

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Clécia de Oliveira Sampaio

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV**

**Santa Maria, RS
2019**

Clécia de Oliveira Sampaio

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS
2019

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pela autora.

Sampaio, Clecia de Oliveira
INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV / Clecia de Oliveira
Sampaio.- 2019.
95 f.; 30 cm

Orientador: Cristiane Cardoso de Paula Cardoso de Paula
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. HIV 2. Segurança Alimentar e Nutricional 3. Nutrição do Lactente 4. Transmissão Vertical do HIV 5. Criança exposta ao HIV I. Cardoso de Paula, Cristiane Cardoso de Paula II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

©2019

Todos os direitos autorais reservados a Clécia de Oliveira Sampaio. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: sampaiolecia@yahoo.com.br

Clécia de Oliveira Sampaio

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS
DE CRIANÇAS EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 29 de Março de 2019:

Cristiane Cardoso de Paula, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Stela Maris de Mello Padoin, Dr^a. (UFSM)

Vera Elizabeth Closs, Dr^a. (PUC RS)

Vanessa Ramos Kirsten, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório de dissertação aos meus pais. Eles que dão as suas vidas por seus três filhos, demonstrando que a educação está em primeiro lugar. Não somente a educação secundária dos livros e dos mestres pedagogos, mas essencialmente aquela que inicia desde os primeiros passos. Em casa eles diziam onde eu podia pisar, como deveria andar e aonde podia alcançar. Eu ingenuamente pensava como o meu espaço era delimitado e com tantos limites como poderia ir mais longe.

“Tenha ética!” era a frase de repressão para os atos não aprovados. Bom, não sabia o significado da palavra ética, acho que nem eles sabiam, mas pela força da palavra e pelos meus feitos de imediato compreendia e mudava de atitude, mesmo meus desejos sendo outros, pois os ensinamentos do meu pai e da minha mãe sempre deixava bem claro que os atos de reprovação não era para eles e sim para nós mesmo, os filhos.

Anos mais tardes, percebi que educar é estabelecer limites e que muitas vezes é preciso insistência do hábito (por isso tantas vezes eu escutei aquela bendita frase). Eles queriam que eu aprendesse a compreender o espaço do outro e ter responsabilidades para saber viver em sociedade. Não descobri isto sozinha, aprendi no ensino secundário, o qual diz que isto é educar e assim se desenvolve a ética (Aristóteles).

E foi neste percurso cheio de limites que descobri que eles só queriam ampliar o meu espaço de alcance desde quando comecei andar. À medida que fui crescendo ouvia “não criamos filhos para nós, criamos para o mundo” e assim faziam. Este tal mundo despertava-me uma imensa curiosidade, queria sair do fim do mundo de onde morávamos, para conhecer o meio e o início. E deste modo sair do ninho foi o maior desafio de todos, tudo é tão difícil. Sair com dezoito anos carregando suas frases na bagagem. Usava-as para enfrentar os mais diversos problemas que a vida nos presentea para crescermos e aumentarmos a admiração pela nossa família. Por causa deles e para eles, fui um pouco mais longe do que imaginavam (ou não). E foi assim, apenas queria mostrar para meus pais que seus filhos conseguiram desbravar o mundo, percorrendo mil lugares, conhecendo inúmeras pessoas e tudo isso serviu “só” para reafirmar que o melhor lugar de todos é o nosso lar e as pessoas mais incríveis “são” a nossa família.

Enfim, hoje aproveitei para refletir e agradecer o “tenha ética menina!” que cabia o seu uso nas mais variadas situações e pelas muitas outras frases que me fez ser quem eu sou hoje.

Dedico este relatório como um dos meus esforços de vida a toda minha família. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela onipresença seja nos ambientes, nas pessoas e em mim.

Aos meus pais Nadir e Claudionor que fizeram dos meus sonhos, seus sonhos. Aos meus irmãos Cleriston e Nadedson por dividirem a vida comigo. A minha cunhada Jessica e o meu afilhado Bernardo com três aninhos dando aquele apoio emocional por videoconferência. Obrigada por todos pelo carinho, força e incentivo mesmo diante da distância que nos encontramos, mas o amor de vocês é a minha motivação e incessante alegria.

Ao meu amor, Rodrigo Cruz, por tudo que és para mim. Indescriivelmente amável! Seu apoio emocional e auxílio nos *softwares* e formatação foram fundamentais para construção deste relatório. E a sua família por me acolher tão bem em Santa Maria.

