

ANÁLISE COMPREENSIVA DOS SIGNIFICADOS DE ESTAR GESTANTE E TER HIV/AIDS*COMPREHENSIVE ANALYSIS OF THE MEANINGS OF BEING PREGNANT AND HAVING HIV/AIDS**ANÁLISIS PERCEPTIVO DE LOS SIGNIFICADOS DE ESTAR EMBARAZADA Y TENER VIH/SIDA*ANDRESSA GUIMARÃES MACHADO¹STELA MARIS DE MELLO PADOIN²CRISTIANE CARDOSO DE PAULA³LETÍCIA BECKER VIEIRA⁴DILCE REJANE PERES DO CARMO⁵

Os casos notificados de aids nas mulheres resultou em investimento na prevenção da transmissão vertical e na assistência materno-infantil para redução da morbidade e mortalidade. Essa pesquisa objetivou compreender os significados de estar gestante e ter HIV/AIDS. Desenvolveu-se entrevista com sete mulheres, entre março/abril de 2009. O cenário foi um hospital universitário, em Santa Maria/RS/Brasil. Investigação qualitativa de abordagem fenomenológica pelo método de análise compreensiva de Martin Heidegger. A análise compreensiva revelou a dificuldade na descoberta do diagnóstico e o medo de transmitir o vírus para os filhos, de não poder cuidá-los e de morrer. Descrevem vivências de outras gestações e de gravidez não planejada. Conhecem o preconceito, por isso a família não sabia do diagnóstico. Conclui-se pela necessidade de refletir sobre as práticas de saúde, de modo a desenvolver no cotidiano assistencial uma escuta empática em busca de compreender o vivido e as necessidades das mulheres e famílias.

DESCRIPTORIOS: Saúde Materno-Infantil; Enfermagem Obstétrica; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Gravidez.

Reported cases of AIDS in women resulted in an investment in the prevention of vertical transmission and maternal and child care to reduce morbidity and mortality. This research aimed to understand the meanings of being pregnant and having HIV/AIDS. Interviews were developed with seven women between March/April 2009. The setting was a university hospital in Santa Maria / RS / Brazil. A qualitative research with phenomenological approach was carried out through the method of comprehensive analysis by Martin Heidegger. The method revealed the difficulty in finding out the diagnosis, the fear of transmitting the virus to their children and not being able to nurture them, and die. These women describe experiences of other pregnancies and unplanned pregnancies. They are aware of the prejudice, so that the family does not know about the diagnosis. The results confirmed the necessity of thinking about health practices in order to develop in the daily care an empathic listening that seeks to understand the experiences and needs of the women and their families.

DESCRIPTORS: Maternal and Child Health; Obstetrical Nursing; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Pregnancy.

El resultado de los casos notificados de Sida en las mujeres mostró aporte en la prevención de la transmisión vertical y en la asistencia materno-infantil para la reducción de la morbilidad y mortalidad. Esa investigación tuvo como objetivo intuir los significados de estar embarazada y tener VIH/SIDA. La entrevista se desarrolló con siete mujeres, entre marzo y abril de 2009. La misma se realizó en un hospital universitario en Santa María/RS/Brasil. Investigación cualitativa de planteo fenomenológico por el método de análisis comprensivo de Martín Heidegger. El análisis comprensivo dejó ver la dificultad al descubrir el diagnóstico y el miedo de transmitir el virus a los hijos, de no poder cuidarlos y de morir. Describen experiencias de otras gestaciones y de embarazo no planeado. Conocen el recelo, por eso la familia no sabía del diagnóstico. Se concluye que es forzoso reflexionar sobre las prácticas de salud, de modo que se lleve a cabo en el cotidiano asistencial una percepción empática buscando comprender lo ya vivido y las necesidades de las mujeres y familias.

DESCRIPTORIOS: Salud Materno-Infantil; Enfermería Obstétrica; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Embarazo.

