar junto a esses adolescentes. E, que o planejamento e acompanhamento da transição inclua uma abordagem integral, englobando a saúde mental e desenvolvimento cognitivo, adesão ao tratamento, sexualidade, saúde reprodutiva, identidade de gênero, aspectos sociais, estigma, ruptura com o ambulatório de pediatria e comunicação (CERVIA, 2013).

A utilização da terapia antirretroviral na adolescência envolve aspectos relacionados à revelação e adesão, sendo para muitos um momento crucial e determinante. Tanto para os adolescentes progressores lentos que sobreviveram por longo período, mas nunca fizeram uso de nenhuma terapia, como para os infectados na adolescência, o início do tratamento pode acarretar grandes mudanças em seu modo de vida (BRASIL, 2009b).

A adesão à TARV possui um desenvolvimento dinâmico que recebe influências do contexto sócio-cultural, depende essencialmente da qualidade da relação entre usuários e profissionais de saúde e da forma como as pessoas portadoras do HIV encaram suas chances de obtenção de uma qualidade de vida.

Uma efetiva adesão ao tratamento é considerada quando se mantém a carga viral em níveis indetectáveis, para isso é preciso que pelo menos 95% dos medicamentos ARV prescritos sejam ingeridos efetivamente (GOMES et al., 2009).

Os obstáculos na continuidade do tratamento devido a questões psicológicas como o humor deprimido, ou por causa de efeitos colaterais como a sensação de piora após a tomada da medicação, acaba por ocasionar falhas no tratamento (FIUZA et al., 2013). A não adesão ou adesão parcial ao tratamento entre os adolescentes portadores de HIV é tida como uma das maiores ameaças contra a eficácia do tratamento podendo levar a ocorrência de vírus-resistência e os tornar mais susceptíveis as infecções oportunistas (GONTIJO et al., 2014).

O cotidiano dos adolescentes que convivem com o HIV influencia em uma efetiva ou não adesão ao tratamento na medida em que adolescentes na fase inicial da adolescência precisam de um responsável que os acompanhe nas consultas e que o ajude a seguir a terapêutica prescrita. Entretanto, questões próprias do cuidador também podem interferir na adesão como nível de escolaridade, renda, idade avançada, problemas familiares, cotidiano, dentre outros. E a ingestão de medicamentos no período escolar pode levar a omissão de doses uma vez que expõe a condição de soropositividade ocasionando falhas terapêuticas (PAULA et al., 2013).

Segundo estudo recente para avaliar a adesão ao tratamento por crianças e adolescentes, foi descrito que 59% das crianças e metade dos adolescentes apresentaram supressão viral, na medida em que aproximadamente 93% das crianças e 77% dos adolescentes relataram não ter perdido nenhuma dose da TARV nos últimos três dias, estando estes valores associados à qualidade de vida dos cuidadores, escores reduzidos de ansiedade, contexto e momento do diagnóstico de HIV e havendo adesão mais efetiva pelos diagnosticados por triagem familiar (CRUZ et al., 2014).

Isto demonstra os benefícios da adesão a TARV, entretanto, o tratamento com antirretroviral pode ocasionar efeitos adversos em curto prazo como náuseas e vômitos e em longo prazo lipodistrofia e dislipidemia, o que irá repercutir na qualidade de vida. Devido a esse fato, muitas pessoas que vivem com o HIV apresentam dificuldades de adesão relacionadas às repercussões clínicas do

tratamento, mas inclusive também pela dificuldade de acesso ao serviço, medicamentos e debilidade das políticas públicas (OLIVEIRA et al., 2014).

Ao compreender as experiências vividas pelos adolescentes que convivem com HIV, englobando em seu cotidiano terapêutico essa doença como seu estado clínico inalterável, a mudança de atendimento que passa do serviço pediátrico para o adulto e a revelação do diagnóstico, atenta-se para as atribuições dos profissionais nesse contexto, assim como suas intervenções em conjunto com o adolescente e seu familiar/cuidador (MOTTA et al., 2014).

Tais fatores do cotidiano terapêutico do adolescente podem tornar esse adolescente mais vulnerável e isso irá depender do seu grau de desenvolvimento e de sua vivência com fatores inerentes à doença. Porém, se tem conhecimento que ao se saber o diagnóstico muitas vezes se opta em não revelá-lo a terceiros o que implica em ter dificuldades em se obter informações sobre o que é HIV e aids, como acontece a transmissão do vírus, como eles foram infectados, como é seu tratamento e por que realiza-lo, a relevância em se manter uma adequada adesão e as implicações da soropositividade na vida e saúde (BUBADUE et al., 2013).

Com relação a terapia medicamentosa esta possui características quanto à quantidade de ARV, apresentação, horários e frequência, o que ocasiona na maioria das vezes a não adesão ao tratamento. Os medicamentos que são consumidos de forma regular e contínua são considerados muitas vezes como uma forma de “cárcere” para as pessoas com HIV cuja as atividades da vida diária estão relacionadas aos horários, esquemas e dosagens requeridos ao se utilizar a TARV (MOTTA et al., 2013).

Para tomar os ARV o adolescente e sua família se valem de estratégias para que os horários da medicação não coincidam com o período escolar. O período de preferência é o momento que o adolescente está em sua residência, o que viabiliza a privacidade e sigilo em seu tratamento e diagnóstico. Para manter sua doença oculta algumas pessoas utilizam estratégias como esconder o medicamento, retirar rótulos de frascos, tomar os medicamentos em lugares reservados o que demonstra o receio em sofrerem com o preconceito e discriminação (TEIXEIRA et al., 2008; ROMEU et al., 2012).

No tocante às dificuldades em ingerir os medicamentos estudos relatam que há intolerância ao odor e ao sabor, tamanho, quantidade, uso prolongado e as

embalagens são determinantes para a não adesão dos ARV. Além disso, ocorrem frequentemente efeitos colaterais dos ARV que também interferem na adesão ao tratamento, sendo os principais efeitos: diarreia, distúrbios gastrintestinais como vômito e náuseas e *rash* cutâneo, demonstrando, desta maneira, a necessidade do uso de medicamentos profiláticos associado aos ARV com vistas a garantir a manutenção da saúde, bem-estar e possibilitar a redução dos efeitos adversos no intuito de fortalecer a adesão a TARV (TEIXEIRA et al., 2008; BRASIL, 2008b; RIBEIRO et al., 2010; MOTTA et al., 2013).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Ao procurar embasamento nos referenciais filosóficos que fundamentassem o objeto de pesquisa, a compreensão do cotidiano do adolescente em tratamento com antirretrovirais inserido no Serviço de Assistência Especializada encontrei em Martin Heidegger a possibilidade de desvelar esse fenômeno existencial.

Deste modo, este estudo trata de uma pesquisa de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger.

A pesquisa qualitativa considera as expectativas do pesquisador, permite um contato harmonioso e autêntico envolvendo as questões do estudo. A fenomenologia enquanto referencial metodológico, na pesquisa qualitativa possibilita a abertura para compreender os variados significados (GÜNTHER, 2006).

A fenomenologia aplicada às investigações no contexto da enfermagem tem desvelado dubiedades do cuidar para expandir possibilidades do olhar ao ser do humano, rompendo o modelo biomédico e de fragmentação do indivíduo. Ao desvelar o fenômeno vivido, possibilita a compreensão do ser em suas múltiplas facetas, em suas vivências e relações no mundo cotidiano (PAULA et al., 2012).

Desde a década de 1980, está ocorrendo uma gradativa expansão no volume de pesquisas realizadas no campo da enfermagem sob a ótica fenomenológica, o que é explicado na medida em que se reconhece a relevância da compreensão dos fenômenos a partir de quem os vivencia (GIL e YAMAUCHI, 2012).

Enquanto movimento filosófico, a fenomenologia teve seu surgimento no princípio do século XX na Alemanha, com Edmundo Husserl que recebeu influências de pensadores como Platão, Descartes e Brentano. E, também influenciou alguns filósofos da contemporaneidade como Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty (SILVA et al., 2008).

Husserl tentou explicar atos e pensamentos humanos a partir do questionamento das duas formas de conhecimento o empirismo, no qual o mundo era considerado uma máquina impessoal e em que o sujeito era negado e a experiência afirmada. E o racionalismo, que tendia a excluir o mundo, deixando apenas uma visão reflexiva e onde se considerava o sujeito, mas anulava a experiência (MONTEIRO et al., 2006). Percebe-se que essas duas linhas expressam

uma racionalidade que rompe com o mundo vivido, pois o homem não é constituído somente de subjetividade e nem só de objetividade.

A fenomenologia possibilita o saber-compreensão, que se fundamenta no rigor, pois busca considerar o ser envolto em sua singularidade, uma vez que se atenta para o que se repete e o que se manifesta. Para Heidegger (2014, p.121) a fenomenologia é descrita como “fazer ver a partir dele mesmo o que se mostra tal como ele por si mesmo se mostra”. É a busca por aquilo que ainda não foi revelado e só é possível acessar através do ser que o vivenciou.

Centraliza seu olhar no ser humano enquanto ser-no-mundo, reconhecendo a importância de suas vivências e experiências, sejam, individuais ou coletivas. Busca alcançar e compreender o vivido das pessoas, entendendo o fenômeno em sua essência. Para a condução da presente investigação, a fenomenologia se mostra como possibilidade de suporte metodológico, que se afasta do senso comum e realiza a redução de pressupostos (MOREIRA, 2002).

Além de ser utilizado como referencial teórico-filosófico, Heidegger apresenta um método, ou seja, um caminho para o desvelamento do ser. É preciso nos distanciarmos do conceito já conhecido de método como uma usual técnica de pesquisa, é fundamental sim, caminhar, o caminho até nós mesmos, entretanto esse não é mais um caminho para um eu solitário, visto que pertence a fenomenologia a intenção de não se fechar e sim envolver-se.

### 3.1 A fenomenologia de Martin Heidegger

A fenomenologia almeja a compreensão do mundo da vida cotidiana, buscando apreender, descrever e interpretar os fenômenos que se mostram a si e em si mesmo. Por meio das experiências vivenciadas pelo ser-no-mundo, busca-se a compreensão e interpretação do fenômeno, do que é pesquisado, se tornando objeto desta metodologia, o próprio fenômeno e como ele é percebido pelo ser.

O impulso para a investigação surge a partir do contato do pesquisador com os problemas, ou as coisas em si mesmas, aquilo que emerge do cotidiano, ou seja, do contato com o vivido. O investigador se vê envolto nas experiências, no viver e falar humano em busca dos sentidos que o ser exprime, se posicionando de forma a compartilhar e envolver-se com o outro e com o fenômeno estudado, visando

compreendê-lo a partir da essência do vivido do ser-aí lançado no mundo (TERRA et al., 2006; DUARTE; ROCHA, 2011).

Heidegger considera a fenomenologia como sendo o caminho para se alcançar o sentido do ser. O termo fenomenologia significa estudo dos fenômenos, aquilo que se mostra, se manifesta à consciência. Daquilo que é dado, busca-se o sentido do fenômeno, uma vez que precisa ser desvelado, para chegar àquilo que a coisa é. Em que o mostrar-se é o que se revela, o que se mostra em si mesmo (HEIDEGGER, 2014). Assim, “a compreensão da fenomenologia depende unicamente de se apreendê-la como possibilidade” (HEIDEGGER, 2014, p.78).

O fenômeno não se revela de forma fácil e imediata, ele conserva-se escondido no que está dado. Esse manter-se encoberto ou regressar a se encobrir ou somente revelar uma faceta, não faz alusão ao ente, mas sim ao ser do ente. Um fenômeno pode estar encoberto visto que ainda não foi conhecido, pode ter sido de novo encoberto, quando antes foi descoberto, mas voltou a cair no encobrimento (HEIDEGGER, 2014).

A fenomenologia permite o “encontro” do pesquisador e do pesquisado. Essa objetiva interpretar a existência, a qual ocorre a reflexão. De forma que a reflexão trará as possibilidades de clarificar os fundamentos da existência, bem como alcançar a sua significação (CAPALBO, 1987).

A fenomenologia desvela o sentido de ser e as estruturas da presença, abrindo-se para uma investigação ontológica. A hermenêutica heideggeriana se dá pela compreensão e interpretação do sentido que apresenta o ser humano em seus modos de ser no mundo (HEIDEGGER, 2014). A hermenêutica possibilita a busca pela essência da presença em sua cotidianidade “em que a cotidianidade é antes de tudo o modo de ser da presença, justamente quando essa se move numa cultura altamente desenvolvida e diferenciada” (HEIDEGGER, 2014, p.95).

O referencial metodológico heideggeriano apresenta duas dimensões: ôntica e ontológica. A instância ôntica busca a descrição da experiência e remete ao ente. A partir do questionamento do ente, compreendendo este ente como a forma como nos comportamos, sobre o que falamos e como entendemos as coisas. Ente é como nós somos, é presença, e é através dele que busca-se o sentido do ser. O ente sendo pre-sença se vê lançado no mundo e sendo no mundo se apresenta como um

ser de possibilidades. A dimensão ontológica busca a compreensão do fenômeno e remete ao ser, um quem desconhecido (HEIDEGGER, 2014).

A ontologia busca desvelar o que está velado no homem, ou seja, o seu ser. Esta compreensão mostra a essência deste ente considerado para Heidegger também como sua existência. Para que este movimento ocorra nos é solicitado à destruição, como conduta de atentarmos sobre o que nos inquieta no ser do ente.

O ser-no-mundo não é um termo em que busca explicar como o homem está posto no mundo. Longe disso, o homem estreia a sua existência no mundo a partir de um questionamento acerca do seu ser. Caso o ser do ente seja o perguntado, o próprio ente é o interrogado. *Dasein*, é aquele que junto com o seu ser e o sentido do ser constituem a estrutura da questão do ser. Desta maneira, a análise heideggeriana vai tratar sobre a forma do ser-no-mundo e destacar que o ser-aí. *Dasein*, é o único ente apto para despertar a espacialidade do mundo, num manejo obtido pela pres-ença (TEIXEIRA, 2012). Enquanto, pre-sença no mundo e sendo no mundo compreende-se como ser de possibilidades. *Dasein* é, nesse sentido, “um ente que funda todos os seus comportamentos em relação aos entes em geral em um comportamento originário em relação ao mundo” (CASANOVA, 2009, p. 92).

A existência do ser caracteriza-se em autêntica ou inautêntica. A existência inautêntica refere-se ao modo de ser da ocupação impessoal, em que o ser se encontra no mundo público, em uma existência imediata. Assim ele é submetido ao falatório, curiosidade e ambiguidade, estabelecendo o próprio modo de ser da decadência. Entretanto, é através da inautenticidade que se tornará possível alcançar à autenticidade por meio da reinterpretação dos sentidos (FRANÇA e RIBEIRO, 2006).

Na autenticidade, “o homem não somente se ocupa das atividades do cotidiano, da mesma forma que se pré-ocupa, comporta como ser-com e reconhece seu ser, de maneira que percorre entre a angústia e a morte” (HEIDEGGER, 2014, p. 241).

O movimento da inautenticidade para a autenticidade, e vice-versa, pode ocorrer constantemente. Entretanto, ambas traduzem a ação do homem, não havendo uma relação de superioridade de uma forma de existência em relação a outra. Acredita-se na possibilidade do ente mostrar aquilo que ele não é, apresentando-se na aparência, em outros momentos, parece ser o que os outros

querem que ele pareça, ou mostra-se a si mesmo, aparecer, de maneira a “anunciar-se de algo que não se mostra por algo que se mostra” (HEIDEGGER, 2014, p. 67).

