



HIV, Alimentação Infantil e Saúde da Mãe e da Criança

Em 1997, a Declaração Política das Nações Unidas destacou que, como um princípio geral para todas as populações independentemente da taxa de infecção por HIV, a amamentação deve ser promovida, protegida e apoiada. Também claramente deu ênfase para que as mães HIV positivas sejam empoderadas para que façam uma escolha plenamente informada sobre a alimentação infantil e que recebam todo o apoio para praticar a sua decisão.

Em outubro de 2000 a UNICEF, OMS e UNAIDS revisaram as evidências que se acumularam no decorrer desse período de 3 anos. Foram encontrados achados que necessitavam de uma atenção especial. Os resultados publicados por Coutoudis et al. (Lancet, 1999), sugerem benefícios da amamentação exclusiva sobre a alimentação mista, com a amamentação exclusiva levando a um risco similar de transmissão do HIV comparado à alimentação exclusivamente com fórmula infantil (publicado no *Atualidades em Amamentação* n.º 27-28). Uma análise do seguimento dos dados publicados por Coutoudis et al. em 2001, sugere que recém nascidos exclusivamente amamentados por 3 meses ou mais, não tem riscos adicionais de infecção por HIV aos 6 meses, comparado aos que nunca foram amamentados. Assim, após estas análises, as Nações Unidas reiteraram suas políticas sobre HIV e alimentação infantil, recomendando especificamente que:

- Quando a substituição da alimentação é aceitável, possível, disponível, sustentável e segura, deve ser recomendado que se evite qualquer forma de amamentação por mães HIV positivo.
- Na ausência de alguma das condições citadas acima, a amamentação exclusiva é recomendada durante os primeiros meses de vida.

Já naquele momento, os especialistas davam um ênfase especial à saúde materna recomendando a inclusão de serviços de planejamento familiar e de apoio nutricional para as mulheres HIV positivo.

Estas recomendações foram novamente revistas pela OMS em 2001, baseadas nos achados de Nduati et al. que sugerem que mães HIV positivo tem maiores taxas de mortalidade se amamentam seus bebês. Estes resultados entraram em conflito com os estudos da África do Sul que não encontraram aumento do número de mortes nas mães HIV positivo que amamentaram. O editorial da revista Lancet pontuou que estes resultados conflitantes deviam conduzir a novos estudos e não a recomendações¹. Em 7 de Junho de 2001, a OMS publicou uma declaração que advertia contra o ímpeto de mudar as políticas adotadas, movido por conclusões precipitadas². A OMS declarou ainda que as limitações nos dados do estudo de Nduati requeriam cuidados na interpretação dos resultados e reiterou a importância de um suporte adequado, clínico e nutricional, às mães que foram infectadas pelo HIV.

O componente “HIV e Alimentação Infantil” dos programas de prevenção da transmissão do HIV da mãe para a criança tem sido muito contestado. Isto porque os estudos não tem ainda respostas definitivas para questões como os efeitos da amamentação exclusiva e o impacto da terapia antiretroviral durante a lactação, nas taxas de transmissão do HIV. Muitas pesquisas que tratam de amamentação e HIV não levam em conta as definições da OMS de 1991 sobre os padrões individuais de alimentação infantil (amamentação exclusiva, amamentação predominante, amamentação parcial, etc.). Isto torna impossível separar os dados a esse respeito e proporcionar uma orientação útil aos gerentes dos programas. Em 2001 a OMS em colaboração com o UNICEF e especialistas publicaram um instrumento de avaliação de estudos, para auxiliar os cientistas no desenho de seus protocolos de pesquisa.

A recomendação de 2000 sobre o uso de alimentos substitutos somente quando aceitável, praticável, disponível, sustentável e seguro é certamente um passo na direção correta. No entanto todas essas condições são extremamente ligadas à situações específicas. Portanto é crucial que uma análise apropriada e detalhada da situação seja feita de tal forma que os conselheiros de mães HIV positivas tenham um bom conhecimento da série de opções e condições, para poderem efetivamente apoiar as mães na sua escolha informada. A experiência sobre o aconselhamento de mães HIV positivo em várias partes do mundo sugere que muitos conselheiros não estão suficientemente equipados com conhecimentos e habilidades e frequentemente atuam com base no preconceito, nas experiências pessoais e algumas vezes pressionando as mães.

