

INSERÇÃO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES COM HIV/AIDS NOS PROGRAMAS DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

ENROLLMENT OF INFANTS BORN TO HIV/AIDS INFECTED MOTHERS IN FOOD SUPPLEMENTATION PROGRAMS

INCORPORACIÓN DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES CON VIH/SIDA EN LOS PROGRAMAS DE SUPLEMENTACIÓN ALIMENTAR

GILMARA HOLANDA DA CUNHA¹

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO²

Objetivou-se nesse estudo fazer uma revisão de literatura acerca da inserção das crianças nascidas de mães portadoras do HIV nos programas governamentais de suplementação alimentar. Desenvolveu-se revisão de literatura nacional no período de 1995 a 2004. Conforme se constatou, não há programas de leite específicos para crianças nascidas sob risco de infecção pelo HIV, mas apenas um recurso da União, repassado por meio do Incentivo Fundo a Fundo para Estados e Municípios. Na ausência de programas específicos, orientações alimentares têm grande importância no contexto das mães impossibilitadas de amamentar, principalmente quando estas fazem parte de estrato social menos favorecido e enfrentam carências alimentares diariamente.

PALAVRAS-CHAVE: *Programas de nutrição; Leite; Transmissão vertical de doença; HIV; Aids; Crianças; Suplementação alimentar.*

The objective of this study was to review the literature about the enrollment of children born to HIV-infected mothers in governmental programs of food supplementation. The Brazilian literature published from 1995 to 2004 was surveyed, showing that there are no specific milk programs for infants born at risk of HIV infection, with only one type of Union resource being distributed through the Fund to Fund Incentive for States and Municipalities. In the absence of specific programs, alimentary guidelines are very important for mothers who cannot breast-feed, especially when the mothers belong to the less privileged social stratum and face food deficits on a daily basis.

KEYWORDS: *Nutrition Programmes; Milk; Disease transmission vertical; HIV; AIDS; Child; Supplementary feeding.*

El objetivo de este estudio fue el de realizar una revisión de literatura sobre la inserción de los niños nacidos de madres portadoras del VIH en los programas gubernamentales de suplementación alimentar. Se desarrolló una revisión de literatura nacional en el periodo de 1995 a 2004. Conforme se constató, no hay programas de leche específicos para niños nacidos con riesgo de infección por el VIH, sino apenas un recurso de la Unión, distribuido por medio del Incentivo Fondo a Fondo para Estados y Municipios. Vista la ausencia de programas específicos, las orientaciones alimentares tienen gran importancia en el contexto de las madres imposibilitadas de amamentar, principalmente cuando estas forman parte del extracto social menos favorecido y enfrentan carencias alimentares diariamente.

PALABRAS CLAVE: *Programas de nutrición; Leche; Transmisión vertical del enfermedad; VIH; SIDA; Niño; Alimentación suplementaria.*

1 Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFC.

2 Enfermeira, doutora em Enfermagem; Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFC; marligalvao@gmail.com

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista social e econômico, a epidemia da aids, identificada no início da década de 1980, tem trazido grandes transtornos ao mundo, bem como repercussões para o indivíduo portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Além disso, provoca situações que gravitam em torno desse cidadão, como a família, o trabalho e seus direitos como cidadão ¹.

No Brasil, como em muitos outros países, a epidemia da aids é complexa e dinâmica. Os primeiros casos notificados ocorreram na década de 80, desde então, tem sido caracterizada por extensas mudanças ao longo do tempo e pela evolução de uma série de respostas políticas e sociais.

Como parte dessas mudanças, inclui-se a Transmissão Vertical (TV), também denominada materno-infantil ou perinatal, verificada quando o conceito adquire o HIV pelo contato com sangue e secreção vaginal infectados, durante a gestação, trabalho de parto e parto, e também pelo leite materno no pós-parto ². Constitui a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável, no Brasil, por 83,6 % do total de casos em menores de 13 anos (1983-2004). Os casos de TV correspondem a 2,55% do total geral dos notificados até junho de 2004. No país, o primeiro caso de TV foi notificado em 1985, mas até o primeiro semestre de 2004, houve 9231 registros nesta categoria ³.