A minha orientadora Cristiane Cardoso de Paula, por todos os ensinamentos e oportunidades, incentivando-me a buscar novos conhecimentos e, também, ao seu caloroso acolhimento que foi imprescindível no novo ambiente. É uma grande líder e inspiração para mim. A professora Stela Maris de Mello Padoin, pela disponibilidade e por todas as contribuições com esta dissertação e não se esquecendo das suas palavras sábias, não só científicas, mas de vida. A professora Vanessa Ramos Kirsten pelo auxílio na análise quantitativa dos dados e contribuições na qualificação do projeto.

A todos do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, GP-PEFAS, pelos ensinamentos, aprendizagem e parceria. Agradeço pela convivência diária tornando a jornada prazerosa e produtiva, obrigada pela amizade. As companheiras de pesquisa, Marília e Tamiris, que me ajudaram desde o primeiro instante na execução das atividades e nas produções, vocês foram fundamentais. Aos acadêmicos de iniciação científica, em especial ao Thomaz, Daiane, Marina e Rose, pela disponibilidade e persistência na realização da coleta dos dados deste estudo.

Aos profissionais do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), em especial aqueles do Ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas, que possibilitaram a realização deste estudo. Aos cuidadores familiares, participantes deste estudo, pela atenção e disponibilidade.

A Universidade Federal de Santa Maria por todas as oportunidades de aprendizado. Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e seus professores pela contribuição na minha formação. A Direção do Centro de Ciências da Saúde, por disponibilizar o telefone, um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, o qual foi de extrema importância para a concretização do mestrado.

Aos demais familiares, amigos e conhecidos, que torceram por mim e de forma direta ou indireta contribuíram para a consolidação desta dissertação. Muito Obrigada!

RESUMO

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV

AUTORA: Clécia de Oliveira Sampaio

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso De Paula

Para profilaxia da transmissão vertical do HIV são essenciais o diagnóstico precoce e as orientações desde o pré-natal, inclusive acerca da alimentação por fórmula láctea em substituição ao leite materno. A alimentação complementar é ofertada à criança de acordo com as condições socioeconômicas da família, e esta pode se encontrar em situação de segurança alimentar e nutricional. **Objetivos:** verificar a ocorrência de (in)segurança alimentar em famílias de criança exposta verticalmente ao HIV e identificar o estado nutricional das crianças. **Método:** Estudo transversal, realizado com cuidadores familiar de crianças nascidas expostas ao HIV, de até 18 meses de idade, acompanhadas em serviço de especializado do sul do Brasil. Coleta dos dados desenvolvida entre dezembro de 2015 a junho de 2018. Utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) versão curta, o *software* WHO Anthro versão 3.2.2 de 2011 para avaliação nutricional de recém-nascidos a termo e o INTERGROWTH-21st calculadora padrão de crescimento pós-natal para recém-nascidos prematuros. Para análise utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** A SAN foi significativa para renda familiar maior de dois salários mínimos, 9 a 12 consultas da criança no último ano e frequência adequada de alimentação láctea. A insegurança alimentar foi significativa nos domicílios quando o cuidador familiar é divorciado ou solteiro, quando considera moderadamente difícil manter o seu acompanhamento em saúde e quando há absenteísmo nas consultas de acompanhamento da criança. A maioria das crianças recebe a alimentação láctea na frequência inadequada. A EBIA versão curta e o IMC/I não apresentaram diferença estatística significativa. **Conclusão:** É necessário avaliar e orientar, continuamente, acerca da frequência adequada de alimentação láctea, conforme a idade da criança. Ponderando que a estrutura da família e a renda familiar podem restringir a compra de alimentos em quantidade e qualidade adequada, é necessário orientar quanto às possibilidades de alimentação complementar considerando acessibilidade e sustentabilidade.

Palavras-Chave: HIV; Transmissão de Doença Infecciosa, Vertical; Segurança Alimentar e Nutricional; Nutrição do Lactente; Família.