1. Newell ML. Does breastfeeding really affect mortality among HIV- 1 infected women? *Lancet* 2001; 357: 1634

2. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Document A54/7, Geneva, 9 April 2001.

DESTAQUES

Cientistas do Quênia realizaram uma grande pesquisa onde estudaram a relação entre a transmissão do vírus HIV-1, a morbidade e mortalidade de bebês e mães, comparando mães infectadas que amamentaram com as que alimentaram seus bebês com fórmula infantil, gerando 3 publicações, citadas neste editorial, que resumimos abaixo:

Objetivos: Este estudo foi conduzido para determinar a frequência da transmissão do HIV-1 pelo do leite materno e comparar a morbidade, o estado nutricional, a mortalidade e a sobrevivência do vírus HIV-1 livre, nos bebês amamentados e nos alimentados com fórmula infantil. Os mesmos dados foram utilizados para examinar o efeito da amamentação na mortalidade materna durante dois anos após o nascimento.

Metodologia: 425 gestantes HIV-1 positivo nunca tratadas com anti-retrovirais foram acompanhadas de novembro de 1992 à Julho de 1998 nas clínicas de pré-natal em Nairobi, Quênia. Destas, 212 foram categorizadas no grupo das que amamentaram (AM) e 213 no grupo das que usaram fórmula infantil (FI). 401 pares de mães/bebês foram acompanhados por um período médio de 24 meses e foram incluídas nas duas primeiras publicações, enquanto que 371 bebês foram incluídos na análise da 3ª publicação.

Resultados: De acordo com a designação da forma de alimentar, 96% estavam no grupo AM e 70% no grupo FI ($p < .001$). A duração média da amamentação foi de 17 meses. A probabilidade cumulativa de infecção pelo HIV-1 aos 24 meses foi de 36,7% no grupo AM e 20,5% no FI ($p = 0,01$). A taxa estimada de transmissão foi de 16,2% e a porcentagem de infecção pelo HIV-1 no grupo AM, atribuída à amamentação foi de 44%. A maior incidência da transmissão pelo leite materno ocorreu precocemente, com 75% da diferença do risco entre os dois grupos nos primeiros 6 meses, embora o risco de transmissão continue existindo durante a duração da exposição. Nos 2 anos de acompanhamento a mortalidade foi similar (AM 24,4% e FI 20%; $p = .30$). A taxa de sobrevivência do HIV-1 livre aos dois anos foi significativamente menor no grupo da amamentação comparado aos alimentados com fórmula infantil (58,0% x 70% respectivamente. $p = 0,02$). A incidência de diarreia durante os dois anos de acompanhamento foi similar (155 x 149 episódios por 100 pessoas/ano respectivamente). A incidência de pneumonia foi idêntica nos dois grupos (62 por 100 pessoas/ano) e não houve diferença significativa na incidência de outras doenças. Os bebês do grupo da amamentação tendiam a Ter um estado nutricional melhor, principalmente nos primeiros 6 meses de vida. A mortalidade materna foi maior no grupo da amamentação (18 x 6 mortes $p = 0,09$). A probabilidade cumulativa de morte materna aos 24 meses após o parto foi de 10,5% no grupo AM e 3,8% no FI ($p = 0,2$).

As mães que amamentaram tiveram 3,2 vezes mais risco de morte, comparada às mães do grupo FI. A taxa estimada de morte, nas mães do grupo AM, foi de 69%. Há uma associação entre morte materna e subsequente morte infantil, sempre

após a identificação da infecção do HIV nas crianças.

Discussão: Os bebês acompanhados, dos grupos AM e FI, tiveram uma taxa similar de mortalidade e de incidência de diarreia e pneumonia durante os 2 primeiros anos de vida. No entanto, a sobrevivência do HIV-1 livre aos dois anos foi significativamente maior no grupo da fórmula infantil.

De acordo com os autores, com uma educação apropriada e o acesso à água tratada, as fórmulas infantis podem ser alternativas seguras à amamentação, para bebês de mães infectadas pelo HIV, em contextos de poucos recursos.

1. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwartha A, Ndinya-Achola J, Bwayo J, Onyango FE, Hughes J, Kreiss J. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283: 1167-74
2. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwartha A, Ndinya-Achola J, Bwayo J, Onyango FE, Hughes J, Kreiss J. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomized trial. *Lancet* 2001; 357: 1651-5
3. Mbori-Ngacha D, Nduati R, John G, Reilly M, Richardson B, Mwartha A, Ndinya-Achola J, Bwayo J, Kreiss J. Morbidity and mortality in breastfed and formula-fed infants of HIV-1 infected women: a randomized trial. *JAMA* 2001; 286: 2413-20

Esta pesquisa estudou os efeitos da amamentação sobre a morbimortalidade das mães HIV positivas. Os objetivos e métodos deste estudo podem ser vistos no resumo já publicado nos números 25 e 27/28 do Atualidades em Amamentação. Um total de 556 mães HIV + foram acompanhadas cerca de 10 meses e meio após o parto. Destas, 410 mulheres, que sempre amamentaram, por 10,4 meses e 156 mulheres que nunca amamentaram durante 10,6 meses.

Duas das 410 (0,49%) mulheres que amamentaram morreram comparadas a três mortes das 156 (1,92%) que nunca amamentaram, não havendo diferença estatística significativa. Entre o grupo das que amamentaram, a proporção de alguma morbidade foi similar naquelas que amamentaram por mais de 3 meses (14%) comparadas com aquelas que amamentaram por menos de 3 meses (11%), sempre após o controle da contagem de células CD4 e dos níveis de hemoglobina.

Os autores foram incapazes de confirmar alguns efeitos deletérios da amamentação sobre a saúde de mulheres soropositivas .

4. Coutoudis A, Coovadia H, Pillay K, Kuhn L. Are HIV - infected women who breastfeed at increased risk of mortality? *AIDS* 2001; 15: 653-655

Por que amamentar ?

Muito se tem estudado sobre a redução do risco de câncer de mama pela amamentação. Este estudo, do tipo caso-controle, utilizou dados de uma coorte de 80.219 mulheres da Islândia que freqüentaram uma clínica oncológica que oferecia testes para detectar câncer cervical e de mama, nos anos de 1979 a 1993. Os 993 casos de câncer de mama tinham idade entre 26 e 90 anos ao diagnóstico e quando se levantava a informação de fatores potenciais severos de risco para o câncer de mama, eram individualmente pareados com 9.729 controles sadios relativos ao ano do parto, ao estado vital ao diagnóstico a à idade. Limitando a análise a 84 casos que tinham menos de 40 anos de idade ao diagnóstico, a associação protetora era evidente entre a duração total da amamentação e o câncer de mama, com a redução de cerca de 23% no risco, pelo aumento de 6 meses na duração da amamentação, ao passo que, para as mulheres restantes, uma tendência muito fraca foi observada. A amamentação estava associada a cerca de 67% de redução do risco, nas mulheres diagnosticadas em todas as idades.

Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in Icelandic, cohort study. Am J Epidemiol 2001; 154: 37-42

Um estudo de caso-controle sobre a incidência de câncer de mama foi conduzido em Connecticut, Estados Unidos, entre 1994-1998. Foram incluídos no estudo 608 casos de câncer de mama e 609 controles pareados de acordo com a idade (entre 30 e 80 anos). Pareando mulheres que reportaram terem sempre amamentado, houve um limite significativo de redução de risco em torno de 17%. Quase 50% de redução de risco do câncer foi observado em mulheres que tinham amamentado mais que 3 crianças quando comparado àquelas que nunca amamentaram. Mulheres que tinham amamentado seu 1º filho por mais de 13 meses tiveram uma diminuição do risco em 50% comparativamente àquelas que nunca amamentaram. Uma estratificação adicional da condição de menopausa demonstrou a redução do risco de câncer de mama relativo à amamentação, para ambas mulheres, pré e pós menopausadas, embora esta relação tenha sido menos consistente no segundo caso.

Zheng T, Holford TR, Mayne ST, Owns PH, Zhang Y, Zhang B, Boyle P, Zahm SH. Lactation and breast cancer risk : a case control study in Connecticut. Br J Cancer 2001; 84: 1472-6

A saliva de bebês pré termos amamentados ao seio contém duas vezes mais níveis de ácido siálico que bebês alimentados com fórmulas infantis. O aumento dos níveis de ácido siálico sugere uma viscosidade elevada e reforça a proteção contra infecções da superfície mucosa nos bebês amamentados.

