

PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS EXPOSTAS À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV ACOMPANHADAS EM QUATRO SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PORTO ALEGRE/RS*FEEDING PRACTICES OF CHILDREN EXPOSED TO HIV VERTICAL TRANSMISSION AND FOLLOWED UP AT FOUR SPECIALIZED CARE CENTERS IN PORTO ALEGRE, RS, BRAZIL*Betina Soldateli Paim¹, Gabriela Corrêa Souza²**RESUMO**

Introdução: A alimentação infantil na presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV) é complexa e possui uma influência maior na sobrevivência infantil. Diferentes recomendações sobre as práticas alimentares podem ser utilizadas neste contexto.

Objetivo: Descrever as práticas alimentares de crianças expostas à transmissão vertical do HIV.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, com crianças menores de seis meses, acompanhadas em serviços especializados no tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Os dados foram obtidos através de entrevistas às mães HIV positivo.

Resultados: No total, 156 crianças foram incluídas no estudo, 153 (98%) crianças iniciaram o uso da fórmula infantil logo após o nascimento. Neste estudo, 26,3% das crianças receberam leite de vaca antes dos seis meses. Quanto à introdução de alimentos líquidos antes do sexto mês, 66% das crianças recebeu água, sendo 39,7% já no primeiro mês de vida. Em relação ao chá, 84% receberam antes dos seis meses, dos quais 63,5% no primeiro mês. Cento e quarenta e uma (90,4%) crianças receberam algum alimento (sólido ou líquido) antes do sexto mês. O açúcar foi introduzido por 89 mães (57,1%) antes dos seis meses. O uso do mel foi referido em 29,5% das entrevistas, sendo 16,7% já no primeiro mês de vida do bebê.

Conclusão: Concluiu-se através deste estudo que a alimentação de bebês expostos à transmissão vertical do HIV esta aquém do ideal, mostrando-se inadequada, com introdução precoce dos alimentos complementares.

Palavras-chave: HIV; alimentação artificial; comportamento alimentar; nutrição da criança

ABSTRACT

Introduction: Infant feeding practices in children infected with the human immunodeficiency virus (HIV) are complex and have a major influence on child survival. Different recommendations on feeding practices may be used in this context.

Aim: To describe the feeding practices of children exposed to HIV vertical transmission.

Methods: Cross-sectional study involving children younger than six months followed up at HIV/AIDS specialized care centers. Data were collected by means of questionnaires answered by HIV mothers.

Results: One hundred and fifty-six children were included in the study. Of these, 153 (98%) children started using infant formula soon after birth. In the present study, 26.3% of the children received cow milk before six months. In relation to the introduction of liquid foods before 6 months of age, 66% of the children received water, and 39.7% of these received water in the first month of life. With regard to tea, 84% consumed it before 6 months; of these, 63.5% did it in the first month of life. One hundred and forty-one (90.4%) children received some food (liquid or solid) before 6 months. Sugar was introduced by 89 (57.1%) mothers before 6 months. Use of honey was reported in 29.5% of the interviews, and 16.7% of the children consumed honey in the first month of life.

Conclusion: We concluded that the feeding practices of infants exposed to HIV vertical transmission is not adequate, showing early introduction of complementary foods.

Keywords: HIV; bottle feeding; feeding behavior; child nutrition

Rev HCPA 2010;30(3):252-257

De acordo com o Boletim Epidemiológico, de 1980 a junho de 2009, foram notificados aproximadamente 462 mil casos de AIDS no Brasil, sendo a epidemia no país considerada estável. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para 1 em mulher. Hoje, a relação é de 1,5 para 1. Em ambos os sexos, a maior parte dos casos se concentra na faixa etária de 25 a 49 anos (1). Assim, com o aumento da infecção entre as mulheres, especialmente em idade reprodutiva,

temos mais casos de exposição à transmissão vertical (TV) do HIV.

