

Ética na comunicação clara para devida orientação na transmissão vertical da AIDS

Fábio Peron Carballo

WELLNESS – Centro Integrado de Saúde, Divinópolis, MG, Brasil

Joubert Caetano Amaral

UEMG – Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, MG, Brasil

RESUMO

A AIDS foi identificada nos anos 1980 nos EUA entre homens homossexuais, associada ao Sarcoma de Kaposi e pneumonia, destacando-se como uma epidemia inicialmente restrita a grupos específicos. O HIV, retrovírus responsável pela doença, utiliza a transcriptase reversa para integrar seu DNA ao genoma do hospedeiro. Ao longo das décadas, a epidemia se disseminou globalmente, afetando diversas camadas da sociedade e modificando seu perfil epidemiológico para incluir mulheres, heterossexuais, e aumentar entre idosos e pessoas de baixa renda. No Brasil, especialmente nas regiões Sudeste e Sul, a prevalência é significativa, com esforços contínuos para estabilizar e reduzir novas infecções desde os anos 2000. Este estudo de revisão visa explorar a transmissão vertical do HIV e contribuir para a conscientização sobre os desafios contínuos relacionados à AIDS.

Palavras-chave: AIDS, Transmissão vertical, Gestantes.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1980, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “Sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis jirovesi* e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos, hoje são características típicas da AIDS (PINTO et al.,2013). Apesar do conhecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ter ocorrido há pouco mais de três décadas, o número de pessoas infectadas e doentes tem aumentado vertiginosamente nesse curto período de tempo (CANINI et al.,2013).

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*, pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode, então, integrar-se ao genoma do hospedeiro (TEIXEIRA et al., 2008).

No início, a AIDS foi considerada no conhecimento reificado uma doença que atingia somente grupos restritos, sendo denominada de “doença dos gays” e “doença dos quatro H” (homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroinômanos). Com a sua disseminação, o perfil epidemiológico modificou-se, acarretando sua feminização, heterossexualização, envelhecimento e pauperização (GOMES et al.,2007).



Sendo responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, a AIDS acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (VIEIRA, ALVES, 2007).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, os primeiros casos de AIDS confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo, e, desde o início da década de 1980 até hoje, existem aproximadamente 600 mil brasileiros com o vírus da AIDS. Do total de casos, mais de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mostra moderada estabilização desde 1998. Na região Sul, observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003, apresentando queda da taxa em 2004 (PINHEIRO, 2007).

Diante do exposto, o presente trabalho visa identificar o que é AIDS e a transmissão vertical e levantar hipóteses de acordo com os aspectos dos portadores, podendo assim, ser um importante meio para alertar e conscientizar a população sobre o crescimento em relação a novos casos de AIDS na região.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura, acessando-se as bases de dados *Scielo*, *Pubmed* e *Google acadêmico*, com abordagens sobre a transmissão vertical da Aids.

Segundo LAKATOS (2003) a citação das principais conclusões a que outros autores chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes. Tanto a confirmação, em dada comunidade, de resultados obtidos em outra sociedade quanto a enumeração das discrepâncias são de grande importância.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, nos anos de 2013 e 2014 foram notificados 70.677 casos de infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre adultos e 773 em crianças. Dentre estas notificações, 7.219 são de gestantes infectadas com o vírus, ou seja, a transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo vírus HIV na população infantil, sendo responsável por 90% dos casos, em crianças menores de 13 anos (SECHIN, 2003).



Segundo Calvalcante (2004), muitas das mulheres tomam conhecimento da própria soropositividade quando descobrem que seu filho está infectado, ou ao realizar o pré-natal, ou durante o parto.

É fundamental para a saúde das crianças a identificação precoce do HIV nas gestantes ainda durante o pré-natal, para que seja possível o tratamento e a diminuição drástica da TV. Porém na prática, é grande o número de gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto, sem receberem o tratamento anti-retroviral (MARQUES, 2006).

Durante o pré-natal, a solicitação do teste deve ser acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste. Sendo que identificada como portadora do HIV, a gestante deve iniciar o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O resultado positivo na maioria dos casos, pode resultar em um grave impacto na vida das mulheres, principalmente quando são identificados no período gestacional, pois a maternidade se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à ideia de morte relacionada à AIDS (ARAÚJO et. al., 2008).