Wang B, Miller JB, Sun Y, Ahmad Z, McVeagh P, Petocz P. A longitudinal study of salivary sialic acid in preterm infants: Comparison of human milk-fed versus formula-fed infants. J Pediatr 2001; 138: 914-6

Como amamentar ?

Pesquisadores conduziram um estudo sobre os efeitos da suplementação de ferro em bebês amamentados da Suécia e de Honduras entre 4 e 9 meses de idade. Nesse estudo randomizado, um ensaio placebo controlado, bebês da Suécia (n=101) e de Honduras (n=131) foram divididos em 3 grupos aos 4 meses de idade: 1) Suplementação com ferro com 1mg/Kg/d de 4 a 9 meses. 2) Placebo dos 4 aos 6 meses e ferro dos 6 aos 9 meses. 3) Placebo de 4 à 9 meses. Todos os bebês foram

amamentados exclusivamente até o 6º mês e parcialmente até os 9 meses. Dos 4 aos 6 meses, o efeito do ferro (grupo 1 vs 2+3) foi significativo e similar em ambas populações para a hemoglobina, a ferritina e para a protoporfirina. Entre 6 e 9 meses o efeito (grupo 2 vs 3) foi significativo e similar para ambas populações para todos os elementos dependentes dos níveis de ferro, exceto para a hemoglobina, onde houve um efeito significativo somente na população de Honduras, onde houve uma prevalência de anemia ferropriva aos 9 meses de 29% no grupo placebo e 9% nos grupos de suplementação com ferro. Na Suécia a suplementação não causou diminuição na prevalência da anemia nos bebês aos 9 meses (menos que 3%). A suplementação com ferro em bebês amamentados de 4 a 9 meses ou de 6 a 9 meses reduziu significativamente a anemia em Honduras. A resposta inesperada para a hemoglobina de 4 a 6 meses em ambas as populações, sugere que a regulação da síntese de hemoglobina é imatura nesta faixa de idade.

Domellof M, Cohen RJ, Dewey KG, Hernell O, Rivera LL, Lonnredal B. Iron supplementation of breastfed Honduran and Swedish infants from 4 to 9 months of age. J Pediatr 2001; 138: 679-87

Um estudo longitudinal prospectivo de coorte foi realizado para verificar a prevalência da deficiência de ferro em bebês europeus aos 12 meses de idade e estudar a influência da situação sócio-econômica, dos elementos da dieta, do crescimento e da morbidade na situação do ferro. O estudo de coorte consistiu de 488 bebês à termo de centros de saúde de atenção primária, em 11 áreas européias. A prevalência de anemia aos 12 meses foi de 9,4%, de deficiência de ferro 7,2% e de anemia por deficiência de ferro 2,3%. Mais de 40% dos casos de anemia estavam associados a níveis de ferro normal e com um aumento da freqüência de infecções recentes. A anemia por deficiência de ferro era significativamente mais freqüente nos baixos níveis sócio-econômicos (5,1%), comparado aos altos níveis (0%). Os fatores dietéticos foram os mais importantes entre todas as variáveis em uma análise de regressão múltipla. A introdução precoce de leite de vaca foi um forte fator negativo determinante dos níveis de ferro. A alimentação com fórmulas enriquecidas com ferro foi o fator que mais influenciou positivamente nos níveis de ferro. Outros fatores dietéticos, incluindo a amamentação, não tiveram um papel significativo como determinante dos níveis de ferro aos 12 meses de idade.

Male C, Persson LA, Freeman V, Guerra A, van't Hof MA, Haschke F; Euro-Growth Iron Study Group. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status. Acta Paediatr 2001; 90: 492-8