Estudos estimam que o risco de transmissão do vírus pelo leite humano seja de 7 a 22% e que sem qualquer intervenção, a taxa de TV do HIV é cerca de 20%. Com a utilização de intervenções combinadas, entre elas o uso de anti-retrovirais, cesariana eletiva e substituição do aleitamento materno, é possível diminuir o risco desta transmissão a índices menores que 1% (2).

1. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, UFRGS.

Contato: Betina Soldateli Paim. E-mail: betina.soldatelli@ufrgs.br (Porto Alegre, RS, Brasil).

Assim, as ações de prevenção e de controle, que começaram a ser implementadas de forma mais efetiva a partir da segunda metade da década passada, tem sido de grande impacto na redução da transmissão vertical do HIV, porém apesar das intervenções preconizadas, as taxas de transmissão vertical permanecem elevadas no Brasil, devido à baixa cobertura das ações recomendadas (3).

Na alimentação de lactentes, a superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite está baseada em fortes evidências científicas, tendo o benefício de ser boa fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto (2). Contudo, face à epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), e sua transmissão pelo leite materno, a alimentação infantil na presença do HIV torna-se complexa. Neste contexto, as práticas alimentares exercem uma influência maior na sobrevivência infantil e diferentes recomendações podem ser consideradas (4).

Recente publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que nos casos de crianças expostas a transmissão vertical do HIV (TV/HIV), é recomendada a substituição do aleitamento materno pela alimentação artificial, quando esta for aceitável, viável, acessível, sustentável e segura (4-6). Em países onde os substitutos para a amamentação são assegurados para as mães infectadas pelo HIV, estas têm sido aconselhadas a não amamentar e usar fórmula infantil. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) contra-indica a amamentação por mulheres soropositivas, garantindo a alimentação artificial para crianças expostas a TV/HIV até os seis meses de vida. Porém, numa perspectiva de saúde pública, em países pobres e com altas taxas de HIV/AIDS, os benefícios da amamentação devem ser considerados em relação a outros tipos de alimentação (7). Evidência atual sugere que a amamentação pode ser aconselhada com o uso concomitante de anti-retroviral, e a OMS desaconselha o uso de leite animal modificado como alimentação substituta nos primeiros seis meses de vida (4).

A recomendação atual segundo o MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), é que nos casos de impossibilidade da prática do aleitamento materno, deve-se utilizar fórmula infantil modificada exclusivamente, que supre as necessidades das crianças menores de seis meses. A partir desta idade a introdução de alimentos complementares deverá seguir a mesma preconizada para as crianças em aleitamento materno. Para a Academia Americana de Pediatria a suplementação da dieta das crianças com alimentos sólidos é recomendada após o quarto ou sexto mês. O uso de leite de vaca é desaconselhado para crianças menores de um ano (8-11).

Dessa maneira, o objetivo do presente estudo é descrever as práticas alimentares de

crianças expostas à TV do HIV em Porto Alegre, e a introdução de alimentos nos primeiros seis meses de vida, por esta ser uma das medidas de prevenção de suma importância para a saúde infantil. Através do conhecimento de fatores associados aos hábitos alimentares, medidas educativas e preventivas podem ser propostas para a formação de um comportamento alimentar saudável e para a promoção da saúde da criança e do adulto.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, no período de janeiro a outubro de 2007. A população em estudo foram crianças de zero a seis meses expostas à transmissão vertical do HIV, acompanhadas em quatro serviços especializados em HIV/AIDS pediátrica, localizados em Porto Alegre/RS: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Fêmina (HF) e Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC). O instrumento da pesquisa foi um formulário, com linguagem clara e objetiva, respostas fechadas e mutuamente excludentes, contendo questões socioeconômicas e alimentares, que passaram pelo processo de validade aparente (*face validity*) (12). O questionário foi aplicado na forma de entrevista direta, por coletador previamente treinado, às mães ou ao cuidador do bebê, desde que o mesmo soubesse responder as questões relativas ao bebê, à mãe da criança e ao período gestacional. As entrevistas foram realizadas antes da consulta médica. Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Para o cálculo do tamanho mínimo de amostra, considerou-se a prevalência de 3% de partos soropositivos no município de Porto Alegre em 2007, utilizando-se um intervalo de confiança de 95% e uma precisão de 5% (13). Esse cálculo estimou uma amostra mínima de 44 crianças entre o primeiro e o sexto mês de vida. Foi utilizada uma amostra de conveniência, considerando que as entrevistas eram realizadas com as mães que aguardavam a consulta médica de seus bebês, nos centros especializados. A escolha de quatro centros especializados foi feita para aumentar a chance de captação da amostra, o que representa 50% dos serviços que prestam este tipo de atendimento em Porto Alegre/RS.