ABSTRACT

FOOD INSECURITY IN CHILDREN'S FAMILIES VERTICALLY EXPOSED TO HIV

AUTHOR: Clécia de Oliveira Sampaio
ADVISOR: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso De Paula

For prophylaxis of HIV vertical transmission, early diagnosis and guidance since the prenatal period, including feeding of milk formula in replacement of breast milk, are essential. Complementary feeding is offered to the child according to the socioeconomic conditions of the family, so the family may find themselves in a situation of food and nutritional security. **Objectives:** To verify the occurrence of (in)security food in families of children vertically exposed to HIV and to identify the nutritional condition of the children. **Method:** Transversal study with the Family of children born exposed to HIV, up to 18 months of age, accompanied by a specialized service in the south of Brazil. Data collection developed between December 2015 and June 2018. The short version of 1 Brazilian Scale for Food Insecurity (EBIA), the WHO Anthro software version 3.2.2 of 2011 for nutritional evaluation of premature newborns and the INTERGROWTH -21st standard postnatal growth calculator for premature infants were used. Pearson's Chi-square test was used for analysis, and significance level was 5% ($p < 0.05$). **Results:** SAN was significant for family income greater than two minimum wages, 9 to 12 child's consultation in the last year and adequate milk feeding frequency. Food insecurity was significant in households when the family caregiver is divorced or single, when it considers moderately difficult to maintain health follow-up and when there is absenteeism in the consults follow-up of the child. Most children receive milk at inappropriate frequency. EBIA short version and BMI / I did not present significant statistical difference. **Conclusion:** It is necessary to continuously evaluate and guide the appropriate milk feeding frequency, according to the child's age. Considering that family structure and family income can restrict the purchase of food in adequate quantity and quality, it is necessary to guide the possibilities of complementary feeding considering accessibility and sustainability. **Keywords:** HIV; Transmission of Infectious Disease, Vertical; Food and nutrition security; Infant Nutrition; Family

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de acesso aos locais de coleta de dados e dos participantes do projeto CAPFAM I. Santa Maria, RS, 2017.	39
Figura 2: Fluxograma de participantes do estudo de segurança alimentar e estado nutricional de crianças verticalmente expostas ao HIV, Santa Maria, RS , 2018.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização social e clínica dos cuidadores familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.	47
Tabela 2: Caracterização da alimentação ofertada às crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.	49
Tabela 3: Assertivas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão curta) aplicada aos cuidadores familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.	50
Tabela 4: Avaliações nutricionais por indicadores de crescimento infantil das crianças expostas ao HIV dividido em três categorias de idade (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.	50
Tabela 5: Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador familiar e da criança exposta ao HIV e Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão curta). Santa Maria, 2018, (n = 87).	52
Tabela 6: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão-curta) e IMC das crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 75). Santa Maria, RS, 2018.	55

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1: Determinantes encontrados nos artigos da revisão integrativa associados a segurança alimentar e nutricional de lactentes. Santa Maria, RS, 2018.....	32
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRANDH	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CI	Comprimento por Idade
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPFAM	Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IMC/I	Índice de Massa Corpórea por Idade
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
P/E	Peso por Estatura
PI	Peso por Idade
PC/I	Perímetro Cefálico por idade
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PubMed	Publisher Medline
RN	Recém-nascido
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SCOPUS	Elsevier SciVerse Scopus
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNAIDS	Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMEP	Universidade Metodista de Piracicaba WoS Web of Science
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	14
2.	INTRODUÇÃO	16
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1	ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS EXPOSTAS A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	19
3.2	ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV	24
3.3	SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO DOMICÍLIO DE FAMÍLIAS COM LACTENTES	29
3.4	INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE CRESCIMENTO INFANTIL	36
4	MÉTODO	38
5	RESULTADOS	47
6	DISCUSSÃO	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS	81
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)	82
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE	83
	ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	84
	ANEXO D – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP) DO HUSM	85
	ANEXO E – EMENDA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	86
	ANEXO F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	90
	ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	91
	ANEXO H – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIEDEMOGRÁFICA	92
	ANEXO I - ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR VERSÃO CURTA	95

1. APRESENTAÇÃO

O estudo que compõe este relatório de dissertação de mestrado está vinculado ao projeto matricial intitulado Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV (CAPAFAM I), desenvolvido no município de Santa Maria, no período de 2015 a 2018, que teve como objetivo geral: avaliar a capacidade dos familiares para realizar o cuidado das crianças verticalmente expostas ao HIV. O projeto matricial foi contemplado com a Chamada do Edital Universal 2016 do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq-faixa A), além de editais internos da UFSM para iniciação científica. Desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, sob coordenação da professora Cristiane Cardoso de Paula, insere-se na linha de pesquisa “Cuidado às pessoas vivendo com HIV e suas famílias” e possui Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 50609615.1.0000.5346 (ANEXO A).