Dada a importância da alimentação rica em ferro durante o 1º ano de vida dos bebês, existem surpreendentemente poucos estudos controlados, randomizados e seguros voltados para esse assunto. Entretanto, tem-se observado que a deficiência de ferro é improvável em bebês de termo amamentados até os 6 meses de vida porque os estoques de ferro no organismo desses bebês são suficientes para as suas necessidades. Depois deste período, muitos bebês esgotam seus estoques de ferro e começam a depender então de um suplemento secundário de ferro na dieta. Embora a deficiência de ferro seja um problema nutricional mundial, o maior dos efeitos adversos da deficiência de ferro nesse grupo etário é hipotético e realmente uma extrapolação de estudos animais ou de estudos de crianças de idades diferentes. Isso também é verdade para o maior dos efeitos adversos do excesso de ferro nesse grupo etário. Diante dessas incertezas, parece prudente utilizar a menor dose possível de ferro para prevenir a anemia e a deficiência de ferro. Correntemente, a maior evidencia é que essa prevenção é obtida através da amamentação prolongada, de evitar o uso de fórmulas não fortificadas e de leite de vaca e da introdução de alimentos de desmame enriquecidos com ferro e vitamina C aos 6 meses de idade aproximadamente. Existem ainda muitas áreas de incerteza com relação a suplementação de ferro em bebês, incluindo que:

1. A idade ideal para a introdução de alimentos suplementados com ferro ainda é pobremente definida.
2. A história natural da deficiência de ferro e da anemia por deficiência de ferro durante o 1º ano de vida não é clara assim como os seus possíveis efeitos a longo prazo, especialmente as conseqüências no desenvolvimento.
3. A variabilidade biológica entre os bebês e suas mães que permite que muitos bebês não recebam alimentos enriquecidos com ferro para prevenir a deficiência de ferro enquanto recebem somente leite humano no primeiro ano de vida é intrigante e justifica estudos adicionais. apresentem tal deficiência. Estes fatores ainda são intrigantes e demandam estudos adicionais
4. As necessidades de ferro em bebês de termo, pequenos para a idade gestacional (PIG) são desconhecidas. Suas necessidades de ferro parecem ser maiores que a média dos bebês de termo, mas se a suplementação de ferro é necessária é desconhecido.
5. A quantidade ideal de ferro dietético, na alimentação de desmame, tem que ser melhor definida, bem como, a fonte ideal de ferro e a quantidade de ferro nas fórmulas infantis oferecidas aos bebês que recebem alimentação mista, leite humano e fórmula, é desconhecida.

Giffin IJ, Abrams AS. Iron and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 401-13

Este estudo randomizado teve o objetivo de avaliar os efeitos da ingestão de ácidos graxos polissaturados de cadeia longa no crescimento infantil, no desenvolvimento psicológico, mental e cognitivo, na inteligência, linguagem e temperamento e na acuidade visual. Foram acompanhados bebês de termo alimentados com fórmula infantil (grupo de fórmula = 239) com ou sem ácido aracdônico (AA) e ácido docosahexaenóico (DHA) durante 1 ano. Um grupo de referência de bebês amamentados (n=165) desmamados com fórmulas que continham ou não AA+DHA também foi estudado. Bebês de 9 meses ou alguns dias menos de idade, que usam fórmulas foram categorizadas em: 1) Um grupo de fórmula sem AA+DHA (n=77); 2) Um grupo de fórmula contendo AA+DHA originados do ovo (n=80) com níveis similares aos encontrados no leite humano; 3) Fórmulas contendo AA+DHA originados do óleo de peixe ou fungos (n=82) com níveis similares aos encontrados no leite humano. Todas as fórmulas continham 50% de energia originadas das gorduras, inclusive 10% de ácido linoleico e 1% do ácido alfa-linoleico (ácido graxo essencial). Não houve resultados distintos nestes grupos com relação ao desenvolvimento infantil. Estes achados não apoiam a adição do AA+DHA nas fórmulas contendo 10% de energia como ácido linoleico e 1% como ácido alfa-linoleico para o aumento do crescimento, acuidade visual, desenvolvimento geral, linguagem ou temperamento na saúde de bebês de termo, nos primeiros 14 meses de vida após o nascimento.