O referencial metodológico proposto por Heidegger apresenta dois momentos: a compreensão vaga e mediana, que é a análise compreensiva (significados), e no segundo momento a análise hermenêutica, que acontece pela interpretação dos significados, ou seja, dos sentidos a luz de Heidegger. A compreensão vaga e mediana é constituída pelas falas dos depoentes, em que esta “é a articulação significativa da compreensibilidade do ser-no-mundo, a que pertence ao ser-com e que sempre se mantém em um determinado modo de convivência ocupacional” (HEIDEGGER, 2014, p.224), sendo a abertura do ser-no-mundo.

A compreensão vaga e mediana se manifesta também pelo escutar que é constitutivo da fala, em que o escutar é o estar aberto para a presença enquanto ser-com os outros, pois a voz do outro traz toda presença consigo. A linguagem permite ao sujeito dizer de si, mostrar-se em seu sendo. No entanto, longe de ser meramente meio de comunicação ou forma de expressão, ela abre caminho para que o dizer responda à revelação do ser implícito na aparição dos ente (HEIDEGGER, 2003).

A compreensão interpretativa é o desvelar do fenômeno, é a dimensão ontológica em que esse não se mostra diretamente, está velado, sendo necessário desfazer o que é factual para manifestar-se o sentido do ser.

Heidegger nos fala que é necessário desenvolver três momentos fundamentais: posição prévia, visão prévia e concepção prévia. A posição prévia diz respeito à tradição científica, tudo que existe de científico acerca da temática de investigação. A formação da visão prévia realizou-se durante a compreensão dos significados e na interpretação dos sentidos manifestados nos depoimentos, apoiada em dois momentos: compreensão vaga e mediana e compreensão interpretativa. Esses momentos são fundamentais para chegar no desvelamento do ser. Tanto a posição prévia quanto a visão prévia “delineiam, simultaneamente, a conceituação (concepção prévia) para a qual se devem dirigir todas as estruturas ontológicas” (HEIDEGGER, 2014, p. 304).

Na fenomenologia heideggeriana não existe distanciamento entre ser e mundo, visto que o ser apresenta-se como ser-no-mundo, dando a ideia de unidade e totalidade. Neste sentido, esta investigação partirá do ser-no-mundo (ser do

adolescente convivendo com HIV) no horizonte da cotidianidade (ao estar adolecendo em tratamento com a TARV) desvelando-o para além das aparências. O que para Heidegger significa “ir-à-coisa-mesma”, ou seja, compreender a essência do fenômeno (MONTEIRO et al., 2006; PAULA et al., 2012).

Partindo-se deste horizonte iremos para o segundo momento que trata da hermenêutica interpretativa, na busca do sentido, o qual interpreta compreensivamente os modos e disposições de ser no mundo. Apoiada pela obra *Ser e Tempo*, foi desenvolvida a análise, a fim de desvelar parte do fenômeno da pesquisa em seus modos de ser-no-mundo.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 O campo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Assistência Especializada (SAE) localizado na região central do município de Juiz de Fora sendo este serviço referência municipal e para os moradores da Zona da Mata Mineira. Os usuários são atendidos individualmente por uma equipe multiprofissional composta por: médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, educadores, entre outros. O serviço realiza atendimento e acompanhamento de pessoas portadoras do HIV que necessitam de atendimento ambulatorial. No SAE são realizadas ações de assistência, prevenção e tratamento aos portadores de HIV e aos seus familiares proporcionando um atendimento individual e humanizado (BRASIL, 2008a).

Os objetivos deste serviço especializado são: oferecer assistência humanizada e de qualidade; reduzir a demanda por internação hospitalar e a permanência na ocupação dos leitos, constituir formas de referência e contrarreferência para outras especialidades médicas, instituir práticas para adesão à terapia antirretroviral, priorizar a atenção à coinfeção HIV/Tuberculose, exercitando práticas para controle da coinfeção e aumento da adesão do paciente às terapias e constituir-se, em unidade dispensadora de medicamentos (BRASIL, 2011).

### 4.2 Os adolescentes participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 10 adolescentes que convivem com o HIV e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ter a idade entre 12 e 19 anos, apresentar condições cognitivas para participação na entrevista, ou seja, capaz de articular o pensamento e a fala, ter conhecimento de seu diagnóstico como portador do HIV, estar inscrito no Serviço de Assistência Especializada, independentemente de seu grau de adesão a TARV e de estar ou não realizando tratamento para coinfeções. Foram considerados excluídos os participantes que não atenderam aos critérios de inclusão e que se recusaram a participar da pesquisa.

Na busca por desvelar o fenômeno e refletindo sobre o pensamento de Heidegger demos voz a quem é ente, valorizando e buscando compreender seus sentimentos, comportamentos, suas emoções, atitudes e opiniões, ou seja, aquilo que se faz pre-sença em seu mundo-vida (HEIDEGGER, 2014).

Utilizou-se um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE A). O número de depoentes não foi estabelecido previamente pois trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica, em que não se valoriza o quantitativo, mas a essência do que se mostra. Buscando a compreensão do mundo-vida por meio da imersão nas falas dos participantes ocorreu a apreensão dos significados expressos pelos adolescentes acerca de seu cotidiano terapêutico. A partir do momento em que não surgiram novos significados finalizou-se a realização das entrevistas.

#### 4.3 Questões Éticas

Segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) os adolescentes são considerados um grupo vulnerável se tornando necessário assegurar uma fundamentação ética que garantisse a sua proteção como: a liberdade em realizar a pesquisa de maneira voluntária, autorização em participar da pesquisa por um responsável legal, autonomia no termo de assentimento. O anonimato, o sigilo do diagnóstico, a confidencialidade das informações da pesquisa foram mantidos a fim de resguardar a integridade do participante de danos temporários e permanentes (BRASIL, 2003).

Previamente, foi solicitada autorização da Direção Clínica da Instituição (ANEXO A), da gerente do serviço (ANEXO B), além de obter a autorização da Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (ANEXO C). Além disso, foram assinadas pelo diretor e pela gerente do SAE, as declarações de infra-estrutura (ANEXO D e E). Posteriormente a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF que após a apreciação emitiu Parecer de aprovação sob o número 1 293 580 (ANEXO F).

Respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012b), foi necessário desenvolver para que os menores de 18 anos pudessem externar seu assentimento em um Termo de Assentimento Livre

Esclarecido (APÊNDICE B) e para os adolescentes maiores de 18 anos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), como também foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) para consentimento formal de seu responsável legal no caso dos menores de 18 anos. E também foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o profissional que atua no atendimento desses adolescentes (APÊNDICE E).

Anteriormente a abordagem do adolescente e de seu responsável, a pesquisadora entrou em contato com o profissional médico que acompanhava os possíveis participantes do estudo, para coletar informações quanto ao nível de conhecimento do adolescente sobre o seu diagnóstico e se esse estava ciente de sua condição de saúde. A colaboração do profissional, ocorreu afim de minimizar ou abolir quaisquer constrangimentos que poderiam ocorrer no momento da entrevista ao participante. Desta maneira, a pesquisadora pode aplicar as questões norteadoras, ciente de que o participante tinha conhecimento de sua doença.

Após a autorização do responsável legal por meio da assinatura do TCLE foi entregue para o adolescente o Termo de Assentimento. O assentimento informado foi assinado pelo adolescente que concordou em participar da pesquisa, sendo que esse documento não substituiu a necessidade do TCLE de seu responsável legal. No caso do adolescente que tinha mais de 18 anos foi entregue a ele apenas o TCLE.

Os depoimentos foram gravados para que fosse possível prestar maior atenção a fala do depoente e para que não se perdesse nenhum detalhe. Após serem esclarecidos sobre os objetivos e métodos da pesquisa dois adolescentes se recusaram em participar, entretanto, não houve nenhuma desistência no decorrer das entrevistas e nenhuma contestação em relação ao uso do gravador. E apenas um adolescente não pode participar pois apresentava deficiência cognitiva.

Para preservar a identidade de cada adolescente adotou-se como forma de identificação dos participantes a seguinte ordem: sexo (F representando o sexo feminino e M representando o sexo masculino), idade, a vogal E (representando a palavra entrevista), seguida pelo número arábico correspondente a ordem da entrevista (ex: F15E1). Os depoimentos gravados e os termos ficarão arquivados com a pesquisadora, por um período de 5 anos e findado este período serão destruídos.

#### 4.4 Aproximação ao cenário

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP/UFJF, ocorreu a aproximação ao cenário para dar início à produção dos depoimentos. Não tendo nenhum contato prévio com o cenário fez-se necessário uma aproximação com a equipe e conhecimento do espaço físico. Assim, ocorreu a ambientação, ou seja, o momento de estabelecer relações afim de se obter auxílio para seleção do local para a entrevista, acesso aos documentos e sujeitos da pesquisa, buscando a familiarização com o ambiente em que ocorreria a produção dos depoimentos (PAULA et al., 2014).

Para selecionar os participantes após minha apresentação aos profissionais que atuavam no serviço foi me disponibilizado uma lista em que constava o número do prontuário, nome dos adolescentes, data de nascimento, notificação, um campo para observações no caso de transferência ou óbito e o local de proveniência. Após análise selecionei os adolescentes que se enquadravam no critério de inclusão idade. Assim, ao ter acesso a agenda da pediatra pude identificar mais facilmente as datas das consultas em que estes adolescentes estariam presentes no serviço.

Com o intuito de fortalecer a ambientação e a relação de confiança com os profissionais realizava sempre que possível conversas informais e me colocava a disposição, não sendo mais uma pessoa desconhecida para eles. A ambientação é um processo que estende-se até a realização das entrevistas, em que o pesquisador busca perceber a singularidade e os significados expressos pelos participantes, exercitando desta maneira, a escuta e mantendo um constante exercício de redução dos pressupostos (PAULA et al., 2014).

#### 4.5 A produção dos depoimentos

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2015 a março de 2016 e efetivaram-se por meio da técnica de entrevista aberta, composta por perguntas que permitiram uma maior interação com os participantes, de forma empática, sendo necessário que a pesquisadora colocasse em suspensão o seu ser-

no-mundo sem preconceito ou impostura, de modo a ser-com-o-outro. O tempo máximo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 34 minutos.

O fenômeno lembrado no momento da entrevista não é a vivência vivida novamente, mas trazida à tona com sua intensidade relativa e própria. Porém, tal possibilidade só é possível quando há o estabelecimento de um vínculo empático entre entrevistador e entrevistado, em que há o reconhecimento do outro com um ser de possibilidades vivenciais idênticas às minhas, mesmo que essas possuam teores diversos (RANIERI e BARREIRA, 2010).

A entrevista fenomenológica permite a narração das experiências vividas e procura captar os fenômenos vividos tal como são vividos, sendo centrada em um pensamento não-causal, o fenomenológico, cujo foco não é a explicação e sim a compreensão das vivências e sentidos. Faz-se necessário que o pesquisador esteja atento ao que está sendo narrado para guiar a entrevista em direção ao conteúdo almejado e para esclarecer possíveis fragmentos que podem se apresentar de forma vaga no decorrer da narrativa (RANIERI e BARREIRA, 2010).

Para a realização das entrevistas, primeiramente, abordava o profissional de saúde que acompanhava o adolescente no serviço para saber qual o nível de conhecimento que o adolescente possuía a respeito do diagnóstico de sua doença ou se esse ainda não havia sido revelado.

Foi disponibilizado pelo serviço a sala da nutrição que não estava sendo utilizada, porém no decorrer da coleta dos depoimentos a sala foi solicitada para atendimento da psicóloga e passou-se a realizar as entrevistas em um dos consultórios que estavam vagos.

Após saber sobre o grau de conhecimento do adolescente a respeito de seu diagnóstico buscava informação se o mesmo já havia sido consultado, preferindo aguardar o término da consulta para que o adolescente durante a entrevista não ficasse preocupado em ser chamado para o atendimento. Somente em duas ocasiões a entrevista ocorreu antes da consulta médica, pois haviam outras pessoas que seriam atendidas primeiro.

De forma empática e informal me apresentava ao responsável e o convidava para conversar em particular com o intuito de apresentar a pesquisa, seus objetivos e obter seu consentimento. Neste momento, o familiar e/ou responsável externava a necessidade de conversar e desabafar suas angústias com relação ao modo difícil

de se lidar com um adolescente, principalmente quando se trata de sexualidade, adesão ao tratamento, indisciplinas e a própria compreensão da doença. Em algumas ocasiões era solicitado a pesquisadora que abordasse esses temas com os adolescentes.

Em seguida, convidava o adolescente para adentrar a mesma sala e solicitava que o responsável o aguardasse do lado de fora. Ao iniciar a conversa buscava descontraír e criar um ambiente favorável ao diálogo por meio de uma conversa informal. Explicava-lhe sobre os objetivos da pesquisa e as questões éticas envolvidas deixando-o à vontade para escolher se gostaria ou não de participar da pesquisa. Apenas três adolescentes se recusaram em participar.

Nos primeiros encontros, a pesquisadora ficou ansiosa preocupando-se em não formular uma pergunta que influenciasse de forma direta na resposta do adolescente o que culminaria com o descarte da entrevista não podendo ser utilizada na pesquisa.

Quando transcreveu as primeiras entrevistas observou que os depoentes falaram pouco e que a mesma não havia aproveitado suas falas para fazer novos questionamentos, o que é permitido na entrevista fenomenológica. Notou-se também a necessidade de acrescentar uma questão disparadora que remetesse o adolescente ao vivido da descoberta do diagnóstico. Nesses momentos buscou orientação, e nas conversas com a orientadora, percebeu-se repleta de pressupostos e incertezas com relação ao uso adequado do método. Desta maneira a orientadora deixou-a compreender o que podia ser realizado para melhorar a qualidade das entrevistas.

Utilizou-se, inclusive, a leitura de artigos científicos, dissertações e teses para auxiliar e dar suporte para a pesquisadora compreender a técnica da entrevista fenomenológica e como se daria um encontro empático e com redução de pressupostos.

Seguindo este caminho na busca por aprofundar na fenomenologia, descobriu-se que a cada entrevista realizada a pesquisadora foi se apropriando da técnica da entrevista fenomenológica e minimizando suas ansiedades. No decorrer desse processo era capaz de assimilar de forma mais densa o adolescente em seus significados e modos de ser.

Nota-se a profundidade que abarca a fenomenologia, pois essa indica um tempo fenomenológico, que não é este tempo cronológico e sim um tempo singular, em que cada indivíduo, de forma particular, faz um caminho, nesse movimento, e em algum momento ao desprendimento e abertura, com possibilidades de consciência de si mesmo (PADOIN, 2006).

Antes do pronunciamento das questões norteadoras, buscou-se compreender facetas relacionadas à identificação dos adolescentes, tais como idade, gênero, cor, religião, grau de escolaridade, com quem reside, renda familiar, tempo de descoberta da doença, tempo de tratamento no SAE, medicamentos para tratamento do HIV utilizados e se fazia uso de outros medicamentos.

Logo na primeira entrevista o adolescente relatou que não sabia o nome de todos os seus medicamentos, o que levou a pesquisadora a buscar essa informação diretamente no prontuário previamente aos encontros. Porém, não deixava de questionar aos adolescentes se tinham conhecimento do nome dos medicamentos que utilizavam e constatou que somente uma adolescente sabia informar o nome de todos os seus medicamentos.

Um olhar atento acerca destas questões anteriormente citadas permitiu a construção da historiografia e historicidade. A historiografia dos participantes permitiu o registro da dimensão ôntica dos fatos, o quem do ser adolescente-soropositivo-que-vivencia-o-tratamento e a historicidade, que representa a dimensão fenomenal, foi construída com o auxílio de um diário de campo que permitiu o registro dos comportamentos, da expressão corporal, das emoções expressadas, os silêncios, pausas na fala, olhares, lágrimas, risos e os gestos (PAULA et al., 2012; HEIDEGGER, 2014).