Tem sido rápida a expansão da infecção pelo HIV entre mulheres, um dos aspectos mais surpreendentes da epidemiologia do HIV/aids no Brasil, cuja faixa etária mais acometida está entre 20 e 49 anos, embora o número de casos decresça quando aumenta o grau de escolaridade ⁴.

Por serem as mulheres acometidas em plena idade reprodutiva, isto pode levar ao risco da transmissão do HIV para a criança durante a gestação, parto e aleitamento materno ou cruzado⁴. A ausência de intervenção profilática contra o HIV durante a gestação, parto ou puerpério, poderá acarretar o nascimento de uma criança infectada pelo vírus. Se a criança estiver inserida num contexto de pobreza, provavelmente enfrentará problemas quanto à questão alimentar. Diante dessa situação, tornam-se necessárias fontes de apoio familiar ou comunitário, e principalmente,

programas de suplementação alimentar, advindo de fontes governamentais.

Como um país caracterizado pela má distribuição de renda, o Brasil apresenta graves problemas decorrentes dos baixos níveis de pobreza da população. Em face dessa realidade foram instituídas a partir de 1972, políticas de suplementação alimentar em especial programas de leite, cujo objetivo era beneficiar crianças pertencentes a famílias de baixo poder aquisitivo e, por isso, com graves problemas nutricionais.

No contexto dos que necessitam de suplementação alimentar via políticas públicas de saúde, estão inseridas também as crianças nascidas de mães portadoras de HIV. Após o nascimento estas crianças devem alimentar-se, exclusivamente, com fórmula infantil que é um leite em pó específico para o organismo do bebê, a qual pode ser obtida gratuitamente por meio de políticas públicas. A finalidade do acesso desta alimentação é prevenir a transmissão do HIV pelo leite materno. Tal prática pode diminuir a transmissão do vírus, no entanto, quando não há orientação correta para o preparo da fórmula infantil, pode haver um aumento da morbidade e mortalidade infantil por doenças infecciosas⁵, principalmente, por falta de medidas higiênicas no preparo e manuseio dos alimentos.

Como evidenciado, o impacto da aids na população pediátrica se faz sentir não apenas sobre as crianças infectadas, pois os problemas socioeconômicos, físicos e psicológicos oriundos da doença dos pais afetam diretamente o bem-estar da criança, independente da sua situação sorológica. Deve-se ter em mente que, conforme as mulheres infectadas progredirem para a doença clínica e êxito letal, o número de “órfãos da aids”, infectados ou não, aumentará proporcionalmente. Desse modo, faz-se necessário um esforço conjunto de pesquisadores, profissionais de saúde, pacientes e suas famílias com vistas ao controle desta epidemia entre as crianças ⁶.

A partir do exposto, e levando-se em consideração que, no Brasil, recomenda-se a exclusão do aleitamento materno para crianças nascidas de mães portadoras do HIV, no presente estudo teve-se como objetivo realizar revisão de literatura acerca da inserção das crianças nascidas de mães com infecção pelo HIV/aids nos programas governamentais de suplementação alimentar.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se estudo descritivo, por meio de revisão bibliográfica específica da literatura nacional. Este tipo de investigação procura explicar um problema com base em referências teóricas publicadas em documentos, no intuito de conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas, sobre determinado assunto, tema ou problema⁷. A pesquisa em foco, portanto, é indispensável para investigar problemas obscuros, inadequadamente estudados ou ainda dependentes de novos estudos⁸.

Os dados foram obtidos mediante levantamento bibliográfico sobre esta temática, a partir da base de dados indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME, que compreende a literatura relativa às ciências da saúde publicadas nos países da região latino-americana, cujo conteúdo são artigos de revistas e outros documentos como teses, livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

O período analisado compreendeu os anos de 1995 a 2004, utilizando as palavras-chave suplementação alimentar e criança. Foram observadas 44 referências, entre as quais 11 atendiam ao objetivo da investigação. Consoante recomendado, todos os documentos foram lidos, interpretados e analisados.