O projeto matricial articula estudos com outras áreas da saúde, além da enfermagem, visto que estudar a saúde dos indivíduos é um complexo multidisciplinar. A interdisciplinaridade permite atender um estudo ampliado no cuidado a criança exposta ao HIV possibilitando resultados entremeados e consistentes (MEIRELLES; ERDMANN, 2005). Há no GP, entre estudantes de graduação e pós-graduação, as áreas de: enfermagem, nutrição, fisioterapia e medicina. Participaram da coleta e organização dos dados, quatro estudantes de graduação bolsistas de iniciação científica, uma mestranda e duas doutorandas, dessas áreas.

Este relatório de dissertação de mestrado integra dados acerca de segurança alimentar e nutricional (SAN) em famílias de crianças expostas verticalmente ao HIV do município de Santa Maria e encerra as produções acadêmicas desse projeto matricial. Esta temática é questão prioritária de saúde, encontram-se na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, principalmente, no ODS 3 (vida saudável e bem-estar), ODS 2 (segurança alimentar e combate à fome) e ODS 4 (educação) (ONU, PNUD, 2016). Na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde, atende à subagenda: Saúde da Criança, que possui o item “A magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde da criança, transmissão vertical pelo HIV” e à subagenda: “Alimentação e Nutrição”, nesta inclusa a SAN.

Na posição de nutricionista foi possível estar inserida no GP-PEFAS com a motivação em trabalhar com a temática da criança exposta ao HIV e participar como

mestranda no projeto matricial supracitado. Destaco que a temática saúde criança esteve presente ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Durante a graduação fui bolsista voluntária em estudo de avaliação estado nutricional de escolares, realizei estágio extracurricular internacional na KinderKüche (Munique) empresa alemã especializada em alimentação infantil, já graduada como nutricionista, atuei no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), assim, vislumbrando a capacidade que a alimentação saudável e segura possui na manutenção da saúde da criança, principalmente, quando há uma condição clínica associada, bem como, o estado nutricional adequado.

2. INTRODUÇÃO

Desde o início dos primeiros casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) na década de 1980, até a atualidade, a dinâmica da disseminação da epidemia tem sofrido acentuadas mudanças no Brasil. Houve crescimento da incidência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na categoria de exposição heterossexual, atingindo um quantitativo elevado de mulheres infectadas. Observa-se um perfil voltado para sexo feminino, jovem, além da interiorização e a não distinção de opção sexual, incluindo os filhos nascidos de mães infectadas pelo HIV (BRASIL 2006a, BRASIL 2016a, BRASIL 2018a).

Na última década notou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV se encontra entre os jovens de 20 a 34 anos (BRASIL, 2018a), faixa etária presumível a reprodução que conduz com o aumento na taxa detecção de HIV em gestantes (BRASIL, 2018a). Apesar deste aumento na detecção do HIV, o diagnóstico precoce é um fator importante para dar início oportuno à terapia antirretroviral na gestante e na criança.

Com os cuidados profiláticos na gestação, no parto e no pós-parto, especialmente a com terapia antirretroviral, a transmissão vertical do HIV vem apresentando índices de redução no Brasil. Os cuidados vão desde tratamento medicamentoso, procedimentos específicos no momento do nascimento, alimentação da criança e inibição da lactação (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017a). Apesar de o aleitamento materno se caracterizar como uma prática de promoção da saúde da criança, em casos específicos como de infecção materna pelo HIV, essa ação é desaconselhada no país (BRASIL, 2007a).

A ausência da amamentação, neste caso, transfere a ingestão nutricional, preferencialmente, ao uso de fórmulas lácteas infantis até os seis primeiros meses de vida e depois à alimentação complementar. Diferente do leite materno, a fórmula láctea requer cuidados de preparo nos âmbitos microbiológicos, de diluição e de quantidades específicas de acordo com idade da criança (BRASIL, 2015a). Sem estes cuidados, é evidente o risco de haver um aumento da morbidade e da mortalidade por doenças infecciosas. A alimentação complementar também requer cuidados higiênico-sanitários, com alimentos de qualidade, equilibrados e nutricionalmente saudáveis (BRASIL, 2015a).