A construção do diário de campo possibilitou a realização de registros acerca de informações que possuíam significados relevantes para a pesquisadora e que foram observadas pela mesma ao longo das entrevistas incluindo outras formas de discursos como as expressões não verbais, os gestos, a expressão corporal, o silêncio, o choro e o sorriso (BOEMER, 1994; MINAYO, 2004). Esse registro ocorria imediatamente após a entrevista. Desta maneira, o diário de campo tornou-se um instrumento que permitiu o registro de determinados significados que afloraram dos adolescentes e que não foi possível captá-los somente por meio da gravação.

A fenomenologia busca o significado das coisas, não se orienta para os fatos e sim para a realidade da consciência, a maneira de vivenciar o mundo. Essa compreensão acontece pela fala a qual ocorre em diversas formas até mesmo como o silêncio, sendo as maneiras como o ser se apresenta no mundo (HEIDEGGER, 2014).

Deste modo, cada entrevista foi transcrita na íntegra, mantendo-se a fidelidade à linguagem dos adolescentes entrevistados. Em seguida, as entrevistas foram ouvidas várias vezes e realizou-se releituras quantas vezes se fizeram necessárias, buscando a compreensão do mundo-vida e facetas do ser adolescente soropositivo, aprofundando em suas falas, em uma tentativa de perceber o que eles sentiram ao vivenciar o fenômeno.

As entrevistas foram analisadas a partir de dois momentos metódicos, o primeiro momento chamado de compreensão vaga e mediana e o segundo momento, hermenêutica interpretativa. A análise teve como parte inicial a realização da seleção dos momentos mais relevantes e expressivos com o intuito de se captar as estruturas essenciais desconsiderando-se as estruturas ocasionais e acidentais. Tais estruturas essenciais realçadas condiziam com o objetivo apresentado (AMORIM, 2013). Segundo Heidegger (2014, p. 54):

Essenciais são as estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática. Do ponto de vista da constituição fundamental da cotidianidade da presença, poder-se-á, então, colocar em relevo o ser desse ente.

Buscou-se destacar o que havia em comum nas entrevistas, por meio do destaque das estruturas essenciais observadas nas falas. O destaque foi realizado através da utilização de cores diferentes que faziam alusão a um significado comum, sendo construído um quadro cromático, com o objetivo de reunir falas que possuíam as mesmas essências por cores. Organizou-se os trechos congruentes afim de construir as Unidades de Significação (US).

Por meio da compreensão vaga e mediana, são apontados os significados captados nos discursos dos participantes, demonstrando aquilo que o ser revela diretamente na maioria das vezes, o modo-de-ser no cotidiano, encontrado na dimensão ôntica dos fatos. Esse momento visa explicitar “o ser deste ente, sem interpretar-lhe o sentido. O que compete é liberar o horizonte para a mais originária

das interpretações de ser” (HEIDEGGER, 2014, p. 54). De acordo com Heidegger “a compreensão vaga e mediana é um fato”, isto é, aquilo que o ente pensa e fala sobre o ser, entretanto não se configura ainda como uma forma de interpretação deste ser (HEIDEGGER, 2014, p. 41).

Não se busca por meio do método fenomenológico alcançar a verdade ou a falsidade das experiências relatadas pelos participantes, mas deve o pesquisador atentar-se em compreender o fenômeno, ou seja, “o que se revela, o que se mostra em si mesmo” (HEIDEGGER, 2014, p. 67).

Com esse intuito, deu-se início ao segundo momento metódico heideggeriano que é a compreensão interpretativa ou hermenêutica, na qual busca-se a interpretação dos sentidos que compreende a dimensão ontológica do fenômeno. A dimensão ontológica caracteriza-se como uma esfera de possibilidades de desvelamento do fenômeno de interesse, que se origina na instância factual, proporcionando-lhe sentidos permissíveis de serem desvelados (AMORIM, 2013). Trata-se da oportunidade de desvelar o fenômeno, “o qual não se mostra diretamente no fato, mas nele está velado, o que aponta a necessidade de desconstrução do factual para trazer o sentido do ser à luz” (PAULA et al, 2012, p. 988).

#### 4.6 Historiografia e Historicidade dos depoentes

A historiografia é composta pela dimensão ôntica dos fatos (PAULA et al., 2012), uma vez que contextualiza o quem do ser-adolescente-soropositivo. A historiografia configura-se como os modos de ser da história, isto é, tem como atribuição abrir o que é histórico. O passado pode ser acessado pelo *Dasein* promovendo, deste modo, a sustentação da historiografia. Esta configura-se com uma transição do ôntico para o ontológico. Na medida em que o próprio adolescente fala acerca de sua história como ser-no-mundo, os significados e sentidos que confere à sua vivência.

Foram entrevistados um total de dez adolescentes soropositivos por transmissão vertical. A idade dos participantes variou entre 12 e 18 anos, sendo a maioria dos entrevistados do sexo feminino (seis) e quatro do sexo masculino. Quatro participantes se autodeclararam pretos, três pardos, dois brancos e um

indígena. Com relação a religião a maior parte declarou ser evangélica, dois católicos e apenas um espírita, sendo que um não respondeu. A escolaridade variou do sexto ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio, apenas um está concluindo o ensino médio por meio de supletivo. No geral os adolescentes moram com pai e mãe ou um dos dois, tios (as), avós, primos e somente uma reside em uma instituição espírita. A renda familiar em salários mínimo variou entre um a três salários e um declarou não ter renda. Com relação ao tempo de descoberta da doença o mais recente foi há um ano e o mais antigo descobriu seu diagnóstico há sete anos atrás. A maioria dos adolescentes realizam seu acompanhamento e tratamento no SAE desde quando nasceram. E os principais medicamentos utilizados por eles são Kaletra, Darunavir, Ritonavir, Tenofovir, Lamivudina, Zidovudina, Efavirenz e Abacavir. Apenas uma adolescente estava fazendo uso de outros medicamentos.

A partir dos encontros vivenciados e a aproximação estabelecida com cada adolescente de forma peculiar, buscou-se nos traços expressos pelos depoentes, reconhecer as particularidades que integram sua historicidade no momento da entrevista. Ao final de todas as entrevistas a pesquisadora agradecia os participantes e lhes dava um abraço, pois se importava em demonstrar o quanto foram significativos para a pesquisa e que não estava imbuida de qualquer forma de preconceito.

Primeiramente abordei a responsável por **M14E1**, lhe informando sobre a pesquisa e os objetivos da mesma. A mãe do adolescente se mostrou interessada e externou que seria importante abordar o assunto com seu filho, pois estava encontrando dificuldades em mantê-lo aderido ao tratamento. Após sua autorização, me apresentei ao adolescente que se encontrava deitado na maca do ambulatório do SAE com queixas de cefaleia e algia no corpo. Perguntei-lhe, após minha apresentação e dos objetivos da pesquisa, se estava em condições e se teria interesse em participar da mesma. Ele prontamente respondeu que sim e logo foi se levantando da maca. Fomos para uma sala reservada em que iniciei uma conversa informal e lhe expliquei os procedimentos da entrevista. Em alguns momentos o participante curvava o seu corpo para frente e colocava sua mão no queixo. Apresentou ao longo da entrevista um tom de voz baixo principalmente quando abordou sua decisão de não contar sobre sua doença para seus amigos com o

intuito de evitar julgamentos. Me posicionei à sua frente porém na maior parte do tempo ele tinha o olhar cabisbaixo. Sempre que se referia a sua tia a denominava como mãe, pois ela ficou responsável por seus cuidados desde 01 ano de idade quando os seus pais faleceram.

Ao chegar ao SAE aguardei o término da consulta da **F15E2** e a abordei juntamente com sua mãe para que pudéssemos conversar. Primeiramente solicitei uma conversa em particular com a mãe para lhe explicar sobre a pesquisa e solicitar sua autorização. Em seguida chamei a participante para me apresentar e explicar sobre a pesquisa. Após essa etapa demos início a entrevista em que a participante se apresentava sorridente e não se aquietava na cadeira. Porém, ao perguntar sobre a doença ela se silenciava, esfregava o olho e se colocava pensativa, relatando ser difícil aceitar seu diagnóstico. Ela também curvava seu corpo em direção à mesa em sua frente e abaixava a cabeça ao relatar sobre sua doença e como a mesma a via enquanto uma adolescente soropositiva.

Ao chegar ao serviço fiquei aguardando o término da consulta para abordar a **F13E3**, sua irmã e sua responsável, que no caso era a mãe. Após o consentimento da mãe, iniciei a entrevista com a irmã mais velha que a princípio se mostrou tímida mas no decorrer da entrevista foi se tranquilizando e se mostrando aberta ao diálogo. Ela se mexia muito na cadeira e quando lhe fazia perguntas sobre o seu conhecimento acerca do HIV, ela abria um sorriso, colocava a mão sobre o rosto, preferindo não continuar falando sobre o assunto.

Após o consentimento de sua responsável, que já havia sido esclarecida sobre a pesquisa, devido a entrevista realizada com sua outra filha, demos início a entrevista em que **F12E4** prontamente aceitou o convite. Ela se posicionou na cadeira com o braço apoiado em sua lateral, e o mesmo aparentava estar tremendo. Ao ser questionada sobre sua doença e tratamento, seu semblante ficava sereno e quando buscava aprofundamento sobre seu conhecimento acerca do HIV, ela olhava para o chão e colocava o cabelo atrás da orelha, e em seguida formulava sua resposta. Quando se pôs a relatar sobre o tratamento recebido em um serviço de saúde ela demonstrou profunda tristeza e ficou com o olhar cabisbaixo. A entrevista sofreu uma pequena interrupção de um dos médicos do serviço que buscava uma informação, mas não houve interferência no prosseguimento da mesma.

Após apresentação da pesquisa à responsável pela **F15E5** que se tratava de uma profissional que atuava na instituição onde a adolescente residia, demos início a entrevista em que a adolescente se mostrou muito forte e determinada apesar de falar sobre seu passado familiar conturbado e aos poucos foi se abrindo e se sentindo à vontade para relatar sua história. Em alguns momentos, ela se mostrava séria e com expressão de raiva ao falar sobre pessoas que haviam lhe feito algum mal. Ao discorrer sobre sua doença ela demonstrava indiferença na sua fala, mas seu semblante era de tristeza. Para me explicar como era o local onde a mesma residia se debruçou sobre a mesa, utilizando o braço para demarcar os espaços e me mostrar como era a divisão e tamanho de seu quarto. Demonstrando que a mesma estava à vontade e disponível para o encontro. Ao ser questionada acerca do HIV e suas formas de transmissão, ela fez uma expressão de dúvida e uma pausa para pensar.

Após explicar sobre a pesquisa e obter a autorização por parte da tia do **M16E6**, fiquei aguardando o término da consulta com a médica e a realização da coleta de exame de sangue. Em seguida o participante e sua acompanhante se dirigiram à sala onde eu estava aguardando. A tia se ofereceu para acompanhá-lo durante a entrevista, mas o mesmo falou que não seria necessário, entretanto a tia continuou a insistir, desta maneira, tive que explicá-la que seria melhor para que ele se abrisse que não estivesse acompanhado, e a mesma compreendeu. Em seguida iniciamos a entrevista. Apesar de me posicionar à frente do participante ele preferiu sentar-se de lado e encostar na parede. Raras foram as vezes em que lançou seu olhar em minha direção, somente quando surgia alguma dúvida acerca de algum questionamento que eu havia feito. Na maioria das vezes ao me responder ele ficava com o olhar fixo na direção do chão, colocava sua mão nos lábios e manipulava os anéis que estavam em seus dedos, aparentando estar um pouco trêmulo. A entrevista foi interrompida uma única vez pelo toque do celular do participante, o mesmo se tratava do alarme que já estava programado para lhe avisar sobre o horário da medicação. Na maior parte da entrevista o mesmo se colocava muito sereno, mas expressava indignação ao falar sobre o fato de sua mãe ter lhe transmitido a doença.

**M17E7** veio acompanhado por seu pai, com o qual primeiramente conversei para lhe explicar os objetivos da pesquisa e obter sua autorização. Em seguida

abordei o participante me apresentando e conversei sobre a pesquisa. O participante em um primeiro momento falou que aceitaria participar mas que não estava disposto a falar, ou seja, se abrir. Necessitei ainda mais de utilizar a empatia para mostrar que sua fala e sua participação eram importantes e que sua contribuição para a pesquisa seria muito enriquecedora. Assim, deu-se início à entrevista, o participante ficou todo tempo com o boné em sua cabeça e a mesma abaixada e manipulando seu documento de identidade que estava em suas mãos pois havia utilizado para preencher o Termo de Assentimento e não o guardou. O adolescente se mostrou ao longo da entrevista retraído, dando respostas curtas e foi difícil manter contato visual olho no olho, pois levantou a cabeça em raríssimos momentos. Quando foi questionado sobre como descobriu ser portador do HIV, ficou um tempo em silêncio. Ao se perguntar como era sua vivência conciliada com o tratamento, o mesmo enfatizava ser muito ruim ter que tomar o medicamento. E ao falar sobre sua convivência familiar e o fato de ter sido internado em uma instituição o mesmo demonstrava muita revolta e rebeldia.

Me apresentei à mãe da **F17E8** e lhe expliquei sobre a pesquisa e solicitei seu consentimento. A responsável expressou que seria muito bom tratar sobre esse assunto com a filha, pois ela tinha dificuldade de diálogo com a mesma. Em seguida, me apresentei a participante e lhe apresentei a pesquisa. Após o aceite iniciamos a entrevista, ela se mostrou muito interessada, participativa, espontânea e articulada. Se posicionou à minha frente e mantivemos durante toda a entrevista contato olho no olho. Sempre respondendo aos questionamentos de forma clara, porém quando a instigava a falar sobre seus sentimentos e seu conhecimento sobre sua doença e tratamento ela ficava pensativa e respondia que não sabia a resposta ou optava por respostas curtas e diretas. Encerramos a entrevista e a acompanhei até a sala de espera, pois ainda iria ser atendida pela médica.

Ao chegar no SAE, a funcionária da recepção me apresentou a **F17E9** e disse que a mesma era uma adolescente rebelde e que seria bom que eu conversasse com ela, mas sem que a mesma percebesse. Ao me ver a participante se mostrou desconfiada e tentei desde o primeiro momento estabelecer um encontro empático, porém ela estava se mostrando muito fechada. Conversei primeiro com a tia da adolescente, que aproveitou a oportunidade para desabafar comigo as situações difíceis que estava passando devido ao comportamento rebelde da adolescente. Em

seguida convidei a participante para adentrar a sala e lhe expliquei sobre a entrevista. Após o término do preenchimento da primeira parte do roteiro antes de começar a entrevista, ao tentar me aproximar por meio de uma conversa informal lhe perguntei se tinha namorado e seus olhos se encheram de lágrimas, já demonstrando certa sensibilidade da participante. Ao iniciarmos a entrevista propriamente dita a questioneei como ela tinha descoberto sobre sua doença e deste momento em diante a participante se pôs a chorar durante o decorrer da entrevista. Ela se posicionou de forma lateralizada na cadeira e apoiou sua cabeça sobre o encosto da mesma, raramente olhava diretamente para mim e expressava ao falar sobre seu pai e seu namorado muita tristeza e decepção. E quando se tratava de sua doença e do tratamento a mesma demonstrava muita raiva. Ao finalizarmos a entrevista não consegui apenas agradecer sua participação e me despedir, então continuamos conversando sobre coisas casuais. Em seguida a acompanhei até a sala de espera em que se encontrava sua tia. Porém, a tia expressando sua angústia jogava indiretas sobre o comportamento da adolescente e esta respondia de forma grosseira.

