

Construção de tecnologia educacional com famílias vivendo com HIV e equipe de saúde

Construction of Educational technology with families living with HIV and health staff

Construcción de tecnología educacional con familias viviendo con HIV y equipo de salud

Karla Iza Marins do Nascimento¹, Ana Lúcia da Silva Abrahão²

Como citar esse artigo. do Nascimento, KIM; Abrahão, ALS. Construção de tecnologia educacional com famílias vivendo com HIV e equipe de saúde . Revista Pró-UniverSUS. 2017 Jul./Dez.; 08 (2): 132-136.

Resumo

O estudo objetiva analisar como se desenvolve o processo de construção de tecnologia educacional com mães ou responsáveis de crianças expostas à infecção do Hiv e profissionais de saúde que atuam na assistência a este núcleo familiar, conhecer os atravessamentos no cotidiano das famílias com o Hiv e identificar as ferramentas disponíveis e utilizadas pelos profissionais na atenção à saúde da família exposta. Trata-se de uma pesquisa participativa de natureza qualitativa que utilizará como técnica de coleta de dados entrevistas semiestruturadas e oficinas com os participantes da pesquisa as quais acontecerão após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa. Resultados: Os dados serão submetidos à análise de conteúdo. Busca-se a construção coletiva de uma tecnologia educacional facilitadora e mediadora no tratamento preventivo da transmissão materno-infantil do Hiv. Um processo educacional com mães ou responsáveis das crianças em tratamento preventivo após exposição pode promover o empoderamento e emancipação do núcleo familiar.

Palavras-chave: Relações mãe-filho; HIV; Equipe de assistência ao paciente; Tecnologia educacional.

Abstract

The study aims to analyze how to process of construction educational technology with children's mother and responsible sexposed to HIV infection is developed and the health professional that act in the assistance to this family nucleus , know the crossing in the everyday lives of families with HIV and identify the available tools used by health professionals in the health care of the exposed family. It is a participative research of qualitative nature that will use as a technique the collection of data. Semi-structured interviews and workshops with the research participants that will take place after approval of the Ethics Committeé and research is specialized assistance services in two counties of the Metropolitan Region II of the State of Rio de Janeiro. The dataswill be subjected to analysis of contents and categorized with a view to elucidating trends and divergences. With results of studies, it is expected to mediate the understanding and the adherence of the families in the preventive treatment as well as to promote the protagonism of these families. It is soght the collective construction of an educational technology facilitator and mediator in the preventive treatment of the mother-child transmission of HIV in order to clarify and guide the clinical follow-up of the exposed child. An educational process with the children's mothers and responsables in a preventive treatment after exposure to HIV can promote the empowerment and emancipation to the family nucleus.

Keywords: Mother-child relationships; HIV; Patient care team; Educational technology.

Resumen

El estudio objetiva analizar cómo se desarrolla el proceso de construcción de tecnología educacional con madres o responsables por los niños expuestos a infecciones del HIV y profesionales de salud que trabajan con la asistencia a este núcleo familiar, conocer los atravesamientos del cotidiano de las familias con HIV e identificar las herramientas disponibles y utilizadas por los profesionales en la atención a la salud de la familia expuesta. Es una pesquisa participativa y de naturaleza cualitativa que utilizará como técnica la colecta de datos a través de entrevistas y conferencias con los participantes de la pesquisa que ocurrirá después de la aprobación en el Comité de Ética y Pesquisa en Servicios de Asistencia Especializada en dos municipios de la Región metropolitana II del Estado del Río de Janeiro. Los datos serán sometidos a Análisis de Contenido y categorizados con vistas a dilucidación de tendencias y divergencias. Con los resultados de la pesquisa se espera mediar la comprensión y adhesión de las familias en el tratamiento preventivo, así como promover el protagonismo de estas familias. Discusión: buscarse la construcción colectiva de una tecnología educacional facilitadora y mediadora en el tratamiento preventivo de la transmisión del HIV en los neonatos, con el objetivo de dilucidar y orientar el acompañamiento clínico de los niños expuestos. Un proceso educacional con madres o responsables por los niños en tratamiento preventivo, después a la exposición al HIV puede promover el empoderamiento y emancipación del núcleo familiar.

