

categoria de transmissão corresponde, desde 1997, a aproximadamente 90% dos casos entre menores de 13 anos (BRASIL, 2000). Estes dados demonstram a importância do diagnóstico da infecção pelo HIV na gestação. A sorologia para detecção da infecção pelo HIV é atualmente recomendada como exame de rotina no pré-natal, no entanto, deve ser voluntária e após orientação pré e pós-teste.

A transmissão perinatal do HIV pode ocorrer intra-útero, no período intraparto ou no pós-parto pelo aleitamento materno. Estudos indicam que o maior risco de transmissão ocorre no final da gestação e no período intraparto (BERTOLLI e col., 1996). Fatores como doença materna avançada, baixa contagem de CD4+, carga viral elevada, presença de corioamnionite histológica, concomitância de doenças sexualmente transmissíveis, ruptura das membranas por mais de quatro horas, prematuridade, baixo peso fetal, realização de procedimentos invasivos, tabagismo, uso de drogas ilícitas, estão relacionados com o aumento do risco de transmissão perinatal do HIV (LANDESMAN e col., 1996, EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1997).

O uso da zidovudina (AZT) durante a gestação foi recomendado pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention), em 1994, baseado nos resultados de um estudo multicêntrico, ACTG (Aids Clinical Trials Group), protocolo 076. Este estudo apontou a redução de dois terços das taxas de transmissão perinatal (CONNOR e col., 1994). Atualmente a recomendação do uso de antiretrovirais (ARV) para mulheres infectadas pelo HIV deve prever tanto a redução dos riscos de transmissão perinatal, quanto o tratamento da doença materna, considerando dados da avaliação clínica, contagem de CD4+, níveis plasmáticos de HIV 1 RNA, idade gestacional e história anterior ou atual do uso de ARV (BRASIL, 2000).

As gestantes infectadas constituem uma situação especial para a assistência pré-natal em relação à transmissão perinatal do HIV, controle da infecção materna e alterações que podem ocorrer no âmbito dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Condições como falta de recursos financeiros e moradia, alimentação inadequada, alterações nas relações familiares, uso de drogas ilícitas, violência familiar são fatores não facilitadores do auto-cuidado e que podem comprometer a evolução da gestação e o controle da saúde da mulher.

Destacamos, portanto, a importância do atendimento realizado por equipe multiprofissional (médico, enfermeira, assistente social e psicóloga), dando assistência integral à gestante infectada pelo HIV. O Núcleo Multidisciplinar de Patologias Infecciosas na Gestação (NUPAIG) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM) tem como objetivo assistir a gestante infectada pelo HIV no ciclo gravídico-puerperal, pelo acompanhamento clínico-obstétrico, laboratorial e social do binômio mãe-filho, consolidando desta forma, o atendimento integral a essa população.

Tendo em vista, a atuação das autoras na assistência de enfermagem às gestantes infectadas pelo HIV, este trabalho tem como objetivos: caracterizar a população quanto às variáveis sócio-demográficas, clínicas e obstétricas e, levantar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes entre as gestantes assistidas no NUPAIG.

MATERIAL E MÉTODO

Foram assistidas em consultas de enfermagem 25 gestantes portadoras do HIV, no período de um ano. Para obtenção dos diagnósticos de enfermagem foi elaborado um protocolo de levantamento de dados contemplando os padrões de respostas humanas da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1996). A coleta de dados teve início após aprovação do projeto da pesquisa na Comissão de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM e todas as gestantes concordaram espontaneamente em participar da entrevista.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem foram considerados os dados clínicos obtidos durante a consulta de enfermagem, o exame físico clínico e obstétrico, além dos resultados dos exames subsidiários, observando-se a definição, fatores de risco ou fatores relacionados e características definidoras. As variáveis de estudo selecionadas foram classificadas em sócio-demográficas, clínicas/obstétricas, diagnósticos de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das gestantes assistidas, 72,0%, encontra-se na faixa etária de 20 a 30 anos, 68,0% não tinham escolaridade ou tinham cursado até o primeiro grau. As estatísticas dos casos de AIDS no

Brasil mostram tendência de menor grau de escolaridade entre mulheres infectadas pelo HIV, observando-se predominância de baixa ou nenhuma escolaridade desde 1987, atingindo em 1994, 78,0% do total de casos notificados para a população feminina (BRASIL, 1998). Segundo ALBUQUERQUE (1997), no Brasil, o aumento da frequência dos casos de AIDS entre indivíduos com menor escolaridade pode indicar a disseminação da doença na população de baixa renda. Observamos que 16,0% das gestantes não souberam informar a renda familiar.