**M18E10** veio a consulta acompanhado de seu pai e apesar de ser maior de idade, me apresentei primeiro ao seu responsável e lhe expliquei sobre os objetivos da pesquisa e como seria o processo de coleta das informações. O pai logo externou preocupação com relação ao que seria questionado durante a entrevista e que o filho falasse algo que em sua opinião o pudesse prejudicar e se o mesmo seria identificado. Deste modo, destaquei quais seriam as questões norteadoras e que seria garantido o sigilo de seu filho. Só assim obtive seu consentimento para falar com o adolescente. Ao me apresentar ao participante e lhe explicar sobre a pesquisa o mesmo prontamente aceitou participar. Ele possuía um estilo gótico. Apresentou dificuldades em escolher qual seria seu tom de pele e não sabia quais os nomes dos medicamentos que utilizava. Nós mantivemos durante toda a entrevista um contato olho no olho o que permitiu que ele falasse abertamente. Em alguns momentos quando falava sobre sua mãe ou como era tratado por seus familiares ele segura firmemente o termo de consentimento que estava sobre a mesa. No decorrer de toda a entrevista ele arrumava o cabelo e manipulava um *piercing* localizado em seu lábio. Ao abordar sua rotina ele sorria, como se estivesse rindo dele próprio. Ao final o levei ao encontro de seu pai, que ao vê-lo fez uma

piada devido ao fato de termos demorado, pois para ele o filho não era de convívio muito.

## **5 ANÁLISE COMPREENSIVA**

### **5.1 Compreensão Vaga e Mediana**

Obter os significados conforme as possibilidades do ser, trata-se, segundo Heidegger, de buscar alcançar a compreensão. Neste sentido, essa etapa de análise almeja a princípio revelar o ôntico, isto é, o que se relaciona ao ente, ao fato em si. Sendo percebido por meio dos significados que se mostram, quase sempre e na maioria das vezes, no cotidiano. Procurou-se destacar as estruturas essenciais (significantes) dos depoimentos sempre levando em conta o contexto. Sendo suprimida as estruturas ocasionais que permeavam o depoimento.

Em seguida, me debrucei acerca dos depoimentos com o intuito de me aproximar dos momentos congruentes concebendo, desta maneira, os modos de ser do adolescente soropositivo em seu cotidiano terapêutico sendo construído sete Unidades de Significação (US):

**US1**-Para os adolescentes é difícil aceitar a doença

**US2**-Os adolescentes possuem conhecimento sobre sua própria doença, suas formas de transmissão e de prevenção

**US3**-Cotidiano terapêutico: dificuldades encontradas e as formas de manter a adesão ao tratamento

**US4**-Para não serem discriminados optam por manter em segredo a ingestão dos ARV. Este segredo só é compartilhado com a família e pessoas próximas

**US5**-Os adolescentes conhecem os efeitos que a não adesão causa ao organismo

**US6**-A importância do tratamento prestado pelo Serviço de Assistência Especializado é reconhecida pelos adolescentes

#### **5.1.1 Unidades de Significação**

**US 1- Para os adolescentes é difícil aceitar a doença**

Os participantes externaram que ao pensar sobre sua condição de saúde sentem depressão, ficam chateados pela demora em descobrir seu diagnóstico colocando a culpa em outra pessoa, sentem vontade de chorar acabando descontando, em alguns casos, em si mesmos e deixando de ingerir o medicamento.

[...] eu fico pensando (na doença), dá depressão, de vez em quando, eu choro. [...] É difícil, porque eu ainda não totalmente aceitei depois que eu descobri [...] (F15E2).

[...] sempre perguntava para ele (pai), porque eu ia direto no médico e as outras crianças não ia tanto também. [...] ele me explicou, eu levei tipo, numa boa. Pegou um pouco mal foi minha mãe nunca ter falado comigo [...]. Para mim eu sabendo que e bem controlado, sabe tipo desde os três anos que faço isso (tratamento), então eu sou tranquilo, entendeu? [...] acho que isso (doença) vem de uma irresponsabilidade passada da minha família, eu tive que ter isso, foi uma consequência, não minha. Então eu levo isso como uma cicatriz sabe, é como se eu tivesse tendo que carregar isso por causa de uma irresponsabilidade de outra pessoa. Então eu fico tranquilo [...] (M16E5).

[...] como eu não aceitava o soropositivo eu corria para não tomar o remédio. [...] eu não estou falando que eu não seja normal, eu estou falando que a vida diferente de não tomar o remédio e a outra de tomar o remédio é totalmente diferente (F15E6).

[...] eu fico lá em casa sozinho pensando em mil coisas ruins entendeu e tal, vem passado, vem tudo na minha cabeça assim, aí eu fico pirado, [...] eu começo a chorar, começo a ficar com raiva ao mesmo tempo, com ansiedade, aí eu começo a ficar com depressão e tal, eu não sei o que fazer, não tenho o que descontar, aí eu pego e desconto em mim mesmo, eu fico me mutilando [...] para mim é ruim ter que fazer isso entendeu, mas também não me arrependo, [...] até hoje eu pedi para doutora me passar remédio de depressão e ansiedade [...] (M18E10).

## **US 2- Os adolescentes possuem conhecimento sobre sua própria doença, suas formas de transmissão e de prevenção**

Os adolescentes relataram que o vírus do HIV pode ser transmitido por meio do sangue, utilização de alicate, relações sexuais, sexo oral e anal, compartilhamento de seringa, pelo beijo quando se tem feridas na região oral e que quando se machucam não devem deixar que outra pessoa toque em sua ferida senão transmitirão o vírus. Listaram como maneira de prevenção o uso do

preservativo, realizar o próprio curativo em caso de feridas e não compartilhar seringas.

Através do sangue. Usando camisinha. Machucou não deixa ninguém tocar, especialmente se for ferida não deixa. Você que tem que fazer o curativo. Tem que ter muito cuidado (F13E3).

Eu sei que tem várias formas dela ser transmitida. Eu sei que se eu não me cuidar eu posso ficar doente ou até mesmo morrer. [...] uso do alicate, relação sexual e um monte de outras coisas (F12E4).

[...] sei que é uma doença sexualmente transmissível que pode passa por sangue essas coisas. [...] Ou sexo ou por compartilhamento de seringa [...], mexer com o sangue da pessoa que é portadora transmite. Para evitar usar preservativo e não compartilhar seringa (M16E5).

[...] transmite por relação sexual, por você fazer sexo anal, sexo oral. Relação sexual, seringa, entendeu? Relação entre seringas, se você está machucado e eu pego lá no seu machucado e eu também estou, você também pega. Para evitar existe preservativos, se você está machuca sempre procurar tampar para tomar cuidado. [...] se você toma vacina troca de agulha. Abraço não pega, beijo no rosto não pega, beijo na boca também não pega, não precisa disso (F15E6).

Através do sexo, tipo assim, se não usar camisinha. Se a pessoa tiver um machucado na boca e beijar pode pegar também [...]. Usar camisinha sempre (F17E8).

### **US3- Cotidiano terapêutico: dificuldades encontradas e as formas de manter a adesão ao tratamento**

Ao relatar acerca de seu cotidiano terapêutico os adolescentes soropositivos significaram que em algumas situações este se torna muito difícil. Em seus relatos informam não gostarem de ter de ingerir tantos medicamentos de forma contínua.

Eles convivem com os efeitos adversos como o excesso de cansaço, mal-estar, tonteira, náusea, cefaleia e enjojo. Além disso, relatam que no momento que ingerem o medicamento sentem nervoso, arrepio e tem a sensação de que o remédio está alojado na garganta tendo dificuldade em degluti-lo, queixando-se do gosto e do tamanho dos comprimidos.

Logo, buscam estratégias para continuarem a utilização do ARV, alguns preferem ingeri-lo com água, outros com suco ou café e ainda tem aqueles que após

a ingestão do medicamento comem algum alimento para auxiliar na deglutição e no caso de serem vários medicamentos preferem engolir um de cada vez.

É muito difícil tem que ter hora que tem que acordar cedo para tomar remédio. [...] São grandes, ruim de engolir (M14E1).

Começar a tomar remédio foi um tanto difícil porque eu não gosto de tomar remédio. Aí minha mãe tinha que ficar me dando remédio na boca. Eu gosto de tomar com suco, aí depois eu vou comer alguma coisa [...] para descer. Porque as vezes parece que está agarrado [...]. Meu remédio é meio grosso, aí eu tomo um de cada vez. O medicamento me faz ficar muito cansada. Aí eu tenho que dormir, [...] muito tempo. [...] Eu fico um pouco desanimada, aí eu não faço quase nada eu só fico deitada. [...] Toda vez que eu vou tomar o remédio eu fico... (expressão de nojo), me dá nervoso eu fico arrepiada. Aí parece que vai sair para fora, aí eu tenho que segurar. [...] Eu já fico pensando na sensação de descer na garganta. [...] Eu falo vai! É Deus e coloco dentro da boca e bebo com a água (F13E3).

[...] sempre que eu tomava aqueles remédios no início, para mim eu me sentia meio mal. Às vezes eu não tomava café, não estou com vontade de tomar café, aí tenho que tomar o remédio, aí vou tomar o café em seguida acaba correndo o estômago. O remédio era forte demais, fazia com que eu ficava tonta, como aconteceu hoje. Às vezes eu não tomei o remédio [...] Isso faz com que a pessoa sinta muita dor de cabeça, você fica meio tonta porque não tomou nada [...] você acaba desmaiando. [...] eu passava tanta raiva, mais tanta raiva que eu tomava cinco Abacavir. E o Abacavir ele é muito forte, muito forte, esses dois remédios que eu te falei eles são muito forte. [...] o tratamento significa para mim, eu não posso falar que ele significa um pesadelo, porque minha mãe não teve culpa disso. Mas para mim, eu me sinto indiferente. Eu me sinto indiferente por eu tomar remédio, por eu ter isso (vírus HIV), qualquer coisinha piora. [...] você tem que tomar com bastante líquido, porque ele fica agarrado e eles são grandes [...] já perdi a vontade de tomar remédio, entendeu? Aí quando você olha assim, prefiro nem olhar e já tomar de uma vez. [...] (F15E6).

Eu não estou acostumado com o comprimido não, só líquido. [...] você bebe, depois que você bebe agarra, você come a comida e nem sente o gosto da comida, sente o gosto do remédio. [...] já trocou já a primeira vez a segunda é a mesma coisa. [...] eu pedi para trocar, eu falei com ela (médica), que se não trocasse não ia tomar não, pode me pegar lá fazer o que for, eu não ia tomar não. Aí depois me pegou e me jogou no Y (Instituição Espírita). [...] eu não gosto de comprimido não, nunca gostei de remédio. [...] meu pai que manda eu tomar, se não fosse meu pai eu não tomava não. [...] preferia morrer para lá. Dá muito trabalho tomar o medicamento. [...] de vez enquanto quer sair, aí você esquece de tomar o remédio [...] é ruim tomar remédio, beber, vim aqui (SAE). [...] se fosse líquido..., ela (médica) falou que não tem não. Porque aí não precisa de engolir. Eu tomo com suco. Com água me dá vômito (M17E7).

Não vou falar que o tratamento é bom porque não é não, porque tem vários efeitos [...] dá muita tontura, desanimo. Enjoo [...] vontade de vomitar. [...] uma vez que eu botei tudo para fora. Assim que eu engoli, volto tudo de novo. São três remédios de uma vezada só [...] são cinco no total, eu tomo dois de manhã e três de tarde. Teve uma vez que [...] falei [...] não vou tomar remédio também mais não. Minha mãe falou “Se não tomar remédio vai morrer.”. Vai?!, falei assim, já vou morrer mesmo né. Mas depois pensei bem, falei assim não vale a pena não, vou tomar direitinho. [...] agora que é comprimido, então eu não sinto o gosto deles não, mas antes era líquido, nossa era horrível [...] um pior que o outro. [...] eu tomava e vomitava na mesma hora. O tratamento significa esperança, me incentiva a ir mais para frente (F17E8).

São três de manhã e cinco à noite. Eu já esqueci porque eu não gosto de tomar. [...] dá vontade de chorar quando eu tomo. [...] Meu pai chora quando eu tomo. Tomo com água e suco. Qualquer coisa menos leite. Porque corta o efeito [...] a médica me falou isso. [...] Não sou nada, uma pessoa contagiosa. Eu não sou normal, né? Eu tomo remédio todo dia. Venho no médico todo mês (F15E9).

#### **US4- Para não serem discriminados optam por manter em segredo a ingestão dos ARV. Este segredo só é compartilhado com a família e pessoas próximas**

Muitos adolescentes expressaram medo de serem discriminados pelos colegas de escola e amigos próximos, preferindo manterem seu diagnóstico em segredo contando somente para alguns familiares. Informam que quando são questionados acerca da ingestão de seus medicamentos, por aqueles que não sabem de seu diagnóstico e para quem não desejam revelá-lo, criam suas próprias justificativas, a fim de resguardar esse segredo.

[...] eu e minha família sabe que eu tenho mas meus amigos não, e eles ficam perguntando toda hora porque você toma esse tanto de remédio? Eu falo que tem que tomar por causa do meu dia a dia e alguns problemas que eu tenho. E eu não gosto de falar muito do que eu tenho para eles, entendeu? Só para isso não sair muito da minha cidade (M14E1).

[...] ela (mãe) falou que não podia contar para ninguém aí a gente (participante e sua irmã, ambas convivem com HIV) não contou até hoje. [...] Porque não pode só minha mãe e meu pai que sabe e a minha avó e minhas tias por parte de mãe, o resto não sabe não. [...] quando pergunta porque a gente vem cá eu falo que eu... Aí eu estou com o colesterol alto, aí eu tenho que tratar. Aí eu falo isso (F13E3).

[...] já contei para meu primo [...]. É! só meus familiares sabem mesmo. [...] Respondi, vitamina que eu tenho que tomar todos os dias. E de fato não deixa de ser [...] não conto porque não é necessário. [...] porque as pessoas não precisam saber disso, existe o preconceito, as pessoas podem achar ruim, por mais que eu não tenha culpa de ter isso, as pessoas ainda iriam julgar. [...] vai apontar o dedo e vai falar você tem isso, sai de perto de mim. [...] quando não tem que contar está tranquilo, agora quando tem que contar aí é meio problemático [...]. Tenho medo da pessoa sentir preconceito com isso [...] ainda mais que estou pagando por uma coisa que não foi eu que cometi (M16E5).

No colégio eu sofri muito *bullying*, por eu morar no Y (Instituição Espírita). Então me chamavam de aidética [...] isso faz com que a gente guarda sabe, no coração. Isso não é bom. Mas hoje ninguém me chama mais. [...] A mãe dele (namorado) é muito preconceituosa. Ela (mãe do namorado) liga para mim e fala assim “Você acha que eu quero isso para o meu filho?” [...] eu tive um (namorado) antes, que ele me namorou três anos, só que quando ele descobriu ele terminou. [...] Aí eu fujo, quando vou tomar remédio porque eu não sei se aquela pessoa que eu estou falando tem preconceito [...] Eu não fico bem falando isso eu tenho HIV eu sou soropositivo. Aí eu não falo (F15E6).

[...] eu fico com medo da reação delas (colegas). [...] Sei lá, depois da forma de me olhar, ou parar de conversar [...]. Que querendo ou não hoje em dia ainda tem preconceito sobre isso. [...]O pessoal da minha família sabe. [...] Ah... eu quis contar para meu ex-namorado, né? Mas minha tia falou assim “Ah! Está cedo ainda.”, eu também ficava com medo da reação dele eu contando. [...] Nunca mais olhar na minha cara. [...] muita gente já me perguntou por que eu tomo remédio. Falo que é de anemia. (F17E8).

[...] só para minha namorada, meu pai e minha mãe que sabe só. [...] Ah... sei lá, fico com medo dos outros ficar me julgando, aí não querer ficar mais perto de mim, ter medo, a se encostar no mesmo copo de água que você pega é isso é aquilo, porque tem muita gente fresca entendeu? [...] se ele beber nesse copo e eu beber vou pegar também, se eu beijar ele vou pegar, se tocar a mão dele, eu pego. [...]quando é uma pessoa que eu não estou acostumado, que eu não conto, aí eu falo não eu tomo remédio [...] para eu não pegar doença, porque tem vez que eu não sinto fome aí eu tomo para me dar fome, coisa assim de alergia, aí eu invento umas coisinhas assim (M18E10).