De acordo com Ministério da Saúde (2010), os profissionais da saúde, ao revelarem o diagnóstico do HIV, sendo positivo, oferecem apoio emocional e orientações que ajudam a amenizar ansiedade e tirar as dúvidas. Dentre essas orientações, destaca-se: diferença entre o HIV e manifestação da AIDS, a disponibilidade do tratamento e sua oferta pelo Sistema Único de Saúde e os cuidados para evitar a possibilidade de transmissão vertical do HIV.

Gonçalves e Piccinini (2008) acompanharam mães portadoras da AIDS nos primeiros meses após o nascimento do bebê e relataram satisfação por parte delas, tendo um relacionamento efetivo com o bebê. Mas também apresentaram preocupações referente ao diagnóstico e saúde do recém-nascido.

O impacto psicológico sobre a mulher pode ser ainda maior, quando o diagnóstico de infecção pelo HIV ocorre durante o trabalho de parto ou logo após o nascimento, levando a um desgaste físico e emocional que o momento envolve (FARIA, 2010).

Como profilaxia da transmissão vertical, são recomendados a realização de acompanhamento pré-natal regular, administração de terapia antirretroviral (ARVs) ou de monoterapia com AZT (Zidovudina) a partir da 14ª semana de gestação e exames de contagem de células CD4 e carga viral. A carga viral sendo superior a 1.000 cópias/ml, na 34ª semana de gestação, é recomendada a cesariana eletiva; do contrário, a indicação da via de parto se dá por condições obstétricas. O parto sendo normal, é indicado que a mulher não permaneça mais de quatro horas com a bolsa rompida, devido este tempo aumentar gradativamente o risco de transmissão do vírus (Ministério da Saúde, 2015).

No trabalho de parto, é administrado o AZT via intravenosa, sendo preferível que a bolsa d'água se mantenha íntegra até o período expulsivo. Quando a mulher não realiza o teste anti-HIV na gestação ou não interessa pela informação, é utilizado o teste rápido na admissão da maternidade, e quando positivo, os tratamentos profiláticos iniciam rapidamente (CORREIA, 2003).



O recém-nascido é medicado com AZT na forma de xarope a partir das seis primeiras horas e durante seis semanas de vida. Da sexta semana em diante, até ser diagnosticado, o bebê deve tomar um medicamento para prevenção de pneumonia (PICCININI, 2010).

Quanto a amamentação, a mesma são vedada pelo enfaixamento das mamas por, no mínimo, dez dias e por sucessão farmacológica da lactação, bem como pelo aconselhamento das mães sobre o risco. O aleitamento materno é substituído pelo leite artificial ou leite pasteurizado disponível nos bancos de leite (LIMA, 2013).

As mães apresentam certas preocupações, ainda na gestação, relacionado a malformações ou a sua possível infecção. No que diz respeito, que a saúde do bebê, inerentes à gestação, estejam intensificadas na presença do HIV, sendo que a presença do vírus remete a um contexto de vulnerabilidade, salientado pela possível infecção do bebê (CARDOSO et. al 2010).

Nos três primeiros meses de vida do bebê, as mães ainda apresentam certas preocupações, porém com muita satisfação referente ao desenvolvimento e aparência física do filho, demonstrando a realização do luto pelo bebê imaginado na gestação. (LEBOVICI et. al 2010).

Embora os bebês não apresentem problemas de saúde nos primeiros meses, as mães demonstram preocupações quando o seu diagnóstico, mesmo com exames preliminares indicando um resultado negativo e esperam com ansiedade o diagnóstico final, que ocorre no sexto mês do bebê, demonstrando confiança de que seus bebês se desenvolveram bem (STERN et. al 2010).

De acordo com os dados do Ministério de Saúde (Brasil, 2006), ao utilizar o medicamento AZT durante a gravidez e no momento do parto, juntamente com a droga ao bebê, o risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67%. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, varia em torno de 25% (CONNOR, et al., 1994).

O Ministério de Saúde (2006) informa que há uma diminuição na transmissão vertical para níveis de 0 a 2% com o uso de ARVs combinados com a cesariana eletiva e quando a carga viral é menor do que 1.000 cópias por ml ao final da gestação.