A partir das leituras, foram analisados os principais assuntos de interesse e características abordadas nos textos relacionados ao objetivo da pesquisa. A seguir, estes foram discutidos e possibilitaram descrever a inserção ou não das crianças nascidas de mães soropositivas ao HIV nos programas de suplementação alimentar.

ANÁLISE DOS ACHADOS

O direito humano à alimentação é condição indispensável à vida e à construção da cidadania. Como parte desse direito, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a se iniciar com o incentivo ao aleitamento materno, está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, ante à possibilidade da TV do HIV pela amamentação natural apresen-

tar risco de 7 a 22%⁴, aconselha-se a exclusão do aleitamento materno.

O fato de uma mãe não poder amamentar seu filho, seja por questões culturais, físicas, trabalhistas, rotina de vida ou por ser portadora de algum agente infeccioso passível de transmissão pelo leite materno, pode levar a repercussões ao longo da vida da criança. Diante do exposto, evidencia-se a necessidade da criação de programas de suplementação alimentar, especialmente quando esta situação está acompanhada de baixa renda *per capita* e conseqüente miséria, a exemplo do apresentado pela maioria das mulheres infectadas⁹.

Segundo indicam os dados divulgados na literatura, a partir de 1972 passaram a ser instituídas no Brasil políticas de suplementação alimentar, de modo particular, programas de leite, com o objetivo de proporcionar alimentação mais adequada para crianças pertencentes a famílias de baixo poder aquisitivo ou com problemas nutricionais. Até a década de 90, programas de leite foram implantados. Destes, o mais conhecido foi o Programa Nacional do Leite, lançado em 1986 e extinto em 1989, beneficiando diariamente 7,6 milhões de crianças de famílias carentes¹⁰. Na opinião de alguns autores, os programas de leite dessa década não tiveram êxito devido a uma deficiente sustentação política e falta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças favorecidas com o recebimento do leite¹⁰. Entretanto, não se pode afirmar seguramente que crianças sob risco de infecção pelo HIV estivessem sendo beneficiadas por programas de leite nessa época.

Na década de 80, porém, já havia casos pediátricos de aids no Brasil, embora a categoria de exposição perinatal correspondesse a 62,3% dos notificados nesta categoria durante o período. Isto se deu em virtude do aumento do número de casos da infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil. Todavia, este modo de transmissão poderia ter sido evitado mediante precauções no pré-natal e parto. No puerpério, o recém-nascido deveria ser alimentado com a fórmula infantil, para evitar a amamentação⁴.

Na mencionada década, apesar da ocorrência de crianças nascidas de mães portadoras de HIV/aids, não havia programas preventivos direcionados à assistência de gestantes portadoras de HIV, nem mesmo para a orientação da

exclusão do aleitamento materno. Da mesma forma, não existiam programas de leite específicos para seus filhos, os quais significariam uma das alternativas para prevenir a ocorrência da infecção em crianças por meio da amamentação.

Em 1993 foi instituído o Programa “Leite é Saúde” (PLS), voltado ao atendimento de desnutridos e gestantes em risco nutricional, cujos objetivos eram: reduzir a prevalência de desnutrição; reforçar a prestação de ações básicas de saúde e para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no relacionado à municipalização e reorganização dos serviços. O público-alvo eram crianças desnutridas, na faixa etária de 6 a 23 meses de idade. Elas deveriam receber diariamente, 120g de leite em pó ou 1 litro de leite fluido pasteurizado e uma lata de óleo/mês¹¹.

O PLS consistia na suplementação alimentar gratuita, associada às ações básicas de saúde a grupos específicos, identificados na rede básica de saúde por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Para se credenciar a receber os recursos destinados à execução do programa, o município deveria realizar, previamente, um diagnóstico antropométrico da população materno-infantil e gerar informações mensais do estado nutricional de crianças e gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com vistas a ter um sistema que informasse continuamente sobre o perfil antropométrico de gestantes e de crianças menores de cinco anos¹².