## **US5- Os adolescentes conhecem os efeitos que a não adesão causa ao organismo**

Os adolescentes entrevistados informaram que em algum momento de sua vida deixaram de utilizar os medicamentos ARV vivenciando, em seu próprio corpo, os efeitos da não ingestão. Eles reconhecem que devido a não utilização dos

medicamentos ocorreu a queda de sua imunidade deixando-os susceptíveis a outras doenças, levando ao emagrecimento, sensação de fraqueza, cansaço, cefaleia, febre, náuseas, garganta dolorida, olhos lacrimejavam, nariz congestionado, perda do apetite, aparecimento de manchas e feridas, isto é, sentiam que sua condição de saúde ficava fragilizada e que isso poderia causar sua morte. Isso os levou a compreender a importância do medicamento e os incentivou a retornar com o tratamento.

A imunidade cai, você emagrece, você pode pegar vários outros tipos de doença, é bem difícil (F13E3).

Eu sei que o vírus do HIV [...] é uma doença que pode matar sim, mas se você quiser. Você tem que tomar os remédios para amenizar o vírus, não quer dizer que você não vai ter o vírus. Você vai ter de qualquer maneira, tanto no seu sangue tanto em tudo que você fizer. [...] ele é o vírus que só multiplica se você não tomar seus medicamentos. Ele mata, vai te emagrecendo. [...] se eu não tomar o remédio eu vou morrer, é essa a tendência. Vai sendo aos poucos, vai te emagrecendo, vomitando muito, você vai tendo vários sintomas. Eu estou tossindo, nossa eu estou magra, você fica sem força, eu me sinto cansada, eu me sinto com dor de cabeça, vai começando por isso [...] bom não é. Eu já fiquei uma época sem tomar remédio, isso foi só piorando a minha situação. (F15E6).

[...] se eu parar de fazer tratamento eu fico mal. Muitas pessoas morrem. [...] larga de mão, então acaba ou morrendo, ou vai piorando, piorando, piorando e acaba morrendo. [...] Fica fraco sô, a imunidade da pessoa abaixa. [...] a pessoa tem mais tendência a pegar doenças, outras doenças. Talvez não tão como o HIV, mas sei lá..., uma febre, um resfriado, uma pneumonia, uma coisa assim, então é muito mais fácil da pessoa pegar quando tá com a imunidade baixa, então só vai piorando, por isso. [...] (M16E5).

Eu fico com a garganta dolorida. [...] Eu tomo remédio para viver (F15E9).

Eu acho, que o remédio é para manter meus anticorpos mais fortes coisa assim, por causa da doença, se eles (anticorpos) ficarem fracos e eu parar de tomar aí ela (doença) começa a reagir de dentro para fora, dando bolha [...]. Eu acho que eu fiquei um mês sem tomar remédio que eu tinha enjoado, falei "Ah! Vou parar não sei para que eu tomo isso e tal, estou tomando e não dá em nada.", aí parei. Nesse tempo que eu parei deu isso aqui (bolhas, participante levanta a blusa e mostra manchas hipocrômicas), aí eu fiquei doente, fiquei internado. Aí eu comecei a tomar, aí eu acho que é para isso, para deixar meu anticorpo mais forte, para não dar isso que deu em mim um tempo atrás. [...] aí eu fiquei sabendo que não podia parar de tomar porque senão, sempre que eu parasse tomar mesmo, ficar um tempo sem tomar, ía acontecer isso comigo sempre, dá essas

manchas [...] que ardia para caramba, meu olho ficava lacrimejando direto, tinha febre, dor, ficava com o nariz entupido, não tinha energia para nada, para levantar, para nada entendeu? Não tinha vontade de comer, tudo que comia botava para fora, não conseguia beber água nem nada, ficava sentado e tal e fiquei internado. Eu acho que eu fiquei um mês sem tomar remédio que eu tinha enjoado. (M18E10).

### **US6- A importância do tratamento prestado pelo Serviço de Assistência Especializado é reconhecida pelos adolescentes**

Com relação à opinião dos participantes acerca do serviço de saúde em que realizam o tratamento, demonstraram grande satisfação com relação ao acolhimento recebido pelos funcionários, a pontualidade, a atenção despendida, não sofrem indiferença, se sentem à vontade como se fizessem parte de uma família. Ressaltam o bom relacionamento com a médica que os acompanha e sentem-se seguros por terem um local em que podem realizar seus exames e que se preocupa com sua qualidade de vida e saúde. Entretanto, foi externado por um dos adolescentes que preferia não ter que ir ao serviço.

Eu acho o tratamento ótimo. Todo mundo te trata bem, sem nenhum indiferença, acho isso legal. Todo mundo é gente boa (F13E3).

Para mim é bom. [...] a Dr. X [...] é uma médica que a gente sabe que a gente pode confiar nela. [...] Eu gosto de tudo, do atendimento (F12E4).

Não tenho nada a reclamar não. É segurança, eu ter que vir aqui de dois em dois meses para me cuidar [...]. Sou muito bem tratado por todos e nada contra, nada ruim a falar. [...] eu me sinto seguro [...] sempre tá me colocando para fazer exame de sangue, oftalmologista [...] me sinto sei lá em boas mãos (M16E5).

Não tenho nada que reclamar do SAE, aqui é todo mundo pontual, sem explicação. [...] sempre que eu venho aqui eu me sinto à vontade, eu sinto que eu estou fazendo a coisa certa. Eu já aceitei o que eu tenho e eu não ligo muito (F15E6).

Eu, não acho nada... não queria vim aqui mais não (M17E7).

Para mim é muito bom, porque todo mundo me trata super bem. Nossa doutora X então nem se fala (F17E8).

Aqui é uma família para mim (F15E9).

[...] eles te atendem direito, não te atendem com pressa, com correria [...]. Aqui é bom porque tipo, eles te pesam, te olham direitinho, conversa ainda, fala se você tá sentindo alguma coisa ou não, se

está precisando de um remédio ou se não está [...] te dá bastante atenção, aqui é bom por causa disso. [...] eu venho aqui mesmo para pesar, para ver como tá minha saúde, para ver como tá negócio de CD4 que eu não entendo o que é isso até hoje [...] (M18E10).

### 5.1.2 Fio Condutor

Após várias leituras chegamos ao fio condutor que media o movimento da compreensão para a interpretação, dimensão ontológica do fenômeno (HEIDEGGER, 2014).

Para o adolescente o vivido no cotidiano do tratamento antirretroviral significa: conviver com os efeitos adversos da terapia como o excesso de cansaço, mal-estar, tonteira, náusea, cefaleia e enjoo, com a dificuldade em degluti-lo queixando-se de nervoso, arrepio, do gosto e do tamanho dos comprimidos. Entretanto buscam estratégias para continuarem a utilização do ARV, pois já vivenciaram os efeitos da não adesão e reconhecem que a não utilização dos medicamentos fez com que sua condição de saúde ficasse fragilizada e que isso poderia causar sua morte, levando-os a compreender a importância de retomarem o tratamento. Eles convivem com o medo de serem discriminados pelos colegas de escola e amigos próximos preferindo manterem seu diagnóstico em segredo contando somente para alguns familiares, criando respostas aos questionamentos daqueles para quem não desejam revelar seu diagnóstico, a fim de resguardar esse segredo. Os cuidados dispendidos pelos profissionais do serviço de saúde onde são tratados significam atenção, desvelo, pontualidade, respeito, bom relacionamento, segurança e preocupação com sua qualidade de vida e saúde.

## 6 A ANÁLISE INTERPRETATIVA

Com a elaboração do fio condutor da questão do-ser, busca-se a possibilidade de interpretar os sentidos do ser através do movimento analítico hermenêutico, sob a luz do referencial de Martin Heidegger. Para Heidegger (2014) o homem não é um ser isolado, mas está inserido no mundo, constituído por projetos, envolvido na relação com os outros e com os objetos.

O conceito de ser, sob a ótica de Heidegger (2014) é mais universal, mais amplo e também mais vazio, uma compreensão de ser já está sempre incluída em tudo que se apreende no ente. O ente que tem em si mesmo a compreensão do ser é o *Dasein*, que enquanto presença possui em si um primado ôntico-ontológico.

O Ser-aí, que sempre eu mesmo sou (HEIDEGGER, 2014) indica um eu e não um outro. O “eu”, que se re-vela presente (-aí), se comporta de diferentes maneiras em seu existir. Neste sentido, a pre-sença, na multiplicidade de modos de ser, indica continuamente o acontecer da história vivida/vivenciada por cada ser. O ser-adolescente que convive com o HIV se mostra como ser-aí (*Dasein*), um ente, que possui possibilidades de vir a ser, de compreender e ser compreendido. O ser-aí é existência, é existencial, assim se comporta dessa ou daquela maneira, se lança na vida e mesmo convivendo com o HIV, brinca, estuda, pratica esportes, alimenta-se bem e procura ter uma vida saudável.

No tempo fenomenológico do adolescente a convivência com o HIV não é um tempo vivido, mas ao contrário é vivência que permeia a sua existência desde a descoberta do diagnóstico. Uma vez que ao se descobrir soropositivo compreende-se nesta condição e descobre o real motivo do acompanhamento no serviço de saúde desde a infância.

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

Este “sendo” acontece no cotidiano que vivencia em casa, na escola, na comunidade, entre amigos e familiares. Estes são os espaços em que o ser-adolescente que convive com o HIV realiza suas experiências, seu aprendizado e

sua maturidade mostrando-se no mundo em uma cotidianidade própria. Ou seja, esse é um contexto em que de fato uma pre-sença vive, acontece (HEIDEGGER, 2014). O ser-adolescente-com-HIV além de estar no mundo também se relaciona com os outros que se fazem presentes no seu mundo vida e é na convivência cotidiana que se estabelecem as relações de diálogo, convívio, decepções e aceitações, constituindo assim, o mundo público.

O ser-adolescente-com-HIV-em-tratamento ARV, percebe que seu cotidiano é vivido com experiências diversificadas e de uma forma interativa com a família, amigos, de onde emergem sentimentos diversos. Sendo assim, o conceito de ser se constrói pela compreensão do cotidiano destes adolescentes.

Nos modos de ser-no-mundo, a pre-sença pode se comportar de maneiras diferentes a partir de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma, podendo vir a assumir-se ou perder-se (HEIDEGGER, 2014). Sendo ela mesma, assume-se na singularidade do modo de ser da autenticidade; e não sendo ela mesma, perde-se na impessoalidade do modo de ser da inautenticidade.

No mundo público do nós, o ser-adolescente-soropositivo-para-o-HIV-em uso de ARV, se vê em um mundo igual para qualquer outro jovem-não-soropositivo-para-o-HIV. Desta maneira, no cotidiano a pre-sença se relaciona com o mundo no qual ontologicamente convive com os outros e projeta o ser-próprio num outro que é impessoal. A impessoalidade é um conceito que segundo Heidegger representa medianidade e uniformidade, sendo, na maioria das vezes, o modo de ser da presença. É como se incorporassem um papel para fazer parte de todos, dos outros, e sendo como todos não representam ninguém. Isto é, "[...] todo mundo é outro e ninguém é si mesmo" (HEIDEGGER, 1981; HEIDEGGER, 2014, p. 185).

Esse adolescente convivendo com o HIV demonstra que seu modo de ser está imerso na impessoalidade, pois, na convivência com os demais da mesma idade realiza atividades comuns, entretanto, não revela seu diagnóstico para todos sendo envolvido em um movimento de autenticidade e inautenticidade, em que, em algumas ocasiões, ele se mostra em sua essência autêntica, porém, na maioria das vezes, se constrói e se manifesta em suas convivências, isto é, vive na inautenticidade, só revelando seu diagnóstico para as pessoas próximas, além de inventar que possui outros problemas de saúde não geradores de preconceito, para

se manter como integrante de um grupo, pois teme o que advém socialmente quando se conhece sua condição sorológica.

Na vivência de ser portador de uma doença incurável e repleta de estigma, o adolescente deixa-se dominar pela cotidianidade sendo o que os outros falam que ele é. Na existência cotidiana com-os-outros, ele está mergulhado no modo de disposição do temor que, segundo Heidegger (2014), é um estado de humor no qual o *Dasein* pode ser encontrado. Para o ser-adolescente soropositivo o que se teme é perder a possibilidade da convivência cotidiana e de sofrerem preconceito ao descobrirem sua soropositividade.

Enquanto presença na convivência cotidiana, o ser-adolescente-soropositivo não é um ser só, ele compartilha um mesmo mundo com os outros, como seus colegas de escola e de atividades pertinentes a essa etapa da vida com os quais coabitam, conhecido como mundo circundante. As situações vivenciadas pelo homem em seu relacionamento com as coisas, onde ele possa ser visto e tocado pelos outros é o mundo da convivência do *ser-aí* no cotidiano, também conhecido como mundo doméstico (HEIDEGGER, 2012).

Nota-se que mesmo temendo a descoberta de sua doença o adolescente não se isola dos demais, pois “o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O ser-em é ser-com os outros.” (HEIDEGGER, 2014, p.175). Demonstrando a necessidade da co-presença que se encontra na família, nos amigos e naqueles em que deposita sua confiança.

Enquanto *Dasein*, o ser-adolescente que convive com o HIV descobre-se lançado no mundo sob condições e circunstâncias que ultrapassam o seu controle e do que não se pode escapar, pois ao ser-no-mundo o “ente pode se entender como preso em seu destino” é o que Heidegger denomina de facticidade. Ela é própria do caráter ontológico do ser-aí, de estar entregue as-coisas-mesmas, denota a dimensão de ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2014, p.177). O adolescente soropositivo, no cotidiano, se re-conhece e re-vela, mostrando-se na dupla facticidade seja no caráter transitório de estar adolescendo como no caráter permanente de ser portador do vírus HIV e ter que seguir uma rotina de tratamento para poder manter-se saudável.

Os adolescentes expressaram diversas vezes que precisam ir ao SAE, fazer exames e ingerir os medicamentos, pois reproduzem o que escutaram dos familiares

e dos profissionais de saúde, que lhe explicaram a necessidade de manter-se em tratamento. Assim, ele continua fazendo o que lhe é solicitado mesmo sem compreender o que está ocorrendo.

Em seu dia a dia os adolescentes com HIV mostram-se no mundo das ocupações ao fazer referência à ingesta diária dos medicamentos, da ida ao SAE e da realização de exames. O ser ocupa-se em cumprir determinadas tarefas e o faz sem refletir. “O ser-no-mundo está, numa primeira aproximação, empenhado no mundo das ocupações. A ocupação é dirigida pela circunvisão que descobre o que está à mão e preserva nesse estado de descoberta” (HEIDEGGER, 2014, p. 439). O ser-adolescente-soropositivo se mostra ocupado em realizar os cuidados para se manterem saudáveis, entretanto, na maioria das vezes necessita da ajuda e incentivo de pessoas próximas.

Por meio de momentos da impermanência no mundo das ocupações e da dispersão em novas possibilidades tem-se a curiosidade. Neste mundo circundante, a curiosidade segundo Heidegger (2014, p. 237):

Ocupa-se em ver, não para compreender o que vê, ou seja, para chegar a ele num ser, mas apenas para ver. Ela busca apenas o novo a fim de, por ele renovada, pular para uma outra novidade. A curiosidade [...] se ocupa em providenciar um conhecimento apenas para tomar conhecimento.