Relacionando o Brasil aos países desenvolvidos, o Brasil ainda tem níveis elevados de transmissão vertical, em função de carências do sistema de saúde ao realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV no pré-natal, especialmente nas populações mais pobres. A baixa qualidade dos pré-natais também compromete a distribuição dos ARVs, sendo estimadas apenas algumas mulheres portadoras de HIV que recebem a medicação durante o parto. Apesar desses fatores, a incidência de casos de AIDS em crianças vem diminuindo progressivamente no país nos últimos anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A maternidade já envolve um intenso trabalho psicológico na mulher, desde a descoberta até os primeiros anos de vida da criança. A vivência entre a mãe e o filho faz com que ela enfrente a realidade proposta a sociedade. Diante disso, a mãe precisa organizar seus sentimentos em relação à gravidez,



posicionando um lugar para o filho ocupar na relação com ela e a com a família. Nesse período, a mulher estaria revivendo suas experiências e buscando se adaptar a gestação, criando um bebê que vem sendo imaginado na gravidez e idealizando o nascimento e pós-nascimento. Para as mães portadoras do HIV, não seria diferente todo esse sentimento (WIETHAUPER, 2010).

Segundo a literatura existem poucos trabalhos que enfocam a experiência de mães portadoras do HIV, alguns estudos brasileiros relatam que a maternidade permanece numa posição bastante idealizada para as gestantes, sendo colocada acima da infecção (CAMUS, 2008).

Para Gonçalves (2007), a gravidez em mulheres portadoras de HIV possibilita seu reposicionamento diante da doença, já que elas precisam assumi-la, de alguma forma, para dar início ao tratamento profilático em favor dos filhos. Nesse caso, a maternidade fortaleceria o desejo de continuar vivendo para cuidar dos filhos, promovendo, indiretamente, o autocuidado nessas mulheres.

O bebê traz felicidade às mulheres portadoras do HIV, havendo expectativas positivas com relação a uma gravidez e a capacidade de cuidar da criança, especialmente quando tem o apoio do parceiro. Os autores afirmam que, as expectativas positivas da gestante são maiores quando se tem o apoio do parceiro. Relações conjugais e familiares instáveis e que não apoiam a gestante portadora de HIV, torna a gravidez bastante solitária (GONÇALVES, 2007).

No entanto, sentimento de culpa e medo estão presentes em gestantes e mães portadoras de HIV, trazendo consigo um sofrimento psíquico. A culpa por colocar o filho em risco, infectá-lo e que ele venha a falecer diante da infecção faz com que a mãe sofre transtornos psicológicos, levando a capacidade de cometer ações impulsivas que coloque em risco a vida da mãe e do filho (FARIA, 2010).

Algumas gestantes alegam que o principal problema é a surpresa do diagnóstico e a dificuldade para revelar aos seus familiares. Estudos apontam que as gestantes portadoras do HIV são abandonadas pelos familiares ou parceiros (LIMA, 2017).

O parto é um grande motivo de preocupação para essas gestantes. A falta de conhecimento como se efetuam as medidas profiláticas na prática durante o trabalho de parto gera ansiedade e fantasias entre as gestantes portadoras do HIV. Apesar dos autores afirmarem que o fato do parto ser um momento de grande importância para evitar a infecção da criança, a tensão e o medo das mães ainda são altos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Sendo assim, o período do nascimento é dado pela incerteza quanto ao diagnóstico do filho, gerando uma ansiedade de retomar ou iniciar o próprio tratamento. Enquanto os familiares e a mãe aguardam o diagnóstico, os sistemas de saúde falham em promover uma assistência psicológica para o momento enfrentado, levando a um desconforto para iniciar ou manter o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).



A amamentação é outro fator que deixa a mulher portadora do HIV com o psicológico completamente abalado, pois a amamentação no seio é altamente recomendada pelos os médicos e pela as campanhas publicitárias, até dois anos de idade, trazendo ações benéficas para a criança (PICCININI, 2010).

Quando a uma infecção pelo HIV, a amamentação é proibida e, de acordo com as medidas profiláticas incluem a administração de inibidores de lactação e até mesmo o enfaixamento das mamas (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

Sendo assim, como o leite materno de uma mulher portadora de HIV não é benéfico para a criança, pode despertar diversos sentimentos na mãe diante da sua experiência na maternidade. A mãe se vê impedida de alimentar seu filho no seio, sabendo da grande importância do leite humano para o desenvolvimento do sistema imune das crianças e o quanto o amamentar pode contribuir para o relacionamento com o filho (ARAÚJO, 2008).