Austead N, Halter R, Hall RT, Blatter M, Bogle ML, Burks W, Erickson JR, Fitzgerald KM, Dobson V, Innis SM, Singer LT, Montalto MB, Jacobs JR, Qiu W, Bornstein Mh. . Growth and development in terms infants fed long-chain polyunsaturated fatty acids: a double-masked, randomized, parallel, prospective, multivariate study. *Pediatrics* 2001; 108: 372-81

O aconselhamento da amamentação aumentam a duração da amamentação nos bebês muito baixo peso ao nascer? Um estudo

randomizado longitudinal, com seguimento do desenvolvimento de bebês ao termo e nas idades de 1, 3, 6 e 12 meses foi conduzido por uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de nível terciário, em Ontário no Canadá. O “aconselhamento” constituiu de um filme sobre amamentação para bebês pré-termo, aconselhamento individual por um consultor especialista em amamentação, um atendimento personalizado semanal no hospital e um contato freqüente pós alta hospitalar durante o primeiro ano ou até a amamentação ser descontinuada. O grupo controle (padrão) recebeu o apoio à amamentação rotineiro dos membros da equipe durante o período de hospitalização na UTIN. A duração média da amamentação foi de 26.1 semanas no grupo do aconselhamento e 24,0 semanas no grupo padrão (sem significância estatística). Estes resultados podem ser atribuídos à alta motivação para amamentar em ambos os grupos, à população ser relativamente favorecida e à disponibilidade de recursos comunitários de promoção da amamentação, que devem ter reduzido qualquer diferença significativa que poderia ter resultado da intervenção em prol da amamentação.

Pinelli J, Atkinson AS, Saigal S. Randomized trial of breastfeeding support in very low-birth-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 548-53

Estes autores estudaram a eficácia do método da amenorréia lactacional (LAM) como método contraceptivo no planejamento familiar de mães que são separadas de seus bebês para trabalhar. 170 mulheres urbanas de classe média que planejaram retornar ao trabalho antes de 120 dias, pós parto, foram entrevistadas mensalmente por 6 meses pós parto e contatadas aos 12 meses. Elas receberam apoio clínico para a extração do leite e amamentar exclusivamente seus bebês e para usar o LAM. A taxa cumulativa de gravidez aos 6 meses foi de 5,2% . O LAM para mulheres trabalhadoras pode ser associado com um risco aumentado de gravidez, comparado ao risco das mulheres que não trabalhavam e usaram este método.

Mulheres que usam o LAM devem ser informadas que a separação de seus filhos pode aumentar seu risco de engravidar.

Valdes V, Labbok MH, Pugin E, Perez A. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. *Contraception* 2000; 62:217-9.

As mulheres que amamentam podem precisar de um tratamento dentário. A proposta deste estudo foi determinar a quantidade de lidocaína e de seu metabólito monoetilglicenilidídeo (MEGX) no leite de peito após anestesia local durante o tratamentos dentário. 7 mulheres que estavam amamentando (idade entre 23-29 anos) receberam de 3,6 a 7,2 ml de lidocaína a 2% sem adrenalina. A concentração da lidocaína e do MEGX no plasma e leite materno depois de 2 a 6 horas da aplicação do anestésico correspondeu às dosagens nos bebês de 73,41 +/- 38,94 microg/l/dia e 66,1 +/- 28,5microg/l/dia, respectivamente, considerando mamadas de 90 ml leite materno de 3 em 3 horas.

Este estudo sugere que mulheres que amamentam e passam por um tratamento dentário usando anestésico local a base de lidocaína sem adrenalina, podem continuar amamentar com segurança.

Giuliani M, Grossi GB, Pileri M, Lajolo C, Casparrini G. Could local anesthesia while breast-feeding be harmful to infants? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32: 142 -4

Preparado por The Geneva Infant Feeding Association-GIFA, membro da International Baby Food Action Network-IBFAN

Editores: Marina Ferreira Rea, Adriano Cattaneo e Robert Peck.
Lida Lhotska contribuiu para o editorial deste nº

Edição brasileira:

Tradução: Patrícia Crucello da Silva Revisão: Ana Júlia Colameo

Editoração eletrônica: Nelson Francisco Brandão

Apoio: ICCO: The Dutch Interchurch Organization for Development Cooperation

Instituto de Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde

VISITE NOSSO SITE: www.ibfan.org.br

Endereço para correspondência: **IBFAN Brasil**

A/C Maria Josy Gonçalves Pereira

R. Caramuru 586, Centro Paraguaçu Paulista -SP

CEP: 19700-000 - Fone/fax: 18-33616637

e-mail: ibfanbrasil@netonne.com.br

Contribuições no valor de R\$ 10,00 para o recebimento desse exemplar duplo serão bem-vindas.

Conta correte: IBFAN Brasil - Bradesco Ag. 0404 cc. 0027.780-0