Entre as gestantes que referiram não ter renda (8,0%), uma recebia ajuda para despesas com alimentação e moradia e a outra morava em uma

instituição filantrópica durante a gestação. A falta de recursos foi um aspecto que contribuiu para que algumas gestantes relatassem dificuldades em seguir determinações médicas, como a aquisição dos medicamentos prescritos ou mesmo comparecer aos retornos ou exames agendados, tendo em vista os gastos com transporte.

A maioria das gestantes, 80,0%, referiu desempenhar atividade não remunerada, pressupondo a dependência financeira. A distribuição dos óbitos por AIDS no período de 1991 a 1996, na faixa etária de 15 a 49 anos, mostra que 42,1% das mulheres desempenhavam atividades próprias do lar (SÃO PAULO, 1997).

Tabela 1 - Distribuição das gestantes portadoras do HIV segundo as variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 1998.

faixa etária	N	%
15 -- 20	2	8,0
20 -- 25	7	28,0
25 -- 30	11	44,0
30 ou mais	5	20,0
TOTAL	25	100,0
Escolaridade	N	%
1º grau incompleto	12	48,0
1º grau completo	4	16,0
2º grau incompleto	3	12,0
2º grau completo	5	20,0
Nenhuma	1	4,0
TOTAL	25	100,0
renda familiar	N	%
Nenhuma	2	8,0
1 -- 3	5	20,0
3 -- 5	6	24,0
5 -- 7	4	16,0
7 ou mais	4	16,0
Não sabe referir	4	16,0
TOTAL	25	100,0
Ocupação	N	%
No lar (não remunerada)	20	80,0
Remunerada	5	20,0
TOTAL	25	100,0
estado civil	N	%
Solteira	20	80,0
Casada	4	16,0
Viúva	1	4,0
TOTAL	25	100,0
situação conjugal	N	%
Vive com companheiro	17	68,0
Não vive com companheiro	8	32,0
TOTAL	25	100,0

Observamos que 68,0% das gestantes viviam com companheiro no momento da entrevista. No Município de São Paulo, segundo boletim epidemiológico, na distribuição dos óbitos por AIDS em mulheres na faixa etária dos 15 aos 49 anos, no período de 1991 a 1996, 64,1% eram solteiras e 17,6% casadas (SÃO PAULO, 1997), o que não reflete necessariamente a situação conjugal, como mostram os dados na nossa população, em que 80,0% das gestantes eram solteiras, mas 52,0% delas viviam com companheiro. Nenhuma gestante do nosso estudo relatou ter outro parceiro no momento da entrevista e, entre aquelas que não

viviam com o companheiro, 32,0% relataram manter um relacionamento formal (namoro).

Podemos observar, na Tabela 2, que 15 gestantes (60,0%) conheciam o diagnóstico laboratorial do HIV antes da gestação atual. Nove delas diagnosticadas em algum momento de ciclo gravídico-puerperal anterior, sendo seis no período pré-natal e três no puerpério imediato. Este dado, associado aos resultados do nosso estudo, em que 40,0% das gestantes foram diagnosticadas durante a gestação atual, evidenciam a importância do teste sorológico para o HIV durante o pré-natal, dando a oportunidade de assistência preventiva de complicações da infecção e orientações para o risco de transmissão.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes portadoras do HIV segundo as variáveis clínicas e obstétricas. São Paulo, 1998.

Diagnóstico laboratorial do HIV	N	%
Anterior a gestação atual	15	60,0
Durante a gestação atual	10	40,0
TOTAL	25	100,0
gravidez planejada/desejada	N	%
Não planejada desejada	18	72,0
não desejada	4	16,0
Planejada	3	12,0
TOTAL	25	100,0
Paridade	N	%
Nulípara	7	28,0
Primípara	6	24,0
Múltipara	12	48,0
TOTAL	25	100,0

A gravidez não foi planejada para 88,0% das gestantes. As gestantes (16,0%) que relataram não desejar a gravidez, conheciam sua condição de soropositivas para o HIV anterior à gestação atual e expressaram a intenção de abortar ou encaminhar o filho para adoção. A decisão de manter a gestação ou interrompê-la, entre as gestantes soropositivas, pode ser influenciada, também por fatores psicossociais, culturais, econômicos, religiosos e éticos e, a escolha de abortar pode ser uma decisão independente da condição de portadora do HIV. Como não existem respostas definitivas quanto às conseqüências da gestação no prognóstico das

mulheres infectadas pelo HIV, o aborto não é interpretado legalmente como risco iminente de vida para a gestante (DUARTE, 1997).