Palabras clave: Relación madre-hijo; HIV; Equipo de asistencia al paciente; Tecnología educacional.

Afilição dos autores: 1. Enfermeira obstetra, mestranda do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Brasil.

2. Doutora, diretora e docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Brasil.

* karlaizamn@yahoo.com.br

Recebido em: 16/07/17; Aceito em:22/11/17.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tornou-se uma doença estigmatizada na década de 1980 quando foi diagnosticada nos então denominados *grupos de risco* numa série de coincidências infelizes¹. Contudo, modificou seu perfil na evolução dos sintomas, co-infecções e redução da mortalidade com a terapia antirretroviral disponível em alguns países, sendo um deles o Brasil, apresentando-se numa condição de cronicidade acometendo homens, mulheres, idosos e crianças. Atualmente, o portador do Hiv (Vírus da Imunodeficiência Humana) dispõe de melhor e maior sobrevida cuja sexualidade e demandas reprodutivas devem ser consideradas e os riscos minimizados pelos serviços de saúde².

A Aids perpassa gêneros e classes, apresenta uma forte tendência de “heterossexualização e feminização”, com alto índice de infecção da população feminina, causando a transmissão do vírus da mulher grávida para o bebê, denominada Transmissão Vertical³.

A transmissão vertical do Hiv acontece por vários fatores dentre os quais se destacam a carga viral elevada (acima de 1.000 cópias/ml), a ruptura prolongada das membranas amnióticas e a via de parto⁴.

Estima-se que por ano no Brasil, 12.635 gestantes sejam soropositivas para o Hiv. Cerca de 35% da transmissão ao feto ocorre na vida intrauterina e 65% ocorre no trabalho de parto e no parto propriamente dito, o que pode ser interpretado como elevado número de crianças expostas ao vírus. Políticas públicas brasileiras visam reduzir as taxas de transmissão mãe-bebê, disponibilizando o teste anti-Hiv nas consultas de acompanhamento pré-natal, nas maternidades realiza-se o teste rápido no trabalho de parto e o acompanhamento clínico no SAE (Serviço de Assistência Especializada) à gestante, parturiente e puérpera com Hiv/Aids⁵.

Ao nascer, o bebê apresenta anticorpos anti-Hiv devido à passagem placentária não sendo necessariamente produzido pelo recém-nascido; esta indefinição sorológica pode perdurar por até 15 meses de idade⁶.

Com o intuito de reduzir a infecção viral, recomenda-se o início precoce da administração dos antiretrovirais, Zidovudina nas primeiras 4 horas de vida até 4 semanas, combinando com 3 doses de Nevirapina iniciando nas primeiras 48 horas após o nascimento em caso de carga viral materna elevada no 3º trimestre e sem uso de ARV na gestação. O acompanhamento clínico deve iniciar entre 15 e 30 dias após o nascimento sendo mensal nos 6 primeiros meses podendo ser bimensal a partir do segundo semestre; medidas antropométricas devem ser monitoradas como peso, altura e perímetros cefálico, torácico e abdominal pois crianças infectadas podem apresentar dificuldade para ganho ponderal

estando suscetíveis às co-infecções como pneumonia, sífilis, herpes, hepatites B e C, entre outras⁷.

Ao realizar uma revisão integrativa no período de 2004-2014 foram elencados 10, de 489 estudos, que tinham como foco o acompanhamento clínico do binômio mãe-bebê exposto ao Hiv. Nestes 10 estudos verificou-se que apesar das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde a Transmissão Vertical do Hiv ainda é uma problemática na saúde pública brasileira.

Há necessidade de ampliar o processo educativo no sentido de orientar as famílias sobre a importância do acompanhamento clínico e tratamento preventivo que se constitui de consultas, exames, medicação, imunização e nutrição do bebê.