Presume-se que orientações acerca destes cuidados às gestantes com HIV ocorram desde as primeiras consultas de pré-natal (SANTOS et al., 2015). Além de nível informacional, a orientação, prévia e coerente, é eficiente e prepara a gestante a esses

procedimentos que acontecerão após o nascimento da criança (DUARTE, QUINTANA, EL BEITUNE, 2005).

Para garantir que as crianças verticalmente expostas ao HIV recebam a fórmula láctea, políticas públicas de saúde reconhecem o direito a alimentação adequada. A Portaria GM/MS nº 2.313, dispõe financiamento público de fórmula láctea infantil, de fornecimento gratuito para crianças (BRASIL, 2002), fortalecida com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que visa à proteção da saúde e estabelecem direitos, entre outras leis e portarias. Entretanto, a alimentação complementar é ofertada à criança de acordo com as condições socioeconômicas de cada uma. Por consequência, influencia na disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade nutricional formando uma situação de segurança ou insegurança alimentar (SOTERO, CABRAL, SILVA, 2015). Conjunturas de insegurança alimentar e nutricional podem ser identificadas pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (SEGALL-CORRÊA et al., 2003).

As crianças se encontram em fase de intenso crescimento e desenvolvimento de habilidades, cuidados são imprescindíveis diante das vulnerabilidades, principalmente, quando as crianças são expostas a uma condição clínica, como ao HIV. Demandam necessidades de saúde além do habitual, considerando a recomendação de não amamentação, a quimioprofilaxia antirretroviral, a profilaxia para pneumonia pelo risco de exposição a outros agentes infecciosos, a rotina diferenciada de acompanhamento clínico e laboratorial em serviço de atenção especializada (SAE), além de esquema diferenciado de imunizações (BRASIL, 2010a). Devem receber acompanhamento em saúde mensalmente nos primeiros seis meses de vida e, no mínimo, bimensal no segundo semestre de vida (BRASIL, 2010a). No acompanhamento clínico, o crescimento da criança é monitorado por curvas de crescimento capazes de indicar o estado nutricional da criança e, conseqüentemente, analisar condições associadas à nutrição e características clínicas (SILVA, 2017).

Para cumprimento das demandas alimentares e clínicas, os profissionais de saúde e a família são fundamentais no cuidado à saúde às crianças expostas ao HIV. Diante disto, podem surgir dificuldades em exercer os cuidados adequados como as práticas alimentares realizadas pelos cuidadores familiares. As práticas alimentares inadequadas, a ausência de uma dieta com alimentos que proporcionem variedade de nutrientes, e/ou quantidade insuficiente, que não atendam as características socioculturais podem causar insegurança alimentar e nutricional (PAIM; SOUZA, 2010). Conseqüentemente, podem ocasionar aumento do risco de atraso no crescimento e desenvolvimento, além de ocorrência de distúrbios nutricionais, favorecendo o risco de morbidade e, até mesmo, mortalidade infantil

(SANTOS et al., 2015). Soma-se que a criança bem nutrida e inserida no contexto da alimentação saudável tem mais chances carregar os hábitos saudáveis à vida adulta e garantir a manutenção da saúde no aspecto nutricional, importante para o bom desempenho fisiológico do organismo humano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2016, DORNELLES, ANTON, PIZZINATO, 2014).

É imprescindível promover a SAN para as crianças verticalmente expostas ao HIV, visto que, a infecção materna pode submetê-las a riscos, como: o baixo peso ao nascer, a possibilidade de influência medicamentosa da terapia antirretroviral no período gestacional, o uso de medicamento nos primeiros meses de vida e a privação de anticorpos materno pela ausência do aleitamento (ACCIOLY 2002; COTTER et al, 2006; MENEZES; SUCCI, 2007). Destaca-se que o desfecho clínico da sorologia para o HIV acontece até os dezoito meses de vida (BRASIL, 2017a).

Considerando que as crianças apresentam o contexto familiar composto por pais com HIV, somando a situação de vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional, diante da recomendação de não amamentação pela mãe infectada e das condições financeiras para ofertar a alimentação complementar e tendo em vista que estudos que avaliam as relações de perfil nutricional da criança expostas e as condições socioeconômicas do ambiente que vivem ainda são escassos, as questões de investigação foram: Qual a ocorrência de insegurança alimentar em famílias de criança exposta verticalmente ao HIV e se há relação com seu estado nutricional?