O cotidiano é responsável por estabelecer normas de conduta que faz com que o adolescente reproduza um discurso mesmo sem ter a compreensão aprofundada do seu conteúdo, o que se enquadra ao conceito de falatório. O ser-adolescente vivenciando o HIV se mostra orientado pelo falatório que rege os caminhos da curiosidade. Essa ambiguidade oferece à curiosidade o que ela busca e confere ao falatório a aparência de que nele tudo se decide. Neste alicerce de informações, originam-se incoerências e inconsistências que fundam o ser em seus modos de ser, em que de acordo com o conceito de ambiguidade "tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente, quando, no fundo, não foi. Ou então parece que não o foi, quando, no fundo, já foi" (HEIDEGGER, 2014, p. 238, 239).

Pode-se inferir que, na vida pública, nós vivemos na decadência sendo impessoais, configurando-se a modalidade inautêntica, em que o próprio eu torna-se parte de um público. Na esfera pública, algumas modalidades inautênticas de abertura do *Dasein* se anunciam, são elas o falatório como modalidade cotidiana do discorrer, a curiosidade como possibilidade inautêntica da visão, e a ambiguidade, como modo decaído da interpretação (HEIDEGGER, 2014).

No cotidiano destes adolescentes, também está presente o cuidado com a saúde. Desde o diagnóstico na infância estão sendo assistidos no SAE, onde recebem acompanhamento clínico com profissionais que têm buscado, juntamente com seus cuidadores, fazer com que participem ativamente do tratamento, fornecendo informações relevantes para sua saúde, bem como esclarecendo suas dúvidas e acolhendo-os em suas dificuldades com relação à doença.

Muitos destes adolescentes estão vivenciando um movimento de um cuidado compartilhado com os outros, que de início e na maioria das vezes, dependente de profissionais e de familiares, para um cuidar de si proporcionado pelo querer e pelo poder de estarem adolescendo (PAULA et al., 2008). Enquanto adolescentes passam a se pré-ocupar consigo mesmos, em sua situação de saúde e em suas relações.

Contudo, o dia a dia revela desafios com relação ao cuidado de si como a obrigação de ingerir os remédios desde pequenos, todos os dias e sem criar expectativa de um dia poder encerrar o tratamento, ter uma rotina de horários a seguir, engolir uma grande quantidade de comprimidos com tamanho grande e conviver com os efeitos colaterais dos mesmos. Todas essas situações fazem com que o tratamento interfira e até mesmo prejudique as atividades diárias e sua relação com as pessoas (PAULA et al., 2008).

Ao permitir que outras pessoas, principalmente seus responsáveis e profissionais de saúde, interfiram em seu dia a dia transferindo as possibilidades de assumir seu próprio cuidado, tornando-se incompreendido pelos demais e por si mesmo no decorrer do tratamento. Mostra-se no modo de ser da impropriedade ao desconsiderar-se como ser de várias possibilidades. Na perspectiva heideggeriana:

A impropriedade constitui justamente um modo especial de ser-no-mundo em que é totalmente absorvido pelo mundo e pela copresença dos outros no impessoal. [...] Deve-se conceber esse não ser como o modo mais próximo de ser da presença, o modo em

que, na maioria das vezes, ela se mantém” (HEIDEGGER, 2014, p. 241).

Estes adolescentes convivem não somente com o HIV, mas também com inúmeros conflitos sejam eles internos quanto externos, exigindo deles uma rápida maturidade para cuidar de si e dos outros. Para Heidegger (1969, p. 68) crescer significa:

Abrir-se à amplidão dos céus, mas também deitar raízes na obscuridade da terra; que tudo que é verdadeiro e autêntico somente chega à maturidade se o homem for simultaneamente as duas coisas: disponível ao apelo do mais alto céu e abrigado pela proteção da terra que oculta e produz.

Os adolescentes que convivem com o HIV e que necessitam em seu cotidiano seguir uma rotina terapêutica compreendem-se enquanto poder-ser, doando-se a si mesmos suas possibilidades, seja assumindo-as ou negando-as.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de alcançar o objetivo da presente pesquisa fui ao encontro do adolescente que convive com o HIV, optando por abordá-lo no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), sendo este um local conhecido pelo adolescente, pois onde realizam consultas, exames e recebem os medicamentos antirretrovirais, não sendo segredo aos que circulam neste ambiente os motivos de estarem ali. Garantindo desta maneira o sigilo e anonimato dos participantes.

Anteriormente ao encontro com o adolescente no qual buscava compreender e captar-lhe o sentido de ser-adolescente-convivendo-com-HIV em tratamento com ARV, se fez necessário aprofundar meus conhecimentos acerca do que já havia sido produzido no âmbito científico.

Devido à escolha da abordagem metodológica para desenvolvimento desse trabalho, precisei reduzir minhas concepções apriorísticas sobre o que julgava conhecer acerca do HIV e das pessoas que convivem com ele. E me debrucei na busca por compreender de que forma é conduzida a pesquisa na abordagem fenomenológica.

Desta maneira, pude perceber as oportunidades e possibilidades que a fenomenologia permite ao pesquisador e ao pesquisado, uma vez que por meio dela me aproximei do contexto no qual o adolescente com HIV está inserido e busquei desvelar como é seu cotidiano.

Por meio da hermenêutica foi possível desvelar que o adolescente soropositivo se mostra na maioria das vezes, no modo impessoal, sendo no falatório ou na ambiguidade. Revela a impropriedade no temor de sofrer preconceito o levando em direção à decadência.

Percebi que os adolescentes soropositivos desejam serem vistos como qualquer outro ser, uma vez que se relacionam com outros jovens não portadores, realizando de forma semelhante o que estes fazem nesta convivência diária. Ao longo de sua historicidade, na maioria das vezes, tentam seguir as recomendações dos profissionais de saúde e as de seus responsáveis, apesar das inúmeras barreiras, para se manterem com saúde e continuarem com esta identidade coletiva.

O tratamento com antirretrovirais mostrou ser essencial para se manterem saudáveis e não sofrerem os efeitos do avanço da aids em seu organismo. Entretanto, a adesão ao tratamento, na maioria das vezes se torna difícil devido à

disciplina exigida, as características do medicamento e seus efeitos adversos. O que torna fundamental o papel de seus responsáveis para ajudar a lembrar dos horários, das doses e das consultas.

Revelaram receber um atendimento acolhedor e que o mesmo é importante no processo de tratamento, entretanto, percebe-se a in-visibilidade da enfermagem uma vez que os depoentes não mencionaram o trabalho do enfermeiro em nenhum momento nas entrevistas. A ausência da participação dos profissionais de enfermagem no cuidado é desvelada pelo ser adolescente soropositivo.

Sendo a aids uma doença sem perspectiva de cura e que possui um tratamento diário, existe uma inserção permanente do adolescente no Sistema de Saúde a partir da sua condição de saúde. Contudo, é o profissional médico que participa de seus constantes retornos, tendo como enfoque aspectos do modelo biologicista, insuficiente para promover a compreensão e intervenção nas questões subjetivas que permeiam o cotidiano dos adolescentes soropositivos.

A aproximação com o adolescente no serviço de saúde deve acontecer de forma singular e humanizada, por uma equipe multiprofissional que tenha a capacidade de reconhecer as transformações, sejam elas, físicas, cognitivas e sociais próprias da idade para melhor enfrentamento dos desafios da doença. Desta maneira, o serviço em que o adolescente efetua seu acompanhamento clínico deve oferecer profissionais capacitados, aconselhamento, grupos educativos de saúde, referência e contra referência eficientes em um espaço físico adequado. Tais ações são necessárias para não haver fragmentação na assistência ao adolescente e qualidade em seu tratamento. Em que se considera a necessidade do estabelecimento de vínculos no serviço de saúde entre profissional, adolescente e família para haver segurança e compromisso durante o percurso clínico e social.

Têm-se como instrumentos para os profissionais de saúde as políticas públicas, as quais estão em processo de implantação e implementação. Para sua efetivação, necessita-se que os profissionais de saúde as conheçam e as apliquem, corroborando com um saber e fazer crítico, tendo em vista uma prática assistencial qualificada.

Em relação à assistência ofertada pelo SAE, pode-se propor como medida estratégica a formação de grupos de discussão compostos pelos adolescentes que possuem conhecimento de seu diagnóstico, a fim de dar-lhes voz para que possam

debater de forma mais ampla as questões que permeiam o seu cotidiano, seus temores e suas ansiedades, possibilitando a aproximação desses adolescentes e o compartilhamento de experiências. Transformando esses jovens em multiplicadores de conhecimento e sanando todas as suas constantes dúvidas acerca da doença e do seu corpo que está em processo de transformação.

Também se considera relevante uma abordagem mais efetiva por parte da enfermagem junto a esse usuário que é repleto de peculiaridades, na tentativa de mantê-los sempre atualizados, promovendo uma escuta ativa no intuito de identificar possíveis dificuldades na adesão ao tratamento com ARV e buscar, em conjunto com eles, formas de mantê-los aderente ao tratamento e conseqüentemente uma qualidade de vida e saúde.

No âmbito acadêmico, é essencial que se promovam discussões acerca das condições de vida e saúde da população soropositiva e que se desenvolvam projetos de extensão nos ambientes onde esse público recebe atendimento, não somente no SAE como também em outros projetos sociais. Deve-se buscar aproximar os graduandos dos cursos da área da saúde, principalmente da enfermagem, à realidade dos adolescentes que convivem com o HIV a fim de poderem refletir acerca de seu papel e buscar alternativas eficazes para atender estes adolescentes.

Percebe-se, portanto, a necessidade da aplicação de um cuidar autêntico, humanizado e integral. Deste modo, a fenomenologia Heideggeriana possibilitaria a aproximação, uma vez que reduz as barreiras entre o profissional e o usuário permitindo o encontro do Ser de cada um de forma empática, contribuindo para a realização de um cuidado a partir das múltiplas necessidades dos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.L.D.; ARAÚJO, G.B.D.S.; SANTOS, V.A.; BUSTORFF, L.A.C.V.; PEREIRA, A.V.D.L.; DIAS, M.D. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n. 2, p. 208-216, 2011.

AMORIM, T.V. **Os sentidos do ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca sustentados em Heidegger: implicações para a enfermagem**. 2013. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – UFJF / EEAN, Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

ANTUNES, F. Advances in Antiretroviral Therapy. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 25, n. 3, p. 193-196, 2012.

ARAÚJO, A.C.; LUNARDI, V.L.; SILVEIRA, R.S.D.; THOFEHRN, M.B.; PORTO, A.R. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. **Rev. Gaúcha Enferm.** Rio Grande do Sul, v.32, n.1, p. 136-42, 2010.

AYRES, J.R.D.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CARVALHO, Y.M.D. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: (Ed.). **Saúde em debate**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, v.170, p. 375-417,2006.

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

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

BERG, K.; ARNSTEIN, J. Practical and conceptual challenges in measuring antirretroviral adherence. **J AcquirImmune DefficSyndr**, v. 43, Suppl. 1, p. 79 -87, 2006.

BERNI, V.L.; ROSO, A. A adolescência na perspectiva da psicologia social crítica. **Revista Psicologia & Sociedade**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p.126-136, 2014.

BISCOTTO, C.R.; LOPES, F.P.; SOUZA, D.M.; RODRIGUES, L.D.S.; TEIXEIRA, M.A.F.; SILVEIRA, M.F. Interiorização da epidemia HIV/AIDS. **RBM Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 70, n. 8/9, 2013.

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, 1994.

BORTOLOTTI, L.R.; SPINDOLA, T.; TAQUETTE, S.R.; FONTE, V.R.F.; PINHEIRO, C.O.P.; FRANCISCO, M.T.R. The meaning of living with HIV/AIDS in adolescence: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 537-48, 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente**. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. v.1,2,3. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_11.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_11.pdf)>. Acesso em: 03 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União. 14 nov 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm)>. Acesso em: 04 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2. ed. ampl. (Série E. Legislação da Saúde-MS) (Série Cadernos Técnicos-CNS). Brasília, Ministério da Saúde, 2003. 106 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 04 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)>. Acesso em: 07 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021667.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab18>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2007b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescentes\\_jovens.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Adesão ao Tratamento: para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual\\_de\\_adexao\\_web.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf)>. Acesso em: 5 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_antirretroviral\\_adolescente\\_aids.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_antirretroviral_adolescente_aids.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS – Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_assistencia\\_farmaceutica\\_aids.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/AIDS no Brasil.** Relatório da Aplicação de 2010 e Comparação com o resultado de 2007. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52013/relat\\_rio\\_fina\\_l\\_qualiaids\\_2010\\_11614.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52013/relat_rio_fina_l_qualiaids_2010_11614.pdf). Acesso em: 02 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata.** 9. ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. Disponível em: <[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_9ed.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 06 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Boletim Epidemiológico AIDS e DST.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2013/05/Brazil-Recommendations-for-comprehensive-care-for-adolescents-and-young-people-living-with-HIV-2013.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>. Acesso em 15 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Boletim Epidemiológico AIDS e DST.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_final\\_pdf\\_15565.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT\\_Manejo-HIV-CriancaseAdolescentes\\_2014.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Manejo-HIV-CriancaseAdolescentes_2014.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/09\\_12\\_2015\\_protocolo\\_pediatico\\_pdf\\_25392.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/09_12_2015_protocolo_pediatico_pdf_25392.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST/AIDS. **Histórias da luta contra a AIDS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2015/57648/fasciculo\\_01\\_pdf\\_22535.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2015/57648/fasciculo_01_pdf_22535.pdf)>. Acesso em: 06 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **História da Aids.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Universidade Aberta do SUS/UMA-SUS. **Novo protocolo aumenta acesso ao tratamento com antirretrovirais.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/novo-protocolo-aumenta-acesso-ao-tratamento-com-antirretrovirais>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Boletim Epidemiológico AIDS e DST.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRUM, L.M.; RESENER, M.; ROSO, A. Relações conjugais e HIV/AIDS: articulações possíveis. **Jornada de Pesquisa em Psicologia**, Rio Grande do Sul, p. 163-172. 2012.

BUBADUÉ, R.D.M.; PAULA, C.C.; CARNEVALE, F.; MARÍN, S.C.O.; BRUM, C. N.; PADOIN, S.M.M. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com HIV/AIDS em transição da infância para a adolescência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 705-712, 2013.

CALAZANS, G.; KISS, L., CAPPELLINI, S., SEQUEIRA, D., VIEIRA, R.M., FRANÇA JUNIOR, I. et al. Plantões Jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.1, p. 22-36, 2006.

CAPALBO, C. **Fenomenologia como método e como filosofia**. cap.3. A Fenomenologia e as Ciências Humanas. Rio de Janeiro, RJ: Âmbito Cultural Edições. 1987.

CASANOVA, M.A. **Compreender Heidegger**. 3ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes. 2009. 244 p.

CDC. About HIV/AIDS.USA: **Centers for disease control and prevention**, 2015.Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em: 08 set. 2015.

CERVIA, J.S. Easing the transition of HIV-infected adolescents to adult care. **AIDS patient care and STDs**, v. 27, n. 12, p. 692-696, 2013.

COSTA, R.; SILVA, R.R.A. Fatores relacionados à feminização da epidemia da Aids: estudo informativo. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 8, p. 5340-4,2013.

CROZATTI, M.T.L. **Adesão ao tratamento anti-retroviral na infância e adolescência**. 2007. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

CRUZ, M. L. S.; CARDOSO, C.A.; DARMONT, M.Q.; SOUZA, E.; ANDRADE, S.D.; D'AL FABRO, M.M.; et al. Viral suppression and adherence among HIV-infected children and adolescents on antiretroviral therapy: results of a multicenter study. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 6, p. 563 – 571, 2014.

DAVIM, R.M.B.; GERMANO, R.M.; MENEZES, R.M.V.; CARLOS, D.J.D. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p.131-140, 2009.

DUARTE, M.R.; ROCHA, S.S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 2, p. 361-364, 2011.