A maioria (48,0%) das gestantes eram múltiparas, o que nos remete à questão do aumento do número de crianças órfãs e, talvez infectadas, demonstrando a necessidade de políticas e programas assistenciais integrados aos serviços de planejamento familiar, para as mulheres infectadas pelo HIV. Quanto ao uso de drogas ilícitas na gestação, as 25 gestantes entrevistadas negaram usá-las atualmente, mas seis (24,0%) delas relataram tê-las usado anteriormente.

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem entre gestantes infectadas pelo HIV segundo o Padrão de Respostas Humanas. São Paulo, 1998.

Padrão	DE	n	Padrão	DE	n
Trocar	risco para infecção	72	Relacionar	disfunção sexual	13
	risco para lesão fetal	37		solidão	9
	risco para transmitir infecção	36		maternidade alterada	7
	nutrição alterada	19		processo familiar alterado	6
	integridade tissular prejudicada	17		interação social prejudicada	4
	mucosa oral alterada	3		risco para vinculação pais-filho alterada	2
	diarréia	1			
déficit de volume de líquidos	1				
Escolher	controle ineficaz do regime terapêutico	24	Mover	déficit de lazer	19
	comportamento para elevar o nível de saúde	13		manutenção do lar prejudicada	6
	negação ineficaz	10		distúrbio no padrão do sono	5
	conflito de decisão	2	Valorizar	potencial para aumento do bem-estar espiritual	11
	estratégias de resolução familiar	2		angústia espiritual	6
recusa	1	Conhecer	déficit de conhecimento	17	
Sentir	Medo reação de pesar	24 4	Comunicar	comunicação prejudicada	5
			Perceber	desesperança	4

O Quadro 1 mostra a frequência absoluta dos diagnósticos de enfermagem. O número total de cada diagnóstico foi estimado de acordo com os fatores de risco/relacionados e as características definidoras listadas, ou seja, para uma mesma gestante o diagnóstico pode ter sido estabelecido mais de uma vez.

Na Tabela 3 apresentamos os diagnósticos de enfermagem mais frequentes com os respectivos fatores de risco/relacionados e características definidoras. Todas as gestantes foram consideradas de risco para infecção, tendo em vista a infecção crônica, na qual estão suscetíveis a contrair infecções oportunistas pelo comprometimento do sistema imunológico. Outro fator de risco, considerado para este diagnóstico, foi a alimentação inadequada. Para o fator de risco alterações hematológicas, consideramos o nível de hemoglobina abaixo de 11,0 g/dl. O diagnóstico de enfermagem *risco para lesão fetal* não consta

da relação de diagnósticos da NANDA (1996), sendo descrito por GULANICK e col. (1994) e NICHOLS, ZWELLING (1997) para situações obstétricas que podem interferir no bem-estar fetal.

O diagnóstico de enfermagem *risco para transmitir infecção*, também não consta da lista de diagnósticos da NANDA (1996), mas é descrito por MUDGE-GROUT (1992) e CARPENITO (1997) para indivíduos portadores do HIV, e consideramos válida sua aplicação para as gestantes do nosso estudo.

Para o diagnóstico de enfermagem *nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais*, consideramos os fatores que levaram à ingestão de alimentos em quantidade ou qualidade insuficiente para as exigências metabólicas (CARPENITO, 1997) no nosso estudo a avaliação do estado nutricional foi realizada por meio da curva de ganho de peso, com a utilização do nomograma e gráfico de ganho ponderal.