¹ Enfermeira. Brasil. E-mail: dedeigm@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, RS. Líder do grupo de pesquisa Cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade — UFSM. Endereço: Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336 — Cidade Universitária — Camobi - Santa Maria/RS. CEP: 97105900/Brasil. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br e stelamaris_padoin@hotmail.com

³ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria. Líder do grupo de pesquisa Cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade — UFSM/Brasil. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS. Bolsista CAPES. Vice-líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria — UFSM. Brasil. E-mail: lebvieira@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria — UFSM/Brasil. E-mail: dilcerpc@ibest.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, os casos notificados de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) entre mulheres tiveram um quantitativo crescente. Na primeira década (1980-1989) de 1.905 casos, na segunda década (1990-1999) 57.738 casos e na última década (2000-2009) 128.753 casos, totalizando 188.396 no sexo feminino. Quando comparados aos 356.427 casos no sexo masculino, se observa que a razão de sexo (M:F) vem diminuindo, passando de 15,1:1 em 1986 para 1,5:1 em 2006, se mantendo até 2009. Assim, se evidencia uma progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, revelando a tendência de feminização no perfil da epidemia⁽¹⁻²⁾.

Do ponto de vista biológico, da situação das mulheres infectadas pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) emerge a possibilidade de gestação. No Brasil, na última década, foram notificados 41.777 casos de gestantes⁽¹⁾. Diante da magnitude da problemática, foi criado, no âmbito da Coordenação Nacional de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o Grupo Assessor de Mulheres. Esse grupo tem a proposição de acompanhar as políticas, princípios e diretrizes para as estratégias de promoção à saúde e prevenção de novos casos de infecção na população feminina⁽³⁾.

No entanto, concomitante aos investimentos nas políticas públicas em saúde e nas ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, mantém-se um modelo assistencial que reserva pouco espaço para a saúde da mulher, as quais descobrem que estão infectadas pelo HIV somente quando procuram a assistência pré-natal. Nessa direção, se aponta um dos desafios da prática de cuidado na saúde e na enfermagem a gestantes e puérperas⁽⁴⁾.

Outros desafios se encontram na dimensão cotidiana das mulheres, as quais vivenciam a gestação com a possibilidade de transmissão do HIV para seu filho, e isso se torna uma de suas maiores preocupações⁽⁵⁻⁶⁾. Devido ao preconceito, convivem com

limitações no cuidado de si e na interação social⁽⁷⁾. Essas mulheres expressam esperança, fé, incertezas e buscam o significado da gestação e da vida⁽⁸⁻¹⁰⁾.

As mulheres ocultam sua condição sorológica de seus familiares e, por vezes, de seu companheiro sexual, por medo de consequências nas relações do cotidiano familiar, social e do trabalho⁽¹¹⁻¹²⁾. Convivem com a impossibilidade de amamentar, conduta identificada pelo enfaixamento dos seios, que é considerado doloroso e punitivo. No entanto, envolve a possibilidade de manter o bebê sadio, o que implica aspectos biológicos, sociais, culturais e emocionais⁽¹³⁻¹⁴⁾.

No cotidiano laboral de cuidado a mulher que tem HIV/AIDS, os profissionais de saúde necessitam estar preparados para atender as demandas das dimensões biológica, clínica e social. Além de atentar às questões particulares da vivência de cada uma delas, na busca da singularidade das mulheres no mundo do cuidado em saúde e em enfermagem, o qual contempla a compreensão da dimensão existencial⁽⁴⁾.

Portanto, diante da necessidade de apreender os sentimentos que o ser humano confere às suas vivências, como um ser lançado no mundo com os outros, este estudo objetivou compreender os significados de estar gestante e ter HIV/AIDS.

MÉTODO

Esta é uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-metodológico fundado no método de Martin Heidegger⁽¹⁵⁾. Tal abordagem tem como ponto de partida as vivências de estar gestante para a mulher que tem HIV/AIDS. O cenário da pesquisa foi o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e na Unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres com sorologia positiva ao HIV, tendo como critérios de inclusão: gestante ou puérpera em acompanhamento ambulatorial nos referidos serviços.