Numa análise do processo de implantação do SISVAN integrado ao Programa “Leite é Saúde”, realizada pela coordenação do Ministério da Saúde, foi concluído que a aliança possibilitou a difusão da proposta de vigilância nutricional no país. Contudo, ressaltou-se que a associação com o programa, ao exigir a implantação do SISVAN como condição para a assinatura do convênio, banalizou a proposta que passou a ser executada como uma exigência, sem objetivos práticos, e não como um elemento importante para a definição de políticas públicas na área de alimentação e nutrição no país¹³.

Desenvolvido de 1993 a 1998 no Brasil, o PLS teve os elementos centrais de seu delineamento mantidos até os dias atuais como Programa, hoje Incentivo, de Combate às Carências Nutricionais (ICCN). A partir do ano de 2002, o ICCN foi substituído por programas como o Bolsa Alimen-

tação, o Bolsa Escola e outras iniciativas de apoio governamental, implementadas em todos os municípios brasileiros¹⁴. Conforme se observa, as mães, cujas crianças haviam nascido sob o risco da infecção pelo HIV e para as quais o aleitamento materno é contra-indicado não eram incluídas entre os beneficiados, pois os programas citados se destinavam apenas a combater a desnutrição infantil.

Durante o desenvolvimento do PLS, o número de casos de aids entre crianças nascidas de mães soropositivas ao HIV atingiu níveis elevados e em 1997 chegou a 90,2%⁴. Entretanto, segundo se percebe, apesar do significativo aumento nos índices de transmissão perinatal na década de 90, ainda não havia programas de leite para beneficiar as crianças nascidas sob risco da infecção.

Diante de dados tão alarmantes, o mundo científico enfatizou as pesquisas relacionadas ao assunto. Um dos maiores avanços na prevenção da TV do HIV foi demonstrado no estudo multicêntrico, publicado em novembro de 1994, e conhecido como Protocolo 076, do Aids Clinical Trial Group – ACTG 076. Consoante este estudo demonstrou, nas gestantes que não amamentaram, houve redução de aproximadamente 70% do risco da TV com o uso do tratamento anti-retroviral na gestação, trabalho de parto e parto e também nos recém-nascidos que foram alimentados, exclusivamente, com fórmula infantil¹⁵.

No campo da assistência a mulheres portadoras do HIV, no Brasil, desde 1997, o governo considera prioritária a prevenção da TV. Entretanto, nesse período não se observaram propostas de programas de suplementação alimentar que incluíssem as crianças impossibilitadas de serem amamentadas. Concomitante à falta do acesso de crianças nascidas de mães portadoras de HIV a programas de leite específicos, observou-se um crescimento do número de casos de notificações na categoria de transmissão perinatal⁴.

Em face desse descaso, somente em 2002 é lançado o Projeto Nascer-Maternidades, por meio da Portaria nº 2.104/GM/MS, 19/11/02, que objetiva acompanhar a mulher gestante, em princípio, com o provimento de exames laboratoriais ou teste rápido para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Caso se confirme a soropositividade, será instituída a profilaxia com AZT, a partir da 14ª semana de gestação até o parto; se realizará cesariana eletiva, com esquema de Zidovudina injetável no início do trabalho de

parto até o clameamento do cordão umbilical; o recém-nascido fará uso de solução oral de Zidovudina e não ocorrerá o aleitamento materno ou cruzado ¹⁶.

Apenas em 2002, através da Portaria nº 2.313 do Ministério da Saúde, incentiva-se o uso da fórmula infantil para crianças nascidas de mães portadoras do HIV. Conforme recomendado, a criança deve ser alimentada exclusivamente com a fórmula infantil até os seis meses de vida, e a mãe deve ser orientada quanto à obtenção da fórmula e ao preparo. Inicialmente a fórmula infantil é disponibilizada pela maternidade onde a criança nasceu (duas a quatro latas no momento da alta hospitalar). Depois, garante-se a distribuição de até 60 latas por criança até o sexto mês, a ser feita pelo serviço especializado, onde a criança será encaminhada para acompanhamento, até ser definido o diagnóstico. Para crianças menores de doze meses que não podem ser amamentadas, a mãe deverá receber o “Guia Prático de Preparo de Alimentos”¹⁷.