Atualmente, é recomendado que todas as mulheres grávidas testem sua sorologia como rotina no pré-natal. No caso de sorologia positiva, a gestante deve ser encaminhada para os serviços especializados em HIV/AIDS para acompanhamento e tratamento. Após o nascimento do bebê, este também recebe acompanhamento especializado até os 18 meses de

vida. Em Porto Alegre/RS estes serviços estão sob a gestão do município, estado e federação.

Para fins de análise e interpretação de dados desta pesquisa considerou-se a idade de seis meses como ponto de corte para o uso da fórmula exclusiva, por esta ser a preconizada pelo MS e SBP. Considerou-se como preparo correto da fórmula a medida indicada na lata pelo fabricante. O hábito alimentar foi analisado conforme o tipo de alimentos complementares introduzidos na dieta da criança e a idade desta na época da introdução. Por alimento complementar entendeu-se qualquer alimento nutritivo líquido ou sólido oferecido a criança antes dos seis meses.

Segundo o MS, frutas, verduras, cereais, carne, grãos, óleos e ovos devem ser introduzidos na alimentação da criança de maneira lenta e gradual a partir dos seis meses. O leite de vaca, mel e açúcar devem ser introduzidos idealmente na alimentação infantil após o primeiro ano de vida (2).

As variáveis pesquisadas foram: idade da criança em dias, sexo, peso ao nascer, uso de chupetas, modo de preparo da fórmula e introdução de alimentos. As características maternas inquiridas foram: idade, número de gestações HIV, escolaridade, trabalho fora do lar, situação civil, renda familiar e dados sobre o pré-natal, como número de consultas, momento do diagnóstico e uso de drogas durante a gestação. A renda familiar foi baseada no valor do salário mínimo regional em setembro de 2007 de R\$ 430,23.

A análise dos dados foi feita pelo software Statistical Package for the Social Sciences 14.0 (SPSS) calculando-se as frequências absolutas, as médias \pm desvios-padrão para as variáveis sócio-econômicas e mediana para as variáveis referentes à alimentação. Para avaliar associação entre escolaridade materna e introdução precoce de alimentos, renda familiar, trabalho materno e número de consultas no pré-natal, foi utilizado o teste Qui-quadrado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelas comissões de pesquisa e ética em saúde do HCPA, Grupo Hospitalar Conceição (HNSC e HF) e Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (CSVC).

RESULTADOS

Foram coletados dados de 156 pares mãe-criança. Dentre as crianças estudadas, 69,2% apresentavam até quatro meses de vida, enquanto 30,8% tinham entre quatro e seis meses. Do total da amostra, 53,2% eram do sexo feminino, 75% nasceram a termo e 17,3% com peso inferior a 2.500 gramas. Todas as crianças arroladas nesta pesquisa usaram xarope de Zidovudina (AZT), como o preconizado pelo MS.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a maioria das famílias possuía água encanada (94,2%), esgoto (86,5%), energia elétrica (99,4%), geladeira (94,2%) e fogão a gás (99,4%), os quais são determinantes para o preparo seguro da alimentação artificial. Quanto ao principal cuidador da criança, em 82% dos casos era a própria mãe. As características maternas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características das mães das crianças de zero a seis meses expostas a TV do HIV.