A produção de dados ocorreu no período de março a abril de 2009. O modo de acesso as depoimentos foi a entrevista fenomenológica⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Foram convidadas a participar da pesquisa durante as atividades no grupo de apoio ambulatorial e na unidade de internação. O encontro foi mediado pela empatia e intersubjetividade⁽¹⁸⁾, a partir da questão norteadora: como é/foi para você estar grávida?

O número de depoimentos foram sete mulheres, sendo que não foi determinado previamente, visto que a etapa de campo mostrou a suficiência de significados expressos nas entrevistas, que possibilitaram responder ao objetivo da pesquisa, sendo que os depoimentos contemplaram as estruturas essenciais do fenômeno de investigação⁽¹⁹⁾.

Os depoimentos foram gravados, mediante consentimento, e transcritos conforme fala original. Durante o encontro da entrevista foram observados os silêncios e expressões corporais das mulheres, os quais foram apontados entre parênteses na transcrição das entrevistas. Para o sigilo da identidade das participantes foi adotado os códigos M, relativo a mulher, seguido da numeração crescente conforme desenvolvimento das entrevistas.

A análise proposta por Martin Heidegger compõe-se de dois momentos metódicos descritos no seu livro *Ser e Tempo*⁽¹⁵⁾. Nesse estudo apresenta-se o primeiro momento: a análise compreensiva⁽¹⁵⁾. Primeiramente, desenvolveu-se a escuta e leitura atenta das entrevistas, mediante a suspensão de pressupostos da pesquisadora, a fim de compreender os significados expressos pelas mulheres, sem impor categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prática. Seguiu-se o exercício de destacar (sublinhar) as estruturas essenciais (significados) expressas nas transcrições das entrevistas. Posteriormente, foi composto o quadro analítico do material empírico, com os significados de estar gestante e ter HIV e os respectivos depoimentos das gestantes. Assim, foram constituídas as unidades de significação (US), sendo que o *caput* (enunciado) é composto pelas próprias expressões

dos depoimentos das mulheres. Cada US está apresentada nos resultados com algumas ilustrações de depoimentos, seguido do discurso fenomenológico da compreensão das próprias mulheres. Por fim, as US compuseram o conceito do vivido de estar gestante e ter HIV/AIDS.

Os aspectos éticos foram observados em todo o trâmite da pesquisa, sendo que a etapa de campo procedeu mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/RS (nº 23081.020616/2008-13).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os depoimentos revelaram que as mulheres que têm HIV/AIDS se mostram com medo de passar o vírus para os seus filhos, de não poder cuidar das crianças e de morrer. Relatam que a descoberta do diagnóstico foi difícil e que pensaram em se matar (US1): *quando eu descobri que eu era soropositivo e grávida eu fiquei apavorada, eu queria era mais é me matar ... eu tinha muito medo de passar a doença pro meu filho* (M1). *Com a gravidez agora tu fica pensando quanto tempo eu vou durar, quem vai cuidar do meu filho depois* (M3). *Só tinha medo que o nenê nascesse com o vírus* (M4). *Claro por um lado é bom tu ter um filho, tu estar grávida tudo mas tu também tem que pensar no outro lado, que tu também pode qualquer hora estar doente e neném estar bem e tu não poder atender ... eu tô também com um pouco de medo, porque eu fiquei sabendo muito tarde* (M5).

Estar grávida representa por si só uma experiência que gera ansiedades e inseguranças. A essa vivência soma-se a descoberta do vírus durante a gestação. Durante a gravidez ou após o parto, as mulheres falam do medo de morrer e não poder cuidar dos filhos. Isso faz com que desperte a aflição ante o desconhecido.

Essas mulheres convivem com a possibilidade de transmitir o vírus para os filhos, o que causa medo e insegurança. Percebe-se que esses sentimentos aumentam quando o tratamento não é iniciado cedo,

pois escutaram falar que, dessa forma, as chances de elas transmitirem a síndrome para a criança são maiores.

Quando essas mulheres já vivenciaram uma gestação tendo sorologia positiva para o HIV, a preocupação da transmissão vertical é menor, pois elas já tiveram uma experiência e sabem que, se fizerem o tratamento corretamente, a criança pode nascer saudável.