No Brasil, essa doação de leite é disponibilizada por recurso da União, repassado por meio do Incentivo Fundo a Fundo para Estados e Municípios que estejam habilitados para comprar a fórmula. A mãe deve receber orientações para que a criança tenha alimentação precoce aos quatro meses, o que inclui o uso de leite associado a frutas, cereais e tubérculos. Em caso de família de baixa renda, esta deverá inscrever-se em programas sociais de complementação de renda do governo ¹⁶.

Apesar de no Brasil as recomendações vigentes terem sido as anteriormente referidas, muitos debates têm ocorrido na tentativa de padronizar as indicações de alimentação materna ou artificial ⁶.

Divulga-se que em países onde as doenças infecciosas e a desnutrição sejam as causas primárias de mortalidade infantil, a amamentação deve ser recomendada para todas as mães, inclusive as HIV positivas, pois o risco de transmissão do vírus é menor do que o alto risco advindo de outras condições ⁶. Entretanto, no Brasil no caso das portadoras de HIV, orienta-se a não amamentação e todos os esforços devem ser somados no intuito de se fornecer uma alimentação artificial adequada ⁶.

Diante do exposto, observou-se que crianças nascidas de mães portadoras de HIV têm acesso à fórmula infantil gratuita apenas nos seis primeiros meses de vida. Após

este período, as crianças não têm prioridades de inserção nos demais programas de alimentação que visam reduzir as chances de agravos à saúde.

O incentivo disponibilizado por um recurso da União é repassado por meio do Incentivo Fundo a Fundo para Estados e Municípios para comprar a fórmula infantil das crianças nascidas sob o risco da aquisição do HIV, até completar os seis meses de vida. Desse modo, mesmo após duas décadas da epidemia, não se observa uma conscientização governamental no referente ao aumento da transmissão perinatal, uma vez que a maioria dessas crianças tem pais ou responsáveis de baixo nível social e econômico, baixa escolaridade, e com dificuldades de acesso para adquirir a fórmula infantil. Da mesma forma, não se verifica um acompanhamento nutricional ou supervisão dos que usufruem a fórmula infantil gratuitamente, e, conseqüentemente, o uso do leite não é avaliado quanto ao seu impacto na nutrição da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação possibilitou melhor entendimento acerca da suplementação alimentar para crianças baseada em programas, que desde 1972 vêm tentando implantar-se no Brasil. Conforme evidenciado, estes programas não obtiveram êxito a longo prazo, talvez por falta de organização, sustentabilidade política e pouca receptividade dos nossos governantes. No referente às crianças nascidas de mães portadoras de HIV/aids, segundo observamos, não há um sólido programa de suplementação alimentar, mais precisamente com o leite, para o beneficiamento dessas crianças que devem ser excluídas da possibilidade do risco adicional da transmissão do HIV após seu nascimento.

Na opinião de alguns estudiosos, a organização e administração de subsídios ou doação de fórmula infantil é uma ação complexa e pode ser difícil implementá-la em países em desenvolvimento. Apesar da efetiva ação de saúde pública com a distribuição de alimentos, existem problemas relacionados com os critérios de seleção, custos administrativos, avaliação do impacto, acesso facilitado para serem avaliados ¹⁸.

A prática de alimentar a criança com fórmulas artificiais pode diminuir o risco de transmissão pós-parto,

porém quando não há orientações adequadas para o preparo da fórmula infantil, pode haver um aumento da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas. Também pode ocorrer desnutrição, por vezes, devido ao baixo nível socioeconômico, a mãe ou responsável pela criança acaba por utilizar a fórmula infantil indevidamente, com técnicas de preparo e de higiene inadequadas, ou a usa como alimentação para outros membros da família. Estudos comprovam que a desnutrição infantil onera os custos do setor saúde, as crianças desnutridas se internam mais frequentemente, o tratamento geralmente é caro e mais demorado do que em crianças bem nutridas¹⁹.