Mães	N = 156
Idade (anos)	26,9 \pm 6,01
Anos de estudo	7,1 \pm 2,81
Primeira gestação HIV	102 (65,4%)
Uso de drogas na gestação	53 (34%)
Cigarro	35 (66%)
Álcool	4 (7%)
Álcool + cigarro	9 (17%)
Drogas ilícitas	5 (9%)
Pré-natal	
Realizou pré-natal em Centro Especializado	121 (77,6%)
Número de consultas pré-natal	7,0 \pm 3,58
Estado civil	
Casada ou relação estável	114 (73,1 %)
Outras (solteira, viúva ou separada)	42 (26,9%)
Trabalho fora	
Não	99 (63,5%)
Renda familiar	
< 1 salário	79 (51,6%)
1 a 3 salários	65 (42,5%)
4 a 6 salários	9 (5,9%)

Dados expressos como média \pm DP ou número de casos (%).

Em relação aos aspectos da alimentação do bebê, 90% das mães foram orientadas por algum profissional da saúde para não amamentar. No período da entrevista foram identificadas 10 crianças que receberam leite materno pelo menos uma vez, destas, duas receberam da própria mãe e oito de outra nutriz. Das crianças pesquisadas, apenas sete estavam recebendo leite de vaca no momento da entrevista, as demais estavam usando fórmula infantil. Porém, o leite de vaca (líquido ou em pó) foi introduzido precocemente para 26,3% das crianças, que o receberam antes do sexto mês de vida, mesmo em uso concomitante da fórmula infantil.

Em relação à fórmula infantil, 153 (98%) crianças iniciaram o uso logo após o nascimento. Quando as mães foram questionadas sobre o preparo da fórmula, 82,6% relataram ter recebido a informação sobre o modo de preparo por algum profissional da saúde, sendo que 53,9% receberam a informação no serviço especializado, 31,8% na alta hospitalar e 4,3% no posto de saúde. Constatou-se que 68,7% estavam preparando corretamente, enquanto 31,3% estavam misturando medidas a mais ou a menos do que as recomendadas pelo fabricante. Destas mães, 19,5% misturava açúcar ou farinha no preparo da fórmula e 18,1% mucilagem (água de arroz ou de aveia). Quanto ao tipo de água utilizada

para a diluição, em 89,9% dos casos foi água fervida. Todas as crianças recebiam a alimentação pela mamadeira e 89,7% usavam chupeta.

Em relação à higiene dos utensílios usados para preparar e administrar a alimentação da criança, a maioria das mães (94,9%) relatou tomar algum cuidado especial, como ferver os mesmos semanalmente. Nesta amostra, 38 crianças (24,4%) apresentaram algum problema de saúde, como diarreia, vômito, gripe, entre outros, até a data da entrevista.

Quanto à introdução de líquidos, 103 (66%) crianças receberam água, sendo 39,7% já no primeiro mês de vida. Em relação ao chá, 131 (84%) receberam antes do sexto mês, dos quais 63,5% no primeiro mês. A introdução de suco foi referida por 30,8% (48) das mães, sendo 12,8% aos 3 meses de vida da criança.

Em relação ao açúcar, 89 mães (57,1%) introduziram na alimentação da criança antes do sexto mês, sendo que 43,6% introduziram no primeiro mês de vida da criança. O uso do mel foi referido em 29,5% das entrevistas, sendo 16,7% já no primeiro mês de vida do bebê. A análise conjunta mostrou que 90,4% (141) das crianças desta amostra receberam algum alimento sólido ou líquido antes dos seis meses. Na figura 1 podemos visualizar os dados sobre a introdução de alimentos.