Referem que vivem uma vida normal e que aceitam a doença. Comparam sua vida com a das outras pessoas (US2). *Hoje eu já me sinto mais tranquila, já levo uma vida bem mais feliz, mais normal ... quando eu descobri que tinha um monte de gestante que tinha filho não ficavam com a doença ... se era difícil, pra outras mães estava muito mais difícil, era onde eu tirava o meu consolo (M1). Pra eu levar minha vida boa e normal eu tomo meus remédios todos os dias, mas eu tento esquecer que eu tenho doença (M2). minha vida é normal, trabalho, estudo, tenho namorado, relação sexual com preservativo, gravidez normal (M3). entre escolher eu acho que é melhor HIV do que um câncer, porque o câncer destrói e a pessoa e fica só sofrendo e morre (M4). Acho que a mesma coisa, não tem diferença, só que tu fica mais nervosa, pensa em tudo, tem medo. Acho que não tem diferença, é a mesma sensação... é bom tu estar grávida, carregando uma pessoa dentro de ti que é teu (M5). To tranquila, meus maiores medos já foram esclarecidos, eu achava que era um bicho de sete cabeças, mas não é ... mas é uma coisa que não tem fim, já vai fazer parte da minha vida, tem que aceitar, não adianta lutar contra, não fazer o tratamento, que vai ser pior (M7).*

À medida que vivem com o HIV, elas percebem que podem viver como as outras pessoas e vão reorganizando suas vidas. Elas se ocupam com o trabalho, com os outros filhos, com as atividades domésticas, com as relações com parceiros. Ao se ocuparem, esquecem da doença e poderão ser como todo mundo é.

Algumas mulheres expressam que ter HIV não é tão ruim quanto a descoberta de um câncer. Elas fazem essa relação porque em algum momento de sua vida já acompanharam alguém com a doença e, a partir disso, percebem que não possuem nenhuma

alteração física que lhe cause sofrimento, diferente do câncer.

Algumas demonstram o conformismo, passam a aceitar a doença como algo intrínseco no seu dia-a-dia. Apesar de ainda não aceitarem o HIV, algumas mulheres demonstraram que estão acostumadas.

Aceitam melhor sua condição de ter HIV e estar gestante quando ficam sabendo que existem outras pessoas vivenciando a mesma situação e/ou estão enfrentando situações piores e fazem comparação de suas vidas. Estar grávida e ter o vírus, para essas mulheres, não tem diferença em suas vidas. Consideram que vivem uma gestação igual a todas as outras mulheres.

Descrevem vivências de outras gestações, de gravidez não planejada e da infecção pelo companheiro (US3): *essa gravidez também foi inesperada. Eu tava usando camisinha com meu parceiro porque ele não é soropositivo (M1). Sabia que ele não ia viver pra tá junto comigo me ajudando nessa hora ... meu Deus... o que eu vou fazer da minha vida e ainda com um filho que talvez vai nascer doentinho (M2). Não foi planejado, eu tomava injeção e usava preservativo ... depois que ele faleceu eu fiquei sabendo, ele passou pra mim ... não vou dizer se ele tivesse junto que ia ser melhor (M3).*

As mulheres relatam vivências de outras gestações já sendo portadoras do vírus. Sendo assim, elas mostram-se mais confiantes em relação aos cuidados com o recém-nascido e preocupam-se com outros problemas, principalmente na sua relação com o companheiro.

Falam que a gravidez não foi planejada, mas não devido à sua condição sorológica, e sim às condições socioeconômicas, à falta de emprego, à relação com o parceiro, entre outros fatores.

Percebe-se a insatisfação em relação ao companheiro e/ou pai da criança. Elas referem que se infectaram pelo parceiro e, na maioria, ficaram sabendo do diagnóstico durante a gestação. Embora sintam muita mágoa em relação a isso, ao mesmo tempo prefeririam estar com ele, mas não podem porque ele morreu. Outras referem que o companheiro se afas-

tou e isso causa muito sofrimento, pois ele não estará junto para ajudar a cuidar da criança.