Alguns estudos debatem na comunidade científica internacional em função dos dilemas nutricionais enfrentados, principalmente por países da África subsaariana. Sendo assim, a proibição da amamentação ao peito, bebês acabariam morrendo mais por subnutrição e por infecções ocasionadas pelas más condições de higiene do que por uma eventual infecção do HIV (COUSTSOUNDIS, 2005).

Os primeiros meses da criança, uma pesquisa realizada por Manopaiboon et al. (1998), que acompanhou 129 mulheres tailandesas portadoras do HIV no período entre o nascimento e dois anos após o parto, registrou mudanças substanciais nessas suas famílias. Mudanças que compreendiam a manifestação da doença ou morte dos parceiros, separação familiar, diminuição de renda, alterações nas responsabilidades em relação ao cuidado da criança e isolamento. Já outro estudo realizado com o mesmo grupo de mulheres, afirma que indicadores revelaram a depressão dois anos após o parto (BENNETTS et al., 2008). Para as mães casadas os índices de depressão eram associados a saúde do marido. Durante os estudos algumas mães mantiveram seu diagnóstico em segredo, dificultando sua busca por apoio e aumentando seu isolamento (GONÇALVES, 2007).

A pobreza e a falta de recursos socioeconômicos são consideradas um risco psicossocial entre portadoras do HIV. De acordo com os autores, resultados de algumas pesquisas afirmam que a infecção pelo HIV é somente mais uma das dificuldades enfrentadas por mulheres de população de baixa renda (LIMA e SILVA, 2017).

Segundo análises de entrevistas em algumas mulheres portadoras do HIV, a maior parte dessas mulheres que descobriu a infecção durante o período de pré-natal, afirmam que apesar da gravidez desejada, não sabiam se levariam a gravidez até o final, diante do choque da notícia e das informações do futuro do seu bebê. Pois, não sabiam se teriam estrutura física e emocional para cuidar de uma bebê portador de HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).



Nos primeiros exames das crianças quando o resultado deu negativo para o HIV, algumas mães afirmam que foram respostas de suas mensagens de orações com Deus e de que Ele tinha um propósito divino para seu filho. Sendo assim, fortalecia a mãe a continuar com suas gestações e se tornarem mães no contexto do HIV, pois aquele bebê havia se tornado uma importante fonte de apoio e esperança (FARIA, 2010).

Por se tratar de uma condição crônica, é possível entender o seu impacto sobre a família, especialmente, quando se trata de um evento tão importante, que é o nascimento dos filhos. Uma vez, que a doença crônica é caracterizada como uma crise vital com efeitos significativos para as famílias, havendo fases de evolução das doenças crônicas, sendo, a incerteza, a perda do controle e a confirmação do diagnóstico. Diante dessas fases, o indivíduo pode acionar a mecanismos defensivos como a negação da doença, o isolamento, desejo de morte, culpa e vergonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Independentemente da doença crônica, a família é a principal fonte de apoio emocional e financeiro para a pessoa, sendo assim, os familiares precisam manter boas relações para se mobilizar em torno dessa situação. Para um portador de HIV, especialmente, a gestante, a boa relação dos familiares deve existir. Já que a gestante carrega consigo vários hormônios que a deixam com o psicológico abalado (GONÇALVES, 2007).

O indivíduo portador do HIV, em particular as mulheres, vivem uma situação única e singular, pois tem uma doença sexualmente transmissível e fatal, que a sua grande maioria pertence a grupos sociais marginalizados, levando a desafios como a falta de recurso financeiro e a violência. Diante desses fatos, a família é fundamental na vida do indivíduo, sendo a maior fonte de apoio (CECHIN, 2003).

Com base em uma pesquisa realizada com 135 famílias norte-americanas, com ênfase em mães portadoras de HIV, os sintomas de depressão estiveram relacionados a sociabilidade familiar. Também foi realizado o mesmo estudo com 150 mulheres brasileiras portadoras do HIV, que a principal fonte de estresse no dia a dia se encontrava no relacionamento afetivo, conflitos familiares e conjugais, e a preocupação com os filhos (MURPHY, MARELICH, DELLO STRITTO, SWENDEMAN, & WITKIN, 2007).