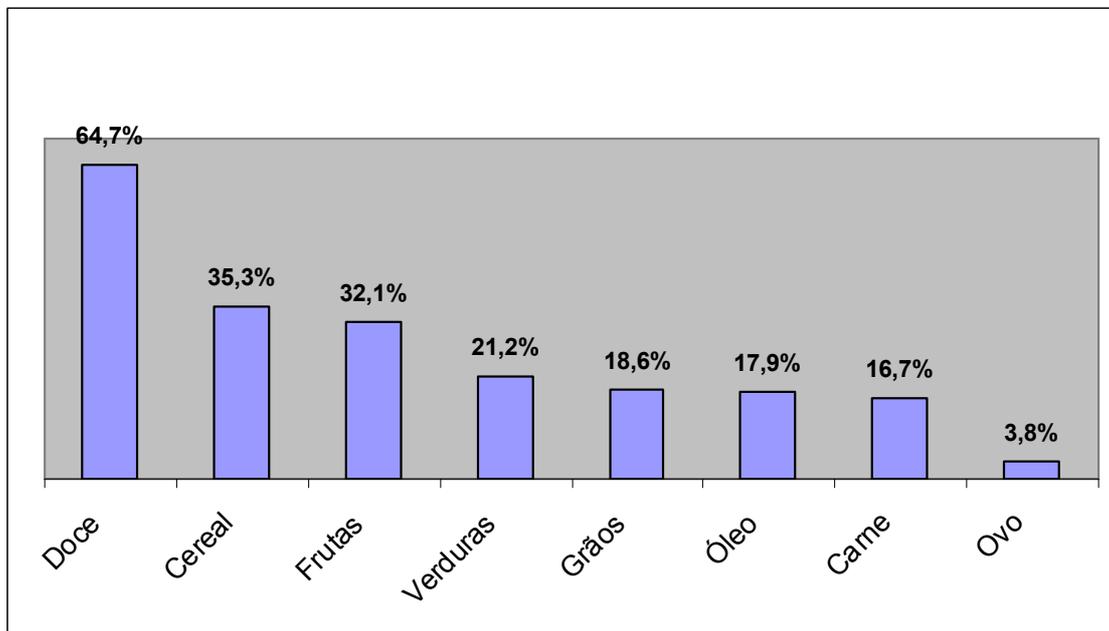


Figura 1 - Introdução de alimentos em crianças com até seis meses de idade expostas à TV do HIV.

DISCUSSÃO

As recomendações alimentares para crianças pequenas incluem o adiamento da introdução de alguns alimentos por serem altamente alergenos. Entre eles encontra-se o leite de vaca, cuja introdução é recomendada após o

primeiro ano de vida (14). Neste estudo, 26,3% das crianças receberam leite de vaca antes dos seis meses. Isso pode acontecer por diversos motivos, entre eles algum atraso no recebimento ou retirada da fórmula, ocasiões eventuais e ainda estigmas sobre a alimentação.

Segundo a orientação do MS e da SBP, a fórmula infantil deve ser usada exclusivamente como fonte alimentar para crianças expostas a TV do HIV até os seis meses de vida, fato possível no contexto brasileiro, pois o governo disponibiliza a fórmula infantil por todo este período. Assim, constata-se que não há um consenso sobre as condutas alimentares orientadas pelos profissionais que atendem este público, devendo desencorajar a introdução precoce de alimentos e reforçar a importância da alimentação por fórmula exclusiva.

Atualmente, tem se desaconselhado o uso de mamadeiras para a oferta de qualquer alimento, por ser uma fonte de infecção e por interferir na dinâmica oral (15). Nos casos de impossibilidade da amamentação, a alimentação artificial deve ser oferecida em copos apropriados (16). Nesta amostra, todas as crianças estavam recebendo a alimentação por mamadeira, o que pode ser estar relacionado com a cultura alimentar associada a fórmula artificial e/ou outros tipos de leites que não o materno.

A higiene dos utensílios usados para preparar e administrar a alimentação da criança é de suma importância para a prevenção da contaminação, especialmente em crianças que carecem da proteção conferida pelo leite materno, com o objetivo de prevenir a ocorrência das doenças diarreicas e suas conseqüentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças (14). Neste estudo, a maioria das mães (94,9%) relatou tomar cuidado especial com os utensílios usados.