Percebe-se no campo da prática que ainda são escassos os serviços sistematizados de promoção à saúde impressos na caderneta de saúde da criança que viabilizem o acompanhamento sequencial desde o nascimento orientando assim a família na adesão aos cuidados preconizados no tratamento preventivo do bebê.

Refletindo sobre o ensino em saúde no Brasil novas propostas surgem com vistas a superar essas concepções, por meio da Pedagogia Libertadora baseada nas propostas do educador Paulo Freire. Através da problematização da realidade, os alunos como sujeitos do seu aprendizado, elaboram os conteúdos refletindo e dialogando com o professor, que media e facilita este processo.

Quanto mais for levado a refletir sobre sua situacionalidade, sobre seu enraizamento espaço temporal, mais “emergirá” dela conscientemente “carregado” de compromisso com sua realidade, da qual, porque é sujeito, não deve ser simples espectador, mas deve intervir cada vez mais⁸.

Questões norteadoras: como as mães/responsáveis cuidam da criança exposta ao Hiv; quais as condições que podem interferir no acompanhamento preventivo da criança; o que vem sendo utilizado na assistência da equipe interdisciplinar a esta criança e sua família; como se desenvolve o processo de construção coletiva de uma tecnologia educacional nos moldes de um pequeno livro com as famílias e equipe interdisciplinar que convivem com o tratamento preventivo do bebê exposto à infecção do Hiv.

Objetivos do estudo: analisar o processo educacional com mães ou responsáveis de crianças expostas ao Hiv e equipe interdisciplinar que convivem com o tratamento preventivo; identificar os elementos necessários ao cuidado e acompanhamento de crianças expostas ao Hiv; identificar os atravessamentos no cotidiano das famílias expostas à infecção pelo Hiv; identificar as ferramentas disponíveis e utilizadas pela equipe interdisciplinar na atenção à saúde destas famílias

Produto: Tecnologia educacional construída

coletivamente para contribuir na rotina do cuidado das mães/responsáveis de crianças expostas à infecção pelo Hiv.

Pensando sobre o ensino em saúde dentro de um ambulatório que presta assistência a mães e filhos expostos ao Hiv, desponta a ideia de construir coletivamente com trabalhadores da saúde e a família usuária dos serviços, uma tecnologia que compartilhe informações e promova a autonomia e por que não dizer cidadania e consciência crítica, respaldada nas necessidades, no cotidiano, nos saberes dos atores envolvidos.

Estes cuidados, às vezes pouco valorizados, podem constar em uma tecnologia educacional construída em parceria com familiares e equipe de saúde para contribuir na elucidação de dúvidas, rede de cuidados e protagonismo do núcleo familiar visando à qualidade de vida e reduzindo o estigma e vitimização em que se encontram.

Materiais e Métodos

Pesquisa participativa de natureza qualitativa a fim de analisar como se desenvolve o processo de construção de tecnologia educacional com mães/responsáveis de crianças expostas à infecção pelo Hiv e profissionais de saúde que atuam na assistência a este núcleo familiar cuja abordagem efetua-se na descrição dos eventos relacionados à assistência materno-infantil exposta a partir do ponto de vista dos atores envolvidos no processo, ou seja, mãe/responsável da criança e equipe interdisciplinar do Serviço de Assistência Especializada⁹.

Neste delineamento metodológico será instituído um coletivo de pesquisa a fim de vivenciar a interação social entre trabalhadores da saúde e mães/responsáveis de crianças expostas ao Hiv no Serviço de Assistência Especializada, coletando por meio de entrevista semiestruturada e oficinas, informações sobre as dúvidas e dificuldades que emergem no dia-a-dia da mãe/responsável em conduzir a criança ao Serviço de Saúde.

Portanto, entrevista semiestruturada e oficinas serão utilizadas a fim de alcançar as dúvidas e opiniões da clientela bem como observações dos trabalhadores da saúde das ações e serviços da Rede SUS no acompanhamento e tratamento preventivos da exposição viral¹⁰. Considerando que pode haver multiplicidade das informações obtidas em relação à temática proposta, é necessário organizar e classificar os dados verificando divergência, regularidades e até mesmo tendência das respostas obtidas nas entrevistas e oficinas¹¹.