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes segundo os fatores de risco/ relacionados e características definidoras

DE	Fatores de Risco/Relacionado Características Definidoras	N
Risco para infecção	<i>presença de doença crônica</i>	25
	<i>padrão alimentar inadequado</i>	19
	<i>alterações hematológicas</i>	16
	<i>Tabagismo</i>	12
Risco para lesão fetal	<i>Exposição materna a substâncias:</i>	25
	<i>Terapia medicamentosa</i>	12
	<i>Tabagismo</i>	12
Risco para transmitir infecção	<i>gestacional: exposição fetal durante o período pré-natal ou perinatal</i>	25
	<i>pessoal: exposição por transmissão sexual</i>	11
Nutrição alterada: menor que as Necessidades Corporais	<i>dieta rica em carboidratos e pobre em vitaminas e proteínas, caracterizado por hábitos alimentares.</i>	7
	<i>desejo diminuído de alimentar-se, caracterizado:</i>	
	<i>anorexia e náusea</i>	4
	<i>estresse pessoal</i>	4
	<i>diarréia</i>	1
Integridade tissular prejudicada	<i>presença de corrimento vaginal</i>	15
	<i>presença de vesículas em genitália externa</i>	2
Controle ineficaz do regime terapêutico	<i>Falta em consultas/exames, não seguir a terapia medicamentosa instituída, caracterizado por verbalização de falta de recursos financeiros.</i>	12
	<i>Não utilizar condom em todas as relações sexuais.</i>	11
Comportamento para Elevar o nível de Saúde	<i>Parar de fumar ou reduzir o número de cigarros durante a gestação.</i>	7
	<i>desejo expresso de conhecer meios para:</i>	
	<i>soluções para transporte e tratamento dentário</i>	3
	<i>hábitos alimentares na gestação</i>	2
	<i>planejamento familiar</i>	1
Disfunção sexual	<i>Verbalização de alterações na atividade sexual, caracterizado por:</i>	
	<i>uso do condom</i>	5
	<i>ausência de desejo</i>	4
	<i>relações sexuais menos freqüentes</i>	4
Manutenção do lar Prejudicada	<i>Verbalização de recursos financeiros insuficientes.</i>	12
	<i>Complicações decorrentes da infecção pelo HIV, caracterizado por verbalização de fadiga e necessidade de ajuda para afazeres domésticos.</i>	2
Medo	<i>Evolução da doença, caracterizado por verbalização de medo de adoecer, da rejeição</i>	19
	<i>Familiares/amigos descobrirem a soropositividade na ocasião do parto, ou pela não amamentação, caracterizado por verbalização do medo.</i>	5
Déficit de conhecimento	<i>Conhecimento insuficiente de algum aspecto necessário para o auto-cuidado durante a gestação, puerpério e cuidados com recém-nascido.</i>	17

O diagnóstico *integridade tissular prejudicada* relacionado à presença de corrimento vaginal foi descrito para 15 gestantes. Segundo KORN; ABERCROMBIE (1997), a candidíase vaginal é uma infecção freqüente entre as mulheres, a gravidez predispõe o seu aparecimento e estudos não controlados sugerem aumento das taxas

de recorrência da candidíase em mulheres portadoras do HIV, principalmente naquelas com imunodeficiência.

O diagnóstico de enfermagem *controle ineficaz do regime terapêutico*, segundo NANDA (1996) e CARPENITO (1997), ocorre quando o indivíduo apresenta ou está em risco de apresentar

dificuldades de integrar à vida diária programas e padrões de comportamento para o tratamento de doenças. O fator relacionado mais freqüente para este diagnóstico apresenta como característica definidora a verbalização de falta de recursos financeiros para o transporte, ocasionando faltas às consultas médicas, exames subsidiários e dificuldade de aquisição dos medicamentos prescritos.

Observamos que, das 12 gestantes que referiram tabagismo durante a gestação atual, sete diminuíram ou abandonaram o hábito de fumar após as intervenções realizadas, sendo portanto, considerado como fator relacionado para o diagnóstico *comportamento para elevar o nível de saúde*.

O diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* foi considerado para 13 gestantes que relataram alterações no padrão sexual após o conhecimento da infecção pelo HIV. A sexualidade é um elemento fundamental para a integridade do indivíduo e envolve, além dos aspectos biológicos, mecanismos psicológicos e sócio-culturais. A enfermeira possui perspectivas de mundo próprias do grupo a que pertence, inclusive quanto à ética sexual prevalente e, precisa compreender como a sexualidade está situada no contexto do relacionamento humano e desenvolvimento sexual para abordar o assunto de modo seguro (GARCIA, 1993).