A complementação da fórmula infantil com líquidos não nutritivos como água e chás não é necessária (11). Segundo Vieira et al. (17), estudos em crianças amamentadas constataram a introdução precoce de água e chás na alimentação dos bebês e as justificativas dadas pelas mães foram cólicas, gases e sede da criança. Neste mesmo estudo foi encontrado maior consumo de chá comparado ao de água e suco no primeiro mês de vida, o que fortalece a convicção de que as mães oferecem chás aos seus filhos atendendo a fatores culturais. Estudo de base populacional em Campinas também encontrou maior introdução de chá comparado com água no primeiro mês de vida, com 20,6% e 13,5% de introdução, respectivamente (18). O presente estudo segue a mesma tendência, com maior introdução de chá no primeiro mês quando comparado com a água (53,2% vs. 26,3%).

Tanto o uso de açúcar como o de mel é contra indicado antes do primeiro ano de vida. Em relação ao açúcar pelo fato que este período é de suma importância para a formação dos futuros hábitos alimentares e no caso do mel devido ao risco de botulismo (14). Neste estudo 57,1% e 29,5% das crianças receberam açúcar e mel antes do sexto mês de vida.

Em relação aos alimentos sólidos foi constatado que crianças que não são amamentadas consomem esse tipo de alimento inadequadamente desde o período neonatal. Tem sido demonstrado que a introdução precoce de alimentos na dieta da criança eleva os riscos de morbimortalidade infantil (14). Em estudo longitudinal sobre práticas alimentares de crianças amamentadas, encontrou-se introdução de alimentos antes do seis meses de vida em 75% dos casos, demonstrando igualmente inadequação da alimentação infantil nesta população, como no presente estudo, em que 90% das crianças receberam alimentos sólidos ou líquidos antes do sexto mês. O estudo citado encontrou introdução precoce da carne em 20,5% das crianças e o ovo em 4,1%, enquanto no presente estudo os percentuais foram 16,7% e 3,8%, respectivamente. No mesmo estudo, nenhuma mãe referiu acrescentar óleo/gordura na alimentação e apenas 4,1% referiu oferecer alimentos com açúcar para a criança, já no presente estudo foi identificado que 17,9% acrescentaram óleo e 64,7% algum alimento com açúcar (16).

Estudo realizado em Uganda demonstrou diferenças entre as praticas alimentares de crianças expostas a TV do HIV quando comparado com crianças não expostas. Os achados indicam que a introdução precoce de alimentos acontecem com maior frequência na presença do HIV, e que mulheres soropositivas apresentam condição socioeconômica e escolaridade menores em relação a população geral de mães (19).

Segundo o Boletim Epidemiológico do município de Porto Alegre, a escolaridade da mãe é uma variável que demonstra associação com a TV do HIV, ou seja, quanto menor os anos de estudo maiores as taxas de transmissão materno infantil (TMI) do HIV (18). No presente estudo não foram encontradas associações entre escolaridade materna e outras variáveis como renda familiar, trabalho materno, número de consultas no pré-natal e introdução precoce de alimentos.

Considerando que após o parto as crianças expostas à TV do HIV são vinculadas aos serviços de infectologia pediátrica para acompanhamento até a definição de sua sorologia, a unidade básica de saúde (UBS) acaba perdendo o contato desta criança, o que não deveria acontecer, pois o acompanhamento paralelo da criança pela UBS deve ser mantido, com o objetivo de supervisionar os cuidados dispensados pela família, como por exemplo, o uso de AZT xarope nas primeiras semanas de vida e a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea, além de conferir a assiduidade às consultas pediátricas no serviço de referência. Este procedimento, além de auxiliar na redução da TMI do HIV, mantém vínculo do cuidador e família com a UBS, visto que a criança, tendo resultado de

sorologia negativa para o HIV, deverá retornar definitivamente aos cuidados da UBS. Sendo um caso de sorologia positiva para o HIV, a criança deverá permanecer em acompanhamento no serviço de infectologia pediátrica, porém com a supervisão da UBS, a fim de garantir os cuidados com a saúde da criança e da família (20).