FARIAS, S.R.Q.; LAVRA, Z.M.; MORAIS, F.P. Uma nova proposta terapêutica para tratamento da Aids: da monoterapia à dose fixa combinada. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, v.87. n.3, p. 92-97, 2006.

FERNANDES, E.S.; ALMEIDA, I.S.; COSTA, C.C.P.; RIBEIRO, I.B. A vivência do ser-adolescente com HIV/AIDS: um estudo fenomenológico para a enfermagem. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 447-461, 2014.

FIUZA, M.L.T.; LOPES, E.M.; ALEXANDRE, H.D.O.; DANTAS, P.B.; GALVÃO, M.T.G.; PINHEIRO, A.K.B. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 740-48, 2013.

FRANÇA, K.M.A.; RIBEIRO, G.M.F. A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2006.

FRANCO, R.K.G. Histórias de Gente Humilde com HIV/AIDS no Nordeste do Brasil. **Vozes, Pretérito & Devir: Revista de história da UESPI**, Piauí, v. 2, n. 1, p. 54-67, 2013.

GARRAFA, V.; MACHADO G.; A.M.; PEREIRA, S.S. HIV/AIDS and the principle of non-discrimination and non-stigmatization. **Revista Latinoamericana de Bioética**, Nueva Granada, v. 12, n. 2, p. 118-123, 2012.

GIL, A.C.; YAMAUCHIN. I. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 565-573. 2012.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D.C.D.; SANTOS, É.I.D.; SANTO, C.C.E.; VALOIS, B.R.G.; PONTES, A.P.M.D. As facetas do convívio com o HIV: Formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 111-20, 2012.

GOMES, R. R. D. F. M.; MACHADO, C.J.; ACURCIO, F.D.A.; GUIMARÃES, M. D.C. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009.

GONTIJO, D.T.; CUNHA, A.P.G.; RICCIOPPO, M.R.P.L.; MOLINA, R.J.; MEDEIROS, M. "Deixo ela no canto e vou tocar minha vida": significados de viver com HIV para homens com adesão irregular à terapia antirretroviral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 480-488, 2014.

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

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HEIDEGGER, M. **Sobre o problema do ser o caminho do campo**. Trad. Ernildo Stein. São Paulo, SP: Livraria Duas Cidades, 1969.

\_\_\_\_\_. **Todos nós... ninguém**. Trad. Dulce Mara Critelli. São Paulo, SP: Moraes, 1981.

\_\_\_\_\_. **A Caminho da Linguagem**. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2003.

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

JAGER, M.E.; BATISTA, F.A.; PERRONE, C.M.; SANTOS, S.S.; DIAS, A.C.G. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

MARTINS, T.; KERR, L.R.F.S.; KENDALL, C.; MOTA, R.M.S. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e Aids no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, Ceará, v. 3, n. 1, p. 04-07, 2014.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80p.

MINEO, F.L.V.; MATOS, L.F.B.; LIMA, S.S.; DELUQUE, A.L.; FERRARI, R. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n.2, p. 366-388, 2013.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002. 152p.

MONTEIRO, C.F.S.; ROCHA, S.S.; PAZ, E.P.A.; SOUZA, I.E.O. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-301, 2006.

MOTTA, M.D.G.C.D.; PEDRO, E.N.R.; PAULA, C.C.D.; COELHO, D.F.; RIBEIRO, A.C.; GREFF, A.P.; et al. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.3, p. 345-350, 2013.

MOTTA, M.D.G.C.D.; PEDRO, E.N.R.; PAULA, C.C.D.; COELHO, D.F.; RIBEIRO, A.C.; GREFF, A.P.; et al. Vivências do adolescente com HIV/AIDS. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.18, n. 1, p. 181-194, 2014.

NICHIATA, L.Y.I.; BERTOLOZZI, M.R.; GRYSCHKEK, A.L.P.L.; ARAÚJO, N.V. D.L.; PADOVEZE, M.C.; CIOSAK, S.I.; et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo v.45, n.spe2, p. 1769-1773, 2011.

NOBRE, A.C.L.; MATOS, V.C.; UNIFOR, C. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Ver Bras Farm Hosp Serv Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-41.2012.

OKUNO, M.F.P.; GOMES, A.C.; MEAZZINI, L.; SCHERRER JÚNIOR, G.; BELASCO JUNIOR, D.; BELASCO, A.G.S. Quality of life in elderly patients living with HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, 2014.

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

OLIVEIRA, A.C.; REIS, R.K.; NOGUEIRA, J.A.; GIR, E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 994-1000, 2014.

OMS. **Organização Mundial da Saúde. Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**. Genebra, Suíça. 2001. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/2/9248546269\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/2/9248546269_por.pdf)>. Acesso em: 22 set 2015.

\_\_\_\_\_. **World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Switzerland, 2003. Disponível

em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach,** 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/>>. Acesso em: 04 out. 2015.

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

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) – UFRJ / EEAN, Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

PADOIN, S.M.M., ZUGE, S.S.; SANTOS, É.E.P.; PRIMEIRA, M.R.; ALDRIGHI, J.D.; PAULA, C.C. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 446-51, 2013.

PAULA, C.C., CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.O. O cotidiano de crianças infectadas pelo HIV no adolecer: compromissos e possibilidades do cuidado de si. **J bras Doenças Sex Transm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3-4, p. 173-178, 2008.

PAULA, C.C., CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.O. O cotidiano do ser-adolescente que tem aids: momento ou movimento existencial? **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 632-639, 2009.

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**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 984-9, 2012.

PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.; ALBUQUERQUE, P.V.C.; BUBADUÉ, R.D. M.; SILVA, C.B.; BRUM, C.N. Cotidiano de adolescentes com o vírus da imunodeficiência humana em tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 3, p. 500-508, 2013.

PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.; BRUM, C.N.; SILVA, C.B.; ALBUQUERQUE, P.V.C.; BUBADUÉ, R.M. Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/AIDS. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v. 15, n. 4, p. 1016-25, 2013.

PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.; TERRA, M.G.; SOUZA, I.E.O.; CABRAL, I.E. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 468-72, 2014.

PEREIRA, A.J.; NICHATA, L.Y.I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3249-5, 2011.

PEREIRA, L.B.; ALBUQUERQUE, J.R.; SANTOS, J.M.; LIMA, F.L.A.; SALDANHA, A.A.W. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e à contagem T-CD4. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 16, n. 2, p. 149-160, 2012.

PINHO, M.D.; BERQUÓ, E.; OLIVEIRA, K.A.; LOPES, F.; LIMA, L.C.A.; PEREIRA, N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 277-294, 2013.

PINTO, A.C.S.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C.; ALVES, M.D.S. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **DST-J Bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p. 1201-1208, 2010.

RANIERI, L.P.; BARREIRA, C.R.A. A entrevista fenomenológica. In: IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 4., 2010, Rio Claro, SP. Anais... Rio Claro, SP: UNESP, 2010. p. 01-08.

RIBEIRO, A.C., PAULA, C.C., NEVES, E.T., PADOIN, S.M.M. Perfil clínico de adolescentes que têm aids. **Cogitare Enferm**, Paraná, v.15, n.2, p. 256-262, 2010.

RIBEIRO, A.C.; PADOIN, S.M.M.; PAULA, C.C.; TERRA, M.G. O cotidiano do adolescente que tem HIV/AIDS: impessoalidade e disposição ao temor. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 22, n. 3, p. 680-686, 2013.

RODRIGUES, A.B.M.; OLIVEIRA, B.M.; MULLER, C.M.; EMILIANO, Y.S. S.E.; MELLO, W. Origem, epidemiologia geral e diagnóstico do HIV. **Revista Presença**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 243-267, 2015.

ROMEU, G.A.; TAVARES, M.M.; CARMO, C.P.; MAGALHÃES, K.N.; NOBRE, A.C.L.; MATOS, V.C. Avaliação da adesão a Terapia Antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**, São Paulo, v.3, n.1, p. 37-41, 2012.

SANTOS, F.C.; KOERICH, C.; ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S. Desafios gerenciais na transição do adolescente com HIV/AIDS por transmissão vertical em serviços de referência. **Revista Eletr. Enf.**, Goiás, v. 16, n. 2, p. 408-16, 2014.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-62, 2006.

SILVA, G.A. **Da aparência a essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. Juiz de Fora: editora UFJF: 2004. 155 p.

SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n 2, p. 254-7, 2008.

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

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

SILVA, D.I.; PERES, A.M.; WOLFF, L.D.G.; MAZZA, V.A. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para a prática profissional da enfermagem: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 848-855, 2014a.

SILVA, M.A.I.; MELLO, F.C.M.; MELLO, D.F.D.; FERRIANI, M.D.G.C.; SAMPAIO, J.M.C.; OLIVEIRA, W.A.D. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 619-627, 2014b.

SOUSA, A.M.D.; LYRA, A.; ARAÚJO, C.C.F.; PONTES, J.L.; FREIRE, R.C.; PONTES, T.L. A política da aids no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC**.

**Journal of Management and Primary Health Care**, Pernambuco, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUZA, M.C.F.; ROCHA, S.S.; PAZ, E.P.A.; OLIVEIRA, I.E.S. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-301, 2006.

SOUZA, S. Os discursos de adesão ao tratamento de aids: uma reflexão ética. **Revista Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 98-106, 2011.

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. Sup 1, p. S4-S5, 2011.

TAQUETTE, S.R. **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ. 2009.

\_\_\_\_\_. Epidemia de HIV/AIDS em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 618-628, 2013.

TAQUETTE, S.R.; MEIRELLES, Z.; VIEIRA, C.R. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/AIDS: um estudo com adolescentes femininas afrodescendentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 129-142, 2013.

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

TEXEIRA, M.G.; SILVA, G.A. A Representação do Portador do Vírus da Imunodeficiência Humana sobre o tratamento com os Anti-retrovirais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n. 4, p. 726-36, 2008.

TEIXEIRA, B. O mundo como região ontológica do homem na fenomenologia heideggeriana. **Rev. Elet. Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 524-532, 2012.

TOLEDO, M.M.; TAKAHASHI, R.F. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS; Elements of adolescents' individual vulnerability to HIV/AIDS; Elementos de vulnerabilidad individual de adolescentes al VIH/SIDA. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011.

UNAIDS. **Joint United Nations Program on HIV/AIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic. International cooperation.** 2013. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **The Gap Report.** HIV/AIDS, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, 2014. 422 p. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

VILELA, A. P. M.; LEITE, F.M.C.; SCHIMILDT, E.R.; CARVALHO, S.M.; BUBACH, S.; TRISTÃO, K.M.; AMORIM, E.P.D. Tendência da Aids segundo categoria exposta na Microrregião São Mateus, no Espírito Santo e no Brasil, no período de 1999 a 2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 36, n. 2, p. 396, 2013.

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

## ANEXO A

### ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

### CARTA DE APRESENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Ao Ilmo. Sr. Coordenador Administrativo do Programa Municipal DST/Aids  
Rodrigo Coelho de Almeida,

Juiz de Fora, 06 de Januário de 2015.

Prezado Senhor,

Venho me apresentar meu nome é Camila da Silva Marques, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e tenho como orientadora a Professora Doutora Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

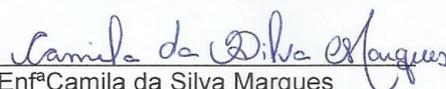
Tenho o desejo de realizar no SAE uma pesquisa junto à população de homens e mulheres adolescentes soropositivos que estão inscritos no SAE e que realizam acompanhamento de seu tratamento no mesmo. Esclareço que os depoimentos dos sujeitos do estudo atenderão à finalidade de uma dissertação de Mestrado, o que inclui a elaboração do projeto e do relatório de defesa a ser apresentado para uma banca examinadora da Universidade Federal de Juiz de Fora, como atividade obrigatória para a Conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizará o método fenomenológico para analisar os dados. O título provisório do projeto é: **"Cotidiano assistencial e terapêutico: o vivido do ser-adolescente-soropositivo e do ser-profissional de enfermagem"**. Os objetivos do presente estudo são: compreender o cotidiano do ser-adolescente-em tratamento antirretroviral e suas expectativas em relação ao acompanhamento pelo serviço, bem como, o cotidiano do ser-profissional de enfermagem que o assiste tendo em vista a manutenção do tratamento.

Acreditamos que o fenômeno ser adolescente soropositivo que vivencia o tratamento antirretroviral, acompanhado por um serviço especializado e ser-profissional de enfermagem que assiste esse adolescente tendo em vista a manutenção do tratamento necessitam ser investigados, e que só se desvelarão se aproximarmos o nosso modo de ser-enfermeiros-pesquisadores ao modo de ser-adolescente convivendo com o HIV e ao modo de ser-profissional que acompanha esse adolescente durante o tratamento. Neste sentido entendemos que somente estando próximos a eles é que o fenômeno poderá ser desvelado.

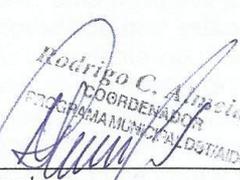
Esperamos que os resultados obtidos possam mostrar-nos os fatores inerentes ao tratamento, quais expectativas os adolescentes possuem em relação ao serviço de saúde que o assiste e qual o papel dos profissionais no processo de tratamento. Assim estaremos contribuindo com os profissionais de saúde que assistem estes sujeitos aproximando-os através de um cuidado que valorize o ser na sua especificidade, estimulando o seu autoconhecimento e preparando-os para vivenciarem seu cotidiano com qualidade de vida.

Cabe salientar, que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e todas as exigências éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas. Desde já, agradeço pela atenção dispensada e coloco-me a disposição para o que se fizer necessário. Segue em anexo, o projeto que será encaminhado ao Comitê de Ética para aprovação.

  
Enfª Camila da Silva Marques  
Responsável pela pesquisa  
Tel. (32) 9131-3687

Profª Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
Orientadora Responsável pela pesquisa  
Tel. (32) 3232-4891

AUTORIZADO EM 06/01/16.

  
Assinatura  
(carimbo da Instituição)

COORDENAÇÃO MUNICIPAL  
PROGRAMA DST/AIDS DE JUIZ DE FORA  
Rua Marechal Deodoro, 498/7º Andar  
Centro - Juiz de Fora/MG  
CEP: 36013-001

## ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

## CARTA DE APRESENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

A Ilma.Sra. Gerente do Serviço

Juiz de Fora, 06 de Janio de 2015.

Prezada Senhora,

Venho me apresentar meu nome é Camila da Silva Marques, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e tenho como orientadora a Professora Doutora Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

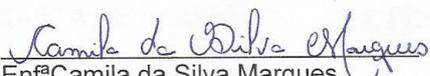
Tenho o desejo de realizar no SAE uma pesquisa junto à população de homens e mulheres adolescentes soropositivos que estão inscritos no SAE e que realizam acompanhamento de seu tratamento no mesmo. Esclareço que os depoimentos dos sujeitos do estudo atenderão à finalidade de uma dissertação de Mestrado, o que inclui a elaboração do projeto e do relatório de defesa a ser apresentado para uma banca examinadora da Universidade Federal de Juiz de Fora, como atividade obrigatória para a Conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizará o método fenomenológico para analisar os dados. O título provisório do projeto é: **“Cotidiano assistencial e terapêutico: o vivido do ser-adolescente-soropositivo e do ser-profissional de enfermagem”**. Os objetivos do presente estudo são: compreender o cotidiano do ser-adolescente em tratamento antirretroviral e suas expectativas em relação ao acompanhamento pelo serviço, bem como, o cotidiano do ser-profissional de enfermagem que o assiste tendo em vista a manutenção do tratamento.

Acreditamos que o fenômeno ser adolescente soropositivo que vivencia o tratamento antirretroviral, acompanhado por um serviço especializado e ser-profissional de enfermagem que assiste esse adolescente tendo em vista a manutenção do tratamento necessitam ser investigados, e que só se desvelarão se aproximarmos o nosso modo de ser-enfermeiros-pesquisadores ao modo de ser-adolescente convivendo com o HIV e ao modo de ser-profissional que acompanha esse adolescente durante o tratamento. Neste sentido entendemos que somente estando próximos a eles é que o fenômeno poderá ser desvelado.