Para analisar os dados colhidos, será empregada a Análise de Conteúdo constituída por três etapas distintas, quais sejam:

- a. Pré-análise ou “leitura flutuante”¹²: etapa em que se reúne e organiza as informações coletadas.
- b. Análise do material cuja etapa realiza-se o aprofundamento da análise dos dados norteado pela problemática e objetivos do presente estudo.
- c. Interpretação dos resultados na qual interpretam-se os dados obtidos, se estão direcionados ao referencial teórico ou não, constatando e registrando sua validação e significação¹³.

“O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa (...). O pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto uma vez que se deixa contaminar com esse processo e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros”^{14,83}.

O Serviço de Assistência Especializada em Hiv/Aids (SAE) de dois municípios da Região Metropolitana 2 do Estado do Rio de Janeiro irão compor o cenário da pesquisa participativa nos quais uma das autoras realiza suas atividades laborais.

Os participantes do presente estudo serão os profissionais de saúde da equipe interdisciplinar e as mães ou responsáveis de crianças menores de 2 anos que estão em tratamento preventivo devido à exposição ao Hiv que aceitem participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Discussão

Histórico da Prevenção da Transmissão Vertical do Hiv na Atenção Básica

Cuidados na gestação: A ausência do registro da realização do teste anti-Hiv chegou a 35% em um estudo realizado em Vitória, capital do Estado do Espírito Santo cujo objetivo foi avaliar a completude de informações sobre a assistência pré-natal do Sistema Único de Saúde nos cartões de gestantes. O quantitativo de 1.006 cartões foi avaliado pelos critérios de Romero e Cunha que mensuram a qualidade numa escala decrescente, de excelente (incompletude<5%) até muito ruim (incompletude>50%) foram avaliados o preenchimento de dados como anamnese, vacinação antitetânica, peso, pressão arterial, assim como exame clínico das mamas e exames laboratoriais, dentre os quais, a testagem anti-Hiv é essencial. De forma geral, o preenchimento dos cartões de pré-natal do SUS na capital do Espírito Santo foi avaliado como ruim, ou seja, incompletude >20%¹⁵.

Cuidados no puerpério: o cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao Hiv/Aids, em um dos estudos, no qual se verificou que os cuidadores das crianças são as mães soropositivas que “convivem com o sentimento de culpa e o medo de gerar uma criança soropositiva

acreditando (...) que sua criança possa brincar e crescer saudável”. Foram coletados os dados sobre uso do AZT, amamentação natural, acompanhamento em Serviço de Assistência Especializada (SAE), frequência às consultas, realização de exames laboratoriais, profilaxia de pneumonia, alimentação e vacinação, numa amostra de 18 mães com Hiv/Aids cujo filho possuía até 6 meses num ambulatório de doenças infecto - contagiosas em Fortaleza-Ceará. Das 18 crianças, 17 faziam uso do AZT; 13 crianças faziam acompanhamento no SAE (segundo as mães das 05 crianças que não faziam seguimento, o motivo era a falta de horário para agendamento no serviço de saúde) dessas 13 crianças em acompanhamento, 04 estavam iniciando tardiamente, pois a média de idade era de 2 meses; das crianças em seguimento clínico, 5 fizeram exames laboratoriais, 08 crianças não haviam feito. Das 18 crianças, 16 estavam com esquema de vacinação atualizado. Sobre a alimentação, todas as mães informaram receber gratuitamente a fórmula infantil, sendo que 15 mães diluíam corretamente e 12 mães ofereciam na frequência e quantidade adequadas. Cinco mães ofereciam o leite artificial em quantidade superior ou inferior à necessidade da criança; uma mãe informou não ter recebido orientação para este fim e uma mãe alegou recusa do filho quanto à ingestão da medida preestabelecida. Das 18 crianças contempladas no estudo, 15 recebiam adequadamente alimentação complementar ao leite artificial, ou seja, refeição salgada e mingau de cereais¹⁶.