Por fim, algumas limitações metodológicas do presente estudo devem ser apontadas como o delineamento empregado e a seleção da amostra, não permitindo generalizações, demonstrando apenas aspectos descritivos da população estudada.

CONCLUSÃO

Considerando a importância das práticas alimentares para a garantia de um crescimento e desenvolvimento ótimo das crianças, constata-se através deste estudo que a alimentação de crianças expostas à transmissão vertical do HIV está aquém do ideal, mostrando-se inadequada, com introdução precoce dos alimentos complementares.

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar.

Nº registro no comitê de ética do HCPA: 06-622

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Brasil. Boletim Epidemiológico: AIDS e DST. Ano VI, nº 01. 27 a 52 semanas epidemiológicas: julho a dezembro de 2008. 1ª à 26ª semanas epidemiológicas: janeiro a junho de 2009.
2. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2000, 76 (Supl. 3): S238-S252.
3. Ministério da Saúde, Brasil. Boletim Epidemiológico: AIDS e DST. Ano III, nº 01. 1ª à 26ª semanas epidemiológicas: janeiro a junho de 2006.
4. WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF. Guidelines on HIV and infant feeding 2010: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. World Health Organization: Geneva; 2010.
5. Bahl R, Frost C, Kirkwood BR, Edmond K, Martines J, Bhandari N, et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bull World Health Organ*. 2005;83:418-26.
6. Iliff PJ, Piwoz EG, Tavengwa NV, Zunguza CD, Marinda ET, Nathoo KJ, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS*. 2005;19:699-708.
7. Ssenyonga R, Muwonge R, Nankya I. Towards a better understanding of exclusive breastfeeding in the era of HIV/AIDS: a study of prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding from birth, in Rakai, Uganda. *J Trop Pediatr*. 2004;50:348-53.
8. Oliveira FL. Fórmulas infantis e leite de vaca integral: Avanços e limitações. 63º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria: Brasília; 2006.
9. Ministério da Saúde, Brasil. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Ministério da Saúde: Brasília; 2002.
10. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition Handbook*. 4 ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 1998. p. 30.
11. Santos EK, Colameo AJ, Peregrino L, Florêncio J. Aconselhamento em alimentação infantil no contexto da epidemia de HIV e AIDS. Curso a distância. IX Encontro Nacional de Aleitamento Materno. Porto Alegre; 2006.
12. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
13. Negrão LF. Partos e nascimentos em Porto Alegre nos últimos dez anos [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2009.
14. Ministério da Saúde, Brasil. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde: Brasília; 2009.
15. WHO, UNICEF, IBFAN Brasil. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. World Health Organization; 2005.
16. Santos Neto ET, Faria CP, Barbosa ML, Oliveira AE, Zandonade E. Association between food consumption in the first months of life and socioeconomic status: a longitudinal study. *Rev Nutr*. 2009;22:675-85.
17. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JA, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:411-6.
18. Bernardi JL, Jordão RE, Barros Filho AA. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26:405-11.
19. Fadnes LT, Engebretsen IM, Wamani H, Semiyaga NB, Tylleskär T, Tumwine JK. Infant feeding among HIV-positive mothers and the general population mothers: comparison of two cross-sectional surveys in Eastern Uganda. *BMC Public Health*. 2009;9:124
20. Wachholz NI, Stella IM, Cunha J. Transmissão materno infantil do HIV em Porto Alegre: avaliação do período 2001-2005 e reflexão sobre o papel dos atores envolvidos no controle deste agravado. *Boletim Epidemiológico, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre*. 2006;(30):4-6.

Recebido: 11/08/2010

Aceito: 13/09/2010