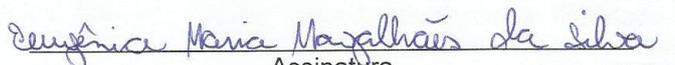
Esperamos que os resultados obtidos possam mostrar-nos fatores inerentes ao tratamento, quais expectativas os adolescentes possuem em relação ao serviço de saúde que o assiste e qual o papel dos profissionais no processo de tratamento. Assim estaremos contribuindo com os profissionais de saúde que assistem estes sujeitos aproximando-os através de um cuidado que valorize o ser na sua especificidade, estimulando o seu autoconhecimento e preparando-os para vivenciarem seu cotidiano com qualidade de vida.

Cabe salientar, que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e todas as exigências éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas. Desde já, agradeço pela atenção dispensada e coloco-me a disposição para o que se fizer necessário. Segue em anexo, o projeto que será encaminhado ao Comitê de Ética para aprovação.

  
Enf<sup>a</sup> Camila da Silva Marques  
Responsável pela pesquisa  
Tel. (32) 9131-3687

Prof<sup>a</sup> Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
Orientadora Responsável pela pesquisa  
Tel. (32) 3232-4891

AUTORIZADO EM 06/01/15.

  
Assinatura  
(carimbo da Instituição) Eugênia Maria M. Silva  
ENFERMEIRA  
COREN-MG 45694

COORDENAÇÃO MUNICIPAL  
PROGRAMA DST/AIDS DE JUIZ DE FORA  
Rua Marechal Deodoro, 496/7º Andar  
Centro - Juiz de Fora/MG  
CEP: 36013-001

## ANEXO C



Universidade Federal de Juiz de Fora- Faculdade de Enfermagem  
Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu*- Curso de Mestrado em Enfermagem

Juiz de Fora, 09 de março de 2015.

**DE:** Pesquisadora responsável pela investigação "COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO"

Profa. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

**PARA:** Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora  
Enfermeira Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich

**ASSUNTO:** Solicitação (faz)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada "COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO" cujo objetivo é desvelar o vivido do tratamento antirretroviral na visão do adolescente soropositivo. Cabe acrescentar que Camila da Silva Marques, é discente do Programa de Pós-graduação Mestrado *Stricto Senso* em Enfermagem da FACENF-UFJF e integra o grupo desta investigação.

Solicito apoio institucional de V.Sª para a realização da presente investigação, contando com o seu empenho no sentido de nos autorizar, no âmbito da Faculdade de Enfermagem da UFJF, a realização de parte da investigação e viabilizar o parecer da referida Unidade acadêmica por meio da assinatura do presente ofício para que possamos anexá-lo ao cadastro do projeto na Plataforma Brasil, conforme protocolo preconizado para investigações envolvendo seres humanos.

Aproveito a oportunidade para externar apreço e consideração e coloco-me ao seu inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Prof.ª. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da UFJF-  
Tele para contato: (32) 3232-4891

Prof.ª. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
Vice Diretora da Fac. de  
Enfermagem UFJF  
COREN-MG 69166

Recebi em: 10/03/2015

Ciente Assinatura:

Prof.ª. Dra. Denise B. de Castro Friedrich  
DIRETORA DA FACULDADE  
DE ENFERMAGEM - UFJF  
COREN-MG 024.833

**ANEXO D****DECLARAÇÃO**

Eu, Rodrigo Coelho de AlmeidaRodrigo Coelho de Almeida, na qualidade de Coordenador Administrativo do Programa Municipal DST/Aids do**Serviço de Assistência Especializada (SAE)**, autorizo a realização de a pesquisa intitulada "**Cotidiano assistencial e terapêutico: o vivido do ser-adolescente-soropositivo e do ser-profissional de enfermagem**" a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores"**Zuleyce Maria Lessa Pacheco e Camila da Silva Marques**". DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 06 de Janio de 2015.

*Rodrigo C. Almeida*  
COORDENADOR  
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS

Assinatura  
(carimbo da Instituição)

COORDENAÇÃO MUNICIPAL  
PROGRAMA DST/AIDS DE JUIZ DE FORA  
Rua Marechal Deodoro, 496/7º Andar  
Centro - Juiz de Fora/MG  
CEP: 36013-001

**ANEXO E****DECLARAÇÃO**

Eu, Eugênia Maria Magalhães da Silva, na qualidade de gerente do **Serviço de Assistência Especializada (SAE)**, autorizo a realização da pesquisa intitulada **“Cotidiano assistencial e terapêutico: o vivido do ser-adolescente-soropositivo e do ser-profissional de enfermagem”** a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores **“Zuleyce Maria Lessa Pacheco e Camila da Silva Marques”**. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 06 de junho de 2015.

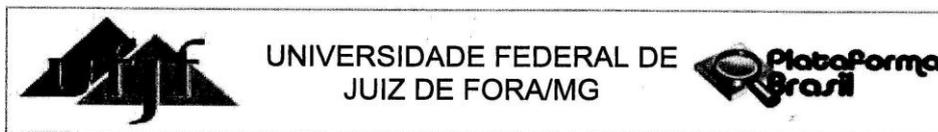
Eugênia Maria Magalhães da Silva

Assinatura  
(carimbo da Instituição)

Eugênia Maria M. Silva  
ENFERMEIRA  
COREN-MG 45694

COORDENAÇÃO MUNICIPAL  
PROGRAMA DST/AIDS DE JUIZ DE FORA  
Rua Marechal Deodoro, 496/7º Andar  
Centro - Juiz de Fora/MG  
CEP: 36013-001

## ANEXO F



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO**Pesquisador:** Zuleyce Maria Lessa Pacheco**Área Temática:****Versão:** 4**CAAE:** 42995615.9.0000.5147**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.293.580**Apresentação do Projeto:**

Os pesquisadores apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa  
 Apresentam comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.  
 O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objeto de estudo está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São informados

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia atende aos objetivos propostos e informa:

- tipo de estudo;
- procedimentos que serão utilizados
- número de participantes
- justificativa de participação em grupos vulneráveis
- critérios de inclusão e exclusão
- forma de recrutamento

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.293.580

- tipo de análise
- cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização

O cronograma mostra

- o agendamento das diversas etapas da pesquisa e o início apenas após a aprovação do projeto pelo CEP.
- O orçamento
- lista a relação detalhada dos custos da pesquisa
- apresenta o responsável pelo financiamento

O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados, mas pode trazer constrangimento aos participantes da pesquisa. O pesquisador apresenta formas adequadas de minimizar o constrangimento.

O TCLE E O Termo de Assentimento

- Está em linguagem adequada, clara para compreensão do participante
- Apresentam justificativa e objetivos
- Descrevem suficientemente os procedimentos
- Apresentam campo para a identificação dos participantes
- Informam que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao participante
- Asseguram liberdade do participante em recusar ou retirar o consentimento sem penalidades
- Garantem sigilo e anonimato
- Explicitam
  - riscos e desconfortos esperados
  - Ressarcimento de despesas
  - Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
  - Forma de contato com o pesquisador
  - Forma de contato com o CEP
  - O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada

- Declaração de infra-estrutura e de concordância apresentada e assinada

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.293.580

**Recomendações:**

Projeto aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Junho de 2016.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_482212.pdf	16/10/2015 17:13:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoadolescentef.docx	16/10/2015 10:56:35	Camila da Silva Marques	Aceito
Outros	Roteiro.docx	16/10/2015 10:54:19	Camila da Silva Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeAssentimentof.doc	16/10/2015 10:52:36	Camila da Silva Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLProf.docx	16/10/2015 10:52:26	Camila da Silva Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmenorf.doc	16/10/2015 10:52:12	Camila da Silva Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLef.doc	16/10/2015 10:51:43	Camila da Silva Marques	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.293.580

Justificativa de Ausência	TCLEf.doc	16/10/2015 10:51:43	Camila da Silva Marques	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto 10-06.pdf	10/06/2015 14:21:27		Aceito
Outros	Camila currículo.docx	16/03/2015 13:04:38		Aceito
Outros	Zuleyce currículo.docx	15/03/2015 23:04:06		Aceito
Outros	Denise Anexo C.pdf	15/03/2015 23:03:21		Aceito
Outros	Eugenia estrutura.pdf	15/03/2015 23:01:53		Aceito
Outros	Rodrigo Estrutura.pdf	15/03/2015 23:01:32		Aceito
Outros	Eugenia Anexo B.pdf	15/03/2015 23:00:32		Aceito
Outros	Rodrigo anexo A.pdf	15/03/2015 22:59:54		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 23 de Outubro de 2015

Assinado por:  
Francis Ricardo dos Reis Justi  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ- REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Iniciais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_
- Nº da entrevista: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Gênero: \_\_\_\_\_
- Cor: \_\_\_\_\_
- Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_
- Renda familiar (em salário mínimo): \_\_\_\_\_
- Tempo de descoberta do diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Tempo de tratamento no SAE: \_\_\_\_\_
- Medicamentos antirretrovirais utilizados:
- Outros medicamentos utilizados:

#### Indagações Norteadoras da Entrevista:

- Como é realizar tratamento utilizando medicamentos antirretrovirais.
- Como é ter seu tratamento acompanhado pelo Serviço de Assistência Especializado.
- Gostaria de acrescentar algo?

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO**”. Nesta pesquisa pretendemos compreender o cotidiano do ser-adolescente em tratamento com antirretroviral. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de compreender os fatores inerentes ao tratamento com terapia antirretroviral no período da adolescência.

Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): O nosso encontro será em um espaço reservado localizado no próprio serviço onde você é assistido. Neste local a pesquisadora realizará uma entrevista com você que será gravada em MP4, sendo transcrita, sistematizada e analisadas as falas. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que será utilizada a técnica de entrevista aberta e não serão realizados procedimentos de enfermagem junto ao corpo. A pesquisa contribuirá para com os profissionais de saúde que lhe assistem aproximando-os de você e de sua realidade. Para que através de um cuidado que valorize as suas necessidades, estimule o seu autoconhecimento e prepare-o para uma melhor qualidade de vida, obtenha-se uma maior adesão ao tratamento. Além de lhe possibilitar um momento de reflexão sobre suas vivências e experiências acerca da terapia antirretroviral.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada

pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ **(se já tiver documento)**, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)

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

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Nome do Pesquisador Responsável:** Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Endereço: Avenida Getúlio Vargas 840/303– Centro

CEP: 36 013-011/Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 9123-8053

E-mail: zuleyce.lessa@ufjf.edu.br

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO”. Nesta pesquisa pretendemos compreender o cotidiano do ser-adolescente em tratamento com antirretroviral. O motivo que nos leva a estudar a necessidade de compreender os fatores inerentes ao tratamento com terapia antirretroviral no período da adolescência.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O nosso encontro será em um espaço reservado localizado no próprio serviço onde você é assistido. Neste local a pesquisadora realizará uma entrevista com você que será gravada em MP4, sendo transcrita, sistematizada e analisadas as falas. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que será utilizada a técnica de entrevista aberta e não serão realizados procedimentos de enfermagem junto ao corpo. A pesquisa contribuirá para com os profissionais de saúde que lhe assistem aproximando-os de você e de sua realidade. Para que através de um cuidado que valorize as suas necessidades, estimule o seu autoconhecimento e prepare-o para uma melhor qualidade de vida, obtenha-se uma maior adesão ao tratamento. Além de lhe possibilitar um momento de reflexão sobre suas vivências e experiências acerca da terapia antirretroviral. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

---

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

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
Endereço: Avenida Getúlio Vargas 840/303– Centro  
CEP: 36 013-011/Juiz de Fora – MG  
Fone: (32) 9123-8053  
E-mail: zuleyce.lessa@ufjf.edu.br

## APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

*(No caso do responsável pelo menor)*

O menor \_\_\_\_\_, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO”**. Nesta pesquisa pretendemos compreender o cotidiano do ser-adolescente em tratamento com antirretroviral. O motivo que nos leva a estudar a necessidade de compreender os fatores inerentes ao tratamento com terapia antirretroviral no período da adolescência.

Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): O encontro será em um espaço reservado localizado no próprio serviço onde o menor sob sua responsabilidade é assistido. Neste local a pesquisadora realizará uma entrevista com ele (a) que será gravada em MP4, sendo transcrita, sistematizada e analisadas as falas. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas.

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. Ele será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O (A) Sr. (a), como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que será utilizada a técnica de entrevista aberta e não serão realizados procedimentos de enfermagem junto ao corpo. A pesquisa contribuirá para com os profissionais de saúde que assistem o menor sob sua responsabilidade promovendo a aproximação entre eles e a realidade vivenciada pelo menor. Para que através de um cuidado que valorize as necessidades, estimule o autoconhecimento e prepare-o para uma melhor qualidade de vida, obtenha-se uma maior adesão ao tratamento. Além de possibilitar que o menor realize um momento de reflexão sobre suas vivências e experiências acerca da terapia antirretroviral.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

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

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail:[cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

**Nome do Pesquisador Responsável:** Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Endereço: Avenida Getúlio Vargas 840/303– Centro

CEP: 36 013-011/Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 9123-8053

E-mail: [zuleyce.lessa@ufjf.edu.br](mailto:zuleyce.lessa@ufjf.edu.br)

## APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

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



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) Sr(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO**. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como é o dia a dia dos adolescentes ao realizar tratamento com medicamentos para HIV. Esperamos que os resultados nos permitam compreender aspectos do tratamento que estejam interferindo no dia a dia dos mesmos, na tentativa de ajudar a melhorar a qualidade do atendimento que é dado ao adolescente que é acompanhado pelo serviço. Para que através de um cuidado que valorize as necessidades deste adolescente, seja estimulado o seu autoconhecimento, o preparando para uma melhor qualidade de vida e uma maior aceitação ao tratamento.

Afim de minimizar ou abolir quaisquer constrangimentos que possam ocorrer no momento da entrevista ao participante, o(a) Sr(a) enquanto profissional que acompanha o tratamento desses adolescentes será abordado anteriormente à etapa de coleta de dados para fornecer informações sobre o nível de conhecimento que os adolescentes possuem sobre seu diagnóstico e se eles estão cientes de sua condição de saúde. Para que desta forma, sejam selecionados apenas os adolescentes que atenderem completamente a todos os critérios de inclusão. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, ou seja, semelhantes a situações cotidianas da vida, sendo a forma de abordagem e de tratamento das informações criteriosa e anônima. Ao aceitar participar deste estudo o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Mas, se por ventura o(a) Sr(a) vier a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovado, será indenizado pela pesquisadora responsável.

O(a) Sr(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não da pesquisa. Poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação, a qualquer momento sem risco de qualquer penalização. O material contendo as informações que o indique, não será liberado sem a sua autorização. E o(a) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo assinado pelo Sr(a) e pela pesquisadora responsável, ficando uma via arquivada com a pesquisadora e a outra será fornecida ao Sr(a) que deverá guardá-la. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos, científicos e divulgação em eventos e revistas.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“COTIDIANO TERAPÊUTICO: O VIVIDO DO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

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

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: ZULEYCE MARIA LESSA PACHECO

Endereço: Campus Universitário da UFJF

Faculdade de Enfermagem

CEP: 36036-900

Fone: (32) 9123-8053

E-mail: [zuleyce.lessa@ufjf.edu.br](mailto:zuleyce.lessa@ufjf.edu.br)

Equipe da pesquisa: Camila da Silva Marques

Endereço: Campus Universitário da UFJF

Faculdade de Enfermagem

CEP: 36036-900

Fone: (32) 9131-3687

E-mail: [camilamarques.enf@gmail.com](mailto:camilamarques.enf@gmail.com)