O fator relacionado recursos financeiros insuficientes foi o mais freqüente para o diagnóstico de enfermagem *manutenção do lar prejudicada*. As gestantes verbalizaram que a renda familiar não era suficiente: *...falta tudo..., ...preciso da ajuda de familiares..., ...às vezes falta alguma coisa..., ...fica apertado, ... não consigo ter tudo para meus filhos..., ...é apertado para pagar as contas..., ...tirei as crianças da escola..., ...não dá para nada...*

A fadiga ou a falta de energia, para o desenvolvimento das atividades habituais, foi verbalizada por duas gestantes e considerada como característica definidora deste diagnóstico. A fadiga, o cansaço e a fraqueza podem ser sintomas próprios da gestação, mas também, indicativos da evolução da infecção pelo HIV.

O *medo*, como diagnóstico de enfermagem, é definido como um sentimento de perturbação causado por uma fonte identificável e considerada perigosa pelo indivíduo (NANDA, 1996, CARPENITO, 1997). Neste estudo, a maioria das gestantes verbalizou sentimentos de medo relacionados aos diversos fatores psicossociais que podem estar presentes com a evolução da doença. Para cinco, o medo foi considerado em decorrência da omissão da condição de portadora do HIV dos familiares. Em indivíduos não motivados à mudança, o medo da AIDS pode ser paralisante, produzindo ansiedade, culpa e estresse e, resultando na pouca eficácia das mensagens preventivas. A construção de contextos colaborativos por parte da sociedade pode possibilitar a otimização das estratégias de enfrentamento, por meio da solidariedade e do compartilhar de experiências que possibilitem novos caminhos.

A maioria das gestantes verbalizou a falta ou deficiência de conhecimentos dos aspectos relativos ao binômio HIV/gestação, que poderiam dificultar a obtenção dos resultados esperados com a assistência, pois a falta de conhecimentos pode contribuir para que a gestante estabeleça expectativas não realistas quanto a prevenção, a evolução e o tratamento da doença. Para CARPENITO (1997), a falta de conhecimento pode levar a alterações nas respostas biológicas e sociais do indivíduo, resultando em problemas para os quais a enfermeira faz intervenções e, a educação à saúde é parte integrante de todas as intervenções de enfermagem.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos conclui-se que, a maioria (44,0%) encontra-se na faixa etária de 25 a 30 anos, 48,0% com primeiro grau incompleto, 80,0% exerciam ocupação do lar (não remunerada), 80,0% solteiras, 68,0% vivem com parceiro, 60,0% com diagnóstico laboratorial do HIV na gestação atual, 72,0% não planejaram a gravidez.

Foram encontrados 30 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais freqüentes: *Risco para infecção, Risco para lesão fetal, Risco para*

transmitir infecção, Controle ineficaz do regime terapêutico, Medo, Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais, Manutenção do lar prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Déficit de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos resultados favoráveis no controle da doença, a cura da AIDS continua sendo um desafio. No momento, a prevenção é o único meio de controle da propagação dessa infecção e os programas de saúde concorrem para diminuir as taxas de incidência. O diagnóstico laboratorial para HIV em gestantes, a utilização de anti-retrovirais durante a gestação e para o recém-nascido e, o não

aleitamento materno são estratégias utilizadas para a redução da transmissão perinatal do HIV, mas devem ser acompanhadas da identificação de fatores culturais, psicológicos e sociais que podem interferir na aceitação e aplicação das mesmas.

A sistematização da assistência de enfermagem e a aplicação do processo de enfermagem permite às enfermeiras desenvolver programas que forneçam ao indivíduo, família e comunidade informações para a sua participação ativa no tratamento e prevenção de complicações. São inúmeros os desafios encontrados, o assunto evolui rapidamente, sendo necessária a atualização constante para a assistência de enfermagem e a prática profissional.

VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O. [Pregnant women infected with HIV: characterization and nursing diagnoses]. *Acta Paul. Enf.*, v.15, n.2, p. 9-17, 2002.