Tem experiências e vivências de preconceito, por isso a família não sabia do diagnóstico (US4): *eu tava grávida, aí eu acabei falando pra elas (mãe e irmã) que além disso tudo eu era soropositiva e que era pra elas não se preocuparem, eu tava me tratando direitinbo (M1). Foi bem preconceituosa ... pra minha mãe foi um choque... não eu não te quero aqui com essa doença ... tem algumas pessoas, tipo enfermeiros, que não são preconceituosos, mas tu vê que tem aqueles que têm preconceito e te judiam um pouquinho, que nem os médicos, tem muitos que te tratam bem, mas tem outros que tu enxerga isso nos olhos deles entendeu? (M2). Tem problema no sentido de discriminação ... só minha mãe sabe, ela ficou sabendo agora com a gravidez (M3).*

As mulheres relatam que vivenciam a discriminação e o preconceito e que estar infectado é um sinônimo de morte. Em muitos discursos, percebe-se que essa experiência é guardada em sigilo, por medo da reação da sociedade e da família ao saber que elas estão infectadas pelo vírus e grávidas. Dessa forma, guardam por muitos anos o segredo de sua sorologia. Na família ninguém sabe, ou poucas pessoas sabem, e não pretendem falar sobre o assunto. Só falam quando surge alguma outra situação que as obrigam a contar.

O sofrimento vai muito além da esfera física; envolve condicionantes sociais e familiares. Vivenciam, muitas vezes, a confirmação da sorologia associada à gestação sozinhas, escondidas por trás de um corpo físico e de uma vida aceita pelas relações sociais.

O tratamento oferecido por alguns profissionais, na hora da hospitalização, foi referido, mostrando que o preconceito e a discriminação são demonstrados também por pessoas que possuem formação para trabalhar com essas mulheres.

As mulheres se preocupam em não transmitir o vírus para a criança, por isso iniciam a medicação (US5): *dela (outra filha) eu comecei mais cedo o tratamento aqui, desse não ... esse é meu medo, que possa fazer mal pro nenê ... Tu nunca tem uma certeza de nada, apesar de*

que a vida nunca é uma certeza também (M5). Preocupação é fazer o tratamento direitinbo. Se desistir vai ficar pior ... é difícil, mas não é impossível (M7). A mulher fica frágil e ainda por ter que tomar os remédios ... tem a preocupação só com a criança (olhos com lágrimas). Tem a criança, tem que tomar o remédio (M9).

As mulheres iniciam o tratamento, preocupadas em não transmitir o vírus para a criança, mesmo vivenciando o sofrimento dos efeitos colaterais da medicação.

Elas iniciam o uso da medicação no pré-natal e vão às consultas porque, em algum momento, elas escutaram que, se o tratamento fosse feito de forma correta, a criança não nasceria com a síndrome, mas não chegam a entender sobre o HIV/AIDS. Nota-se que as gestantes sabem que se deve iniciar o tratamento no início da gravidez e, por esse motivo, procuram comparecer às consultas e tomar a medicação corretamente. Quando é descoberta já com alguns meses de gestação, a gravidez torna-se mais um motivo de preocupação, causando angústia e ansiedade, pois o tratamento não foi iniciado no tempo correto.

As preocupações, as dúvidas e os conhecimentos são iguais tanto nas mulheres que já vivenciaram a experiência de uma gestação tendo sorologia positiva para o HIV, como naquelas que estão passando por essa situação pela primeira vez.

Em algumas mulheres, a gestação motivou a adesão ao tratamento. Durante a gravidez preocupam-se em tomar a medicação, pois se sentem responsáveis pela criança que estão gerando. Muitas delas só iniciaram o uso de antiretrovirais devido à gestação e percebe-se que, após o parto, não sentem necessidade de continuar o tratamento, pois se apresentam bem fisicamente.