Histórico da transmissão vertical na Assistência Hospitalar

O Projeto Nascer-Maternidades foi instituído no ano de 2002 no Sistema Único de Saúde com o objetivo de realizar os testes nas parturientes sem comprovação de realização das sorologias negativas para o Hiv e Sífilis, até o período perinatal. Na cidade de Feira de Santana, segunda cidade do estado da Bahia com maior número de casos acumulados de Aids até 2004, no período imediato após implantação do Protocolo do Projeto Nascer em 05 maternidades públicas, no estudo realizado na maternidade cujo índice de capacitação profissional sobre o Projeto foi o maior dentre as cinco, verificou-se que das 285 gestantes com pelo menos uma consulta de pré-natal, apenas 24 realizaram a sorologia para HIV, um percentual de 8,4%. De uma amostra de 337 prontuários de parturientes, havia relato de realização de teste rápido anti-HIV em 56 apenas. Observa-se então uma grande parcela de binômios desprovida de uma chance, uma oportunidade singular, de nascer sem o vírus da imunodeficiência humana¹⁷.

Outros autores realizaram uma pesquisa descritivo-exploratória sobre a avaliação do atendimento prestado por profissionais de saúde envolvidos na

assistência relacionada à redução da transmissão vertical a puérperas com Hiv/Aids no setor de Alojamento Conjunto em uma maternidade do Estado do Ceará; foram eleitos 8 profissionais sendo 2 médicos e 6 enfermeiros e 8 puérperas portadoras do Hiv. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um check-list contendo oito questões construídas de acordo com as Recomendações do Ministério da Saúde para Prevenção da Transmissão Vertical do Hiv. As autoras observaram que os profissionais de saúde envolvidos na assistência dessas puérperas não cumpriram em sua totalidade as recomendações preconizadas. No critério sobre orientação quanto ao preparo e fornecimento da fórmula infantil, apenas uma das oito puérperas participante do estudo recebeu esta orientação. Sobre o critério de adesão ao seguimento do recém-nascido bem como a regularidade da administração da zidovudina xarope, sete das oito puérperas não receberam orientação. O critério que discorre sobre a notificação na ficha de investigação foi totalmente contemplado nas entrevistas¹⁸.

Ainda sobre o estudo, as autoras ressaltam que “para a maioria das mulheres com Hiv a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste(...) e ao tratamento quimioprofilático da transmissão vertical é na hora do parto e puerpério”.

Histórico do controle e prevenção da Transmissão Vertical nas Políticas Públicas no Brasil

Nas Recomendações de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes do Ministério da Saúde foi instituído o medicamento AZT a partir da 14ª semana de gestação, Cesária eletiva, AZT injetável no trabalho de parto eclampeamento precoce do cordão umbilical e iniciar até a 2ª hora de vida a administração da solução oral do AZT 10 mg/ml ao recém-nascido até 6 semanas de vida. Apesar do amplo acesso à terapia antirretroviral de alta atividade, sabe-se que a adesão ainda é um grande desafio a ser superado devido aos efeitos colaterais tais como a lipodistrofia, risco de doenças cardiovasculares, hiperglicemia, manchas e escurecimento da pele, dislipidemia, e às dificuldades existentes nas ações e serviços de saúde.

“A criança que nasce neste contexto provavelmente enfrentará dificuldade quanto à alimentação” porque após o nascimento essas crianças necessitam ser alimentadas exclusivamente com o leite em pó cuja fórmula é específica para o organismo do bebê, e seu fornecimento é gratuito apenas por 06 meses sendo garantido pelo Governo com a finalidade de prevenir a transmissão do HIV pelo leite materno, conforme a Portaria 2.313/2002 do Ministério da Saúde. Em 1997 o impacto da Aids na população pediátrica atingiu níveis elevados chegando a 90,2%¹⁹.