Importante lembrar que muitas vezes as mães portadoras do HIV estão sozinhas em sua missão de criar os filhos e planejar o futuro da família. Sendo uma situação bastante comum afetando as mães solteiras ou divorciadas. Para as mães que não tem uma relação próxima com a família, sua preocupação gira em torno da vulnerabilidade da criança e da possibilidade de terem que deixar a criança sob cuidados de alguém que não seja da família. Para muitas, resistir á doença seria uma forma de garantir o cuidado do filho até que ele atinja a independência financeira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Esse trabalho interno realizado pelas mães incluiria três objetivos: impedir a transmissão da doença e do sofrimento envolvido; preparar o filho para a perda futura de sua figura; assumir o controle dos próprios pensamentos, visando a se proteger de sentimentos e ideia negativas relacionadas a doença. As mães



focalizam seus esforços na criança, assumindo atitudes positivas em relação ao futuro dos filhos, colocando-se em segundo plano desviando parcialmente o foco da infecção e de suas implicações (FARIA, 2010).

4 CONCLUSÃO

Futuros estudos nesta área poderiam investigar a extensão que o impacto da situação de infecção do HIV afeta a saúde emocional das mães, com relação, a presença dos sintomas de depressão e outros quadros psicológicos. Estudos longitudinais poderiam esclarecer como a experiência da maternidade e as preocupações com o filho são afetadas pela grávida, pelo parto e pelo encontro com o bebê quando a mãe é portadora do HIV. O acompanhamento dessas mães até o eventual diagnóstico do filho forneceria dados que seria positivo para seu próprio tratamento, que tende a ficar em um segundo plano e é muitas vezes interrompida após o nascimento do filho.

Sugere-se que as mães que receberem o diagnóstico mais tardio na gravidez ou durante o parto sejam acompanhadas em termos de intervenções psicossociais e para fins de investigação. Tais estudos trariam identificação as falhas na realização do pré-natal e no sistema de detecção do vírus HIV. Questões que envolvem a paternidade, o relacionamento do casal e com a família extensa, decisões reprodutivas no contexto de infecção pelo HIV, merecem pesquisas mais aprofundadas, ampliando o entendimento sobre o impacto dessa situação nas relações familiares. Incluir elaboração de estratégias preventivas e de apoio as portadoras de HIV, com ênfase a saúde física e mental das mães e seus filhos, assim como a diminuição da sua condição de vulnerabilidade social.

Em virtude da importância da gestação, do parto e dos primeiros meses de vida do bebê para a experiência da maternidade, fica evidente que a infecção do HIV/AIDS pode trazer importantes impactos psicológicos para a mulher portadora durante esse período. Acrescente-se a isso a presença de fatores que denotam vulnerabilidade social, frequentemente encontrados entre mães portadoras do HIV, como depressão, baixa renda familiar e pouco apoio social.



REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Maria Alix Leite Araújo et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. Fortaleza, CE. REBEn (Revista Brasileira de Enfermagem), 2008.
- BRITO, Ana Maria; CASTILHO, Euclides Ayres; SZWARCOWALD, Célia Landman. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. São Paulo, SP. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.
- CAMUS, Albert. A epidemia da AIDS: impacto social, científico, econômico e perspectivas. Minas Gerais. UFMG, 2008.
- LIMA, Suzane da Silva de et. al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. Campos Belo, GO. Ciências e Saúde 2017.
- FARIA, Evelise Rigoni de e PICCININI, Cesar Augusto. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. Campinas, SP. 2010.
- GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro e PICCININI, Cesar Augusto. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. São Paulo, SP. USP, 2007.
- LIMA, Bruna Arnaut dos Santos; CECÍLIO, Jorge Felipe Lopoeh; BONAFÉ, Simone Martins. AIDS: uma visão geral. Maringá, PR. Editora CESUMAR. 2007.
- LIMA, Suzane da Silva de et. al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. Campos Belo, GO. Ciências e Saúde 2017.
- MENEZES, Labibe do Socorro Haber de et al. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em maternidade pública de referência. 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico – AIDS e DST – julho de 2010 à junho de 2011. Brasília: Ministério da saúde, 2012.
- OLIVEIRA, Denize Cristina de et. al. A produção de conhecimento sobre HIV/AIDS no campo da teoria de representações sociais em 25 anos da epidemia. Rio de Janeiro, RJ. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007.
- WIETHAUPER, Fernanda Scherer; CECHIN, Petronila Libana e CORREIA, Sandra Gomes. AIDS em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical. Brasília, BR. REBEn (Revista Brasileira de Enfermagem), 2003.