Portanto, tem-se que o conceito do vivido de estar gestante e ter HIV expressa que as mulheres: se mostram com medo de passar o vírus para os seus filhos, de não poder cuidar das crianças e de morrer. Relatam que a descoberta do diagnóstico foi difícil e que pensaram em se matar. Referem que têm uma vida

normal, aceitam a doença e comparam sua vida com a das outras pessoas. Descrevem vivências de outras gestações, de gravidez não planejada e da infecção pelo companheiro. Tem experiências e vivências de preconceito, por isso a família não sabia do diagnóstico. Preocupam-se em não transmitir o vírus para a criança e, por isso, iniciam a medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do vivido das mulheres foi possível desvelar os significados do estar gestante e ter HIV/AIDS. Compreendeu-se que as mulheres mostram-se como ser de possibilidades, mesmo diante de uma situação factual que é ter HIV estando grávida. A compreensão desse vivido instigou a pensar sobre as práticas assistenciais e rever os modos de cuidar dessas mulheres, no sentido de despertar nos profissionais de saúde a sensibilidade, a valorização da fala e da escuta.

Sob o olhar da fenomenologia, cabe aos profissionais da saúde compreender as vivências, os sentimentos e as necessidades, sem pressupostos e preconceitos. Vislumbra-se caminhos para o cuidado à saúde dessas mulheres que ultrapassem os saberes técnicos e biológicos; e que contemplem a dimensão existencial como possibilidade de compartilhar as experiências e vivências do outro em uma relação de cuidado empático.

Tal prerrogativa implica no desenvolvimento, por parte dos profissionais de saúde, de competências e habilidades, não só técnicas, como também humanísticas. Incorporadas a partir da formação e da educação permanente de profissionais capazes de considerar a intersubjetividade, a autenticidade, a solicitude, de modo a desenvolver no cotidiano assistencial uma escuta empática em busca de compreender o vivido e as necessidades das mulheres e famílias.

O referencial fenomenológico nos forneceu oportunidades de repensar o ensino e a prática de enfermagem. Os limites deste estudo em desenvolver somente o primeiro momento metódico proposto por

Martin Heidegger apontam a possibilidade de outras investigações. E ainda, na ótica existencial, o significado do ser não é algo acabado, pois os fenômenos não se esgotam em uma perspectiva, mas se modificam a cada olhar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Sepkowitz KA. AIDS: the first 20 years. *N Engl J Med.* 2001; 344(23):1764-72.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Unidade de Prevenção. Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Padoin SMM, Souza, IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(3):510-8.
5. Coriolano MWL, Vidal ECF, Vidal ECF. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. *Rev Rene.* 2008; 9(1):77-85.
6. Preussler GMI, Eidt OR. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28(1):117-25.
7. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 3(2):359-65.
8. Martins JT, Garanhani ML, Robazzi MLC, Santos WC. Significados de qualidade de vida para mulheres convivendo com AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(4):619-25.
9. Monticelli M, Santos EKA, Erdmann AL. Being na HIV-positive mother: meanings for HIV-positive women and for professional nursing staff. *Acta*

- Paul Enferm. 2007; 20(3):291-8.
10. Coelho DF, Motta MGC. A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Rev Gaúcha Enferm.* 2005; 26(1):31-41.
 11. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):145-9.
 12. Vieira M, Padilha MI, Santos E. Histórias de vida: mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto & Contexto Enferm.* 2009; 18(1):33-40.
 13. Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6(2):199-208.
 14. Padoin SMM, Souza IEO. A ocupação da mulher com HIV/AIDS: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. *DST J Bras. Doenças Sex. Tansm.* 2006; 18(4):241-6.
 15. Heidegger M. *Ser e tempo. Parte I.* 6^a ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
 16. Carvalho AS. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica.* Rio de Janeiro: Agir; 1987.
 17. Simões SME, Souza IEO. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. *Rev Latino-Am Enferm.* 1997; 5(3):13-7.
 18. Correa AK. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 1997; 5(1):83-8.
 19. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev Latino-Am Enferm.* 1994; 2(1):83-94.

RECEBIDO: 04/02/2010

ACEITO: 26/04/2010