Portanto, urge a necessidade de maior atenção a estas crianças, porquanto com a profilaxia adequada durante o seu período intra-útero, no parto e após o nascimento, elas podem ser saudáveis, livres de infecção pelo HIV e, conseqüentemente, contribuirão na diminuição da incidência da transmissão perinatal no país.

Ademais, as orientações quanto à alimentação da criança sob risco de infecção pelo HIV através da Transmissão Vertical devem ser iniciadas ainda no pré-natal. Nesta fase poderão ser enfocados os seguintes aspectos: a necessidade de não amamentar; observação de problemas que a mãe possa ter se não amamentar seu filho; a apresentação das alternativas disponíveis para a substituição do leite materno; o ensino do preparo dos alimentos substitutos do leite humano e dos complementos alimentares. Deve-se, também, verificar as condições de higiene da mãe, e oferecer-lhe ajuda para solucionar prováveis dificuldades; ressaltar a importância de criar vínculos com o filho mediante outros contatos corporais que não o aleitamento materno; e enfatizar questões como a acessibilidade à fórmula infantil e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Espera-se, desse modo, evitar possíveis carências nutricionais ou morbidades, e ao mesmo tempo garantir condições para uma vida mais saudável, conforme preconizado pelas políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aoki FH. Antivirais na AIDS. In: Programas e Livros de Resumos da 2ª Jornada de Enfermagem em Infectologia; 1997; Campinas, SP. São Paulo; 1997. p. 25-8.

2. Ministério da Saúde(BR). Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR). Bol Epidemiol AIDS jan./jun 2004; 1(1).
4. Ministério da Saúde(BR). Bol Epidemiol Aids 2004; 17(1).
5. Nduati R, Richardson BA, John G, Mbori-Ngacha D, Mwatha A, Ndinya-Achola J, et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomized trial. Lancet 2001 May; 357 (9269): 1651-5.
6. Ortigão MB. AID in crianças: considerações sobre a transmissão vertical. Cad Saúde Pública 1995 jan/mar; 11(1): 142-8.
7. Cervo AL. Metodologia científica. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
8. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1995.
9. Passarelli CA, Parker R, Pimenta C, Terto Junior V. Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro; 2003.
10. Batista Filho M, Malaquias- Rissin A. Vigilância alimentar e nutricional: antecedentes, objetivos e modalidade. A VAN no Brasil. Cad Saúde Pública 1993 jan/mar; 9(1): 99-105.
11. Ministério da Saúde(BR). Programa de atendimento aos desnutridos e gestantes em risco nutricional: roteiro para implantação da vigilância nutricional. Brasília; 1993.
12. Santana LAA, Santos SMC. Sistema de vigilância alimentar e nutricional na Implantação do Programa leite é saúde: avaliação em municípios baianos. Rev Nutr 2004 jul/set; 17(3): 283-90.
13. Oliveira e Silva D. O Processo de implantação do SISVAN no Brasil e o Programa do Leite é Saúde. Bol Nac SISVAN 1996; 1(2).
14. Ministério da Saúde(BR). Programa de atendimento aos desnutridos e gestantes em risco nutricional. Brasília; 1993.
15. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. Gestação de alto risco. Manual Técnico. Brasília; 2000. 164p.
16. Ministério da Saúde(BR). Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança-Referência para mulheres HIV

- positivas e outras que não podem amamentar. Brasília(DF); 2004.
17. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, 2004. (Série Manuais, n. 46).
18. Coutoudis A, Goga AE, Rollins N; Coovadia HM, Child Health Group. Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or curse? *Health Policy Plan* 2002; 17(2): 154-60.
19. Kucharski FA, Araújo CB, Silva RM, Fernandes AFC. Perfil de famílias com crianças desnutridas internadas em uma instituição na cidade de Fortaleza-Ceará. *Rev RENE* 2002 jul./dez; 3(2): 9-13.

RECEBIDO: 15/02/06

ACEITO: 22/01/07