ABSTRACT: The pregnant women infected with HIV constitute a special situation for the prenatal attendance. This study is a descriptive research with the objective of characterizing and to identify nursing diagnoses in pregnant women infected with HIV in a specialized prenatal service. Twenty-five pregnant women were attended in the period of one year, most of them is in the age group from 25 to 30 years, education of first incomplete degree, non paid activity, live with partner and HIV diagnosis in the current gestation. Thirty Nursing diagnoses were found, and the most frequent were: Risk for infection, Risk for fetal lesion, Risk for transmitting infection, Ineffective management of therapeutic regimen, Fear, Altered nutrition: ingestion less than body requirements, Impaired home maintenance management, Integrity tissue integrity, Knowledge Deficit.

DESCRIPTORS: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Nursing diagnoses. Prenatal care.

VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O. [Mujeres embarazadas infectadas por VIH: caracterización y diagnósticos de enfermería]. *Acta Paul. Enf.*, v.15, n.2, p. 9-17, 2002.

RESUMEN: Las mujeres embarazadas infectadas por el VIH constituyen una situación especial para la asistencia prenatal. Éste es un estudio descriptivo, que tuvo como objetivos caracterizar y identificar los diagnósticos de enfermería para mujeres embarazadas infectadas por VIH en un servicio especializado de prenatal. Se asistieron a veinticinco mujeres embarazadas en el periodo de un año, la mayoría de ellas tienen de 25 a 30 años, con la educación de primer grado incompleto, actividad sin soldo, viven con el compañero y el diagnóstico de HIV en la gestación actual. Se encontraron treinta diagnósticos de enfermería, siendo los más frecuentes: Riesgo de infección, Riesgo para lesión fetal, Riesgo para transmitir infección, Control ineficaz del régimen terapéutico, Miedo, Nutrición alterada: ingestión menor de los requisitos del cuerpo, Mantenimiento del hogar perjudicada, Integridad del tejido perjudicada, Déficit de conocimiento.

DESCRIPTORES: VIH. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Diagnósticos de enfermería. Atención prenatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, C.C. O atual perfil da AIDS no Brasil e novas estratégias de intervenção. **Boletim epidemiológico - AIDS**, Brasília, v.9, n.6, p.2-3, 10-22 mar, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Desenvolvimento tecnológico e vigilância: a situação atual da epidemia de aids no Brasil** [online]. 1998. Disponível em: http://www.aids.gov.br/uvad/situa_epidemia.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Boletim epidemiológico AIDS**, Brasília, n.1, v.13, semana epidemiológica de 48/99 a 22/00, 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/boletim/tabelas.htm>.
- BERTOLLI, J. et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire. **J. Infect. Dis.**, v.174, p.722-726, 1996.
- CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CONNOR, E.M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type-1 with zidovudine treatment. **N. Engl. J. Med.**, n.331, p.1173-80, 1994.
- DUARTE, G. Síndrome da imunodeficiência adquirida: aspectos obstétricos. In: MONTELEONE, PPR; VALENTE, CA. **Infectologia e ginecologia e obstetria**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.198-218.
- EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY. Maternal viral load and vertical transmission of HIV 1: a important factor but not the only one. **Aids**, n.13, p.1377-85, 1997.
- GARCIA, T.R. Sexualidade humana: conhecimento necessário à formação do enfermeiro. **Acta Paul. Enf.**, v.6, p.39-42, 1993.
- GULANICK, M.; GRADISHAR, D.; PUZAS, M.K. **Obstetric and gynecologic nursing-plans of care for specialty practice**. Nova York: Delmar, 1994.
- KORN, A.P.; ABERCROMBIE, PD-R. Gynecology and family planning care for the woman infected with HIV. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, n.24, p.855-72, 1997.
- LANDESMAN, S.H. et al. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. **N. Engl. J. Med.**, v.334, n.25, p.1617-23, 1996.
- MUDGE-GROUT, C.L. Acquired immunodeficiency syndrome In: MUDGE-GROUT, C.L. **Immunologic disorders**. St. Louis: Mosby Year Book, 1992, p.58-97.
- NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES **Nursing diagnoses: definitions e classification 1997-1998**. Philadelphia: North American Nursing Diagnoses, 1996.
- NICHOLS, F.H.; ZWELLING, E. **Maternal newborn nursing-theory and practice**. Nova York: Saunders, 1997.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal DST/AIDS. A mortalidade por AIDS. **Bol. Epidemiol. AIDS Município de São Paulo**, São Paulo, v.1, n.2, p.1-16, 1997.