Um estudo sobre as condições sociodemográficas

das crianças menores de 2 anos de idade filhas de mães portadoras do Hiv realizado no SAE de um Hospital do Estado do Ceará com 68 mães/cuidadoras, 60,3% residia no interior do Estado; a idade materna em média foi de 26 anos; a renda familiar constava em torno de R\$446,32. Dentre as mães/ cuidadoras 51,5% não contavam com qualquer auxílio social. Metade delas com escolaridade equivalente ao ensino fundamental cuja ocupação era dona de casa. Quanto à situação familiar, 57,9% coabitavam com mais de cinco pessoas e 30,9% informavam mais de 4 crianças no mesmo domicílio. Neste mesmo Estado, de 1983 a 2006 foram notificados 182 casos em menores de 13 anos sendo 152 casos decorrentes da transmissão vertical²⁰.

Apesar da recomendação preconizada do Ministério da Saúde sobre o fornecimento e preparo da fórmula infantil em substituição ao leite materno, as puérperas não receberam adequadamente as 10 latas por mês até o sexto mês de vida do bebê conforme mencionam os autores corroboram a exclusão das crianças expostas à infecção do Hiv em programas de suplementação alimentar^{19,20}.

Resultados

Espera-se com este estudo construir coletivamente uma tecnologia educacional a qual facilite a adesão no tratamento preventivo da transmissão materno-infantil do Hiv.

Considerações finais

Considerando o conceito de Binômio Mãe-Filho²¹ que a psique não é pré-existente e sim algo que se constrói; Biopolítica propõe uma análise ascendente do poder, partindo dos níveis mais baixos denominados micro-poderes, para o Estado²²; e Tecnologia Educacional, resultado de processos da experiência cotidiana^{23,24}. Problematizando a realidade das famílias que convivem com a exposição ao Hiv e a atuação da equipe interdisciplinar que atua junto a elas, propõe-se uma discussão sobre o cotidiano que promova a construção educativa em busca de empoderamento e protagonismo do núcleo familiar qual tem de lidar com mais este atravessamento em sua existência.

Referências

1. Bastos FI. Aids na terceira década. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, 104 p.
2. Oliveira LA; Junior IF. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. Caderno Saúde Pública, 2003; 19(Sup.2):315-323.
3. Gonçalves TR. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. Psicologia e Sociedade, 2009;2(21):223-232.

4. Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2012.
5. Brasil MS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Guia de tratamento, séries manuais n. 46. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2010.
6. Ortigão MB. AIDS em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. Caderno Saúde Pública, v.11,n.1,p.142-148, Jan-Mar, Rio de Janeiro,1995.
7. Brasil MS. Gestão de Alto Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5.ed. Brasília, 2010.
8. Freire P. Educação e Mudança. 34ª Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo /Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.
11. Cruz C, Ribeiro U. Metodologia Científica: teoria e prática. 2.ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, 2009.
13. Zanella LCH. Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. 2.ed. Florianópolis, 2012.
14. Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, Santos NLP, Silva E, Vianna L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Lugar Comum, n.39,p.133-144, 2013.
15. Neto, E.T.S. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro,2012.
16. Barroso LMM et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. Revista de Enfermagem do Nordeste, 2009;10(4):155-164.
17. Santos NP, Castro BG, Rios-Grassi MF. Aplicação do protocolo "Projeto Nascer: Maternidades" em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, 2009.
18. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. Texto e Contexto Enfermagem, 2007;16(3):463-469.
19. Cunha, G.H., Galvão M.T.G. Inserção de crianças nascidas de mães com HIV / AIDS nos programas de suplementação alimentar. Revista de Enfermagem do Nordeste, 2007;8(1):71-76.
20. Machado MMT, Galvão MTG, Lindsay AC, Cunha AJLA, Leite AJM, Leite RD, Kerr LRFS. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, 2010 jul. / set.; 10(3) 377-382.
21. Winnicott DW. O Brincar e a Realidade. Editora Imago, 1975.
22. Foucault M. Nascimento da Biopolítica. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2010.
23. Nietzsche EA et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005.
24. Teixeira E, Mota VMSS. Org. Tecnologias educacionais em foco. Série Educação em Saúde. v.2. 1. ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Ed Difusão, 2011.