O objetivo geral foi verificar a ocorrência de insegurança alimentar em famílias de criança exposta verticalmente ao HIV e identificar o estado nutricional das crianças. Com os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar a alimentação ofertada às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- b) Verificar a ocorrência de insegurança alimentar em famílias de crianças expostas verticalmente ao HIV;
- c) Avaliar o estado nutricional das crianças expostas ao HIV por meio dos indicadores de crescimento;
- d) Analisar se características da família e da criança interferem na insegurança alimentar.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação deste relatório de dissertação de mestrado aborda subsídios para construção da problemática de investigação, apresentados nos seguintes eixos: Atenção à saúde de crianças expostas à transmissão vertical do HIV; Alimentação de crianças expostas ao HIV; SAN no domicílio de famílias com lactentes; e Indicadores antropométricos de crescimento infantil.

3.1. ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS EXPOSTAS A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

De 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 136.945 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil. Nos últimos dois anos (2017-2018) houve um aumento de 110.850 casos, totalizando 247.795 até junho de 2018 (BRASIL, 2018a). Neste período, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos com percentual de 52,6% dos casos (BRASIL, 2016a). Nessa faixa etária se encontram as mulheres em idade fértil, o que permite investigar, também, as taxas de detecção do HIV em gestantes.

No período de 2000 até junho de 2018, foram notificadas 116.292 gestantes infectadas com HIV no Brasil, das quais 7.882 no ano de 2017. Destas, sendo 47,4% na região Sudeste e 20,5% na região Sul, sendo a segunda região com maior percentual de casos. Quanto aos casos com escolaridade informada no país, a maior parte possuía ensino médio completo ou entre 5^a e a 8 série incompleta, representando 27,5% e 16,8% de casos respectivamente, ressaltando a verificação de 25,6% casos ignorados (BRASIL, 2018a).

Nos últimos doze anos o Brasil vem apresentando tendência de aumento da taxa de detecção de HIV em gestantes; em 2006 a taxa observada foi de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%. (BRASIL, 2016a). No último ano, 2018, com uma taxa de detecção de 2,8/1.000 nascidos vivos, significa um aumento progressivo desde 2006 (BRASIL, 2018a). Estes dados alertam para a necessidade de atenção à saúde de criança expostas a transmissão vertical do HIV.

Em 2018 o estado Rio Grande do Sul apresentou taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional em 2017: 9,5 casos/mil nascidos vivos e Porto Alegre é a

capital com a maior taxa de detecção de 2017, com 21,1 casos/mil nascidos vivos, sendo esta 7,6 vezes maior que a taxa nacional e 2,2 vezes maior que a taxa do estado do Rio Grande do Sul (9,5) (BRASIL, 2018a).

Visualiza-se que o Rio Grande do Sul ocupa o 1º lugar no ranking dos estados com a maior taxa de detecção de HIV desde 2000, atingindo seu ápice em 2015 com taxa de detecção de 10,1 casos para 1.000 nascidos vivos. Estes dados remetem à reflexão sobre a transmissão vertical do HIV, entretanto, o estado gaúcho, felizmente, vem apresentando uma redução progressiva nos últimos anos, no mesmo ano de 2015 obteve sua menor taxa (5,4 casos por 100 mil hab.). Isso se deve as medidas profiláticas de transmissão do vírus durante o pré-natal, no parto e após o nascimento. Para prevenir a transmissão vertical de HIV, mais alguns cuidados imediatos com o recém-nascido (RN) exposto ao HIV são realizados. Há os cuidados na sala de parto e pós-parto imediato, e também na maternidade por meio de cuidados antes da alta. Ainda assim, as crianças expostas ao vírus necessitam de cuidados adequados que garantam o benefício do seu estado de saúde (BRASIL, 2017b). Para isso, o Brasil possui políticas públicas de saúde que asseguram atenção integral à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2017b).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a não amamentação de crianças expostas ao HIV e cabe ao poder público garantir a distribuição da fórmula, diferente de alguns países da África que indicam a amamentação devido à ausência de subsídio a outro tipo de alimentação infantil (BRASIL, 2010a). Nacionalmente, mantém a recomendação às mães soropositivas a não realizar a amamentação devido à associação a um adicional de transmissão do HIV de 7 a 22%, a cada mamada, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda materna (BRASIL, 2010a).

As crianças expostas ao HIV devem ser alimentadas, preferivelmente, com fórmulas lácteas infantis (BRASIL 2010e). Apesar da relevância das propriedades do leite materno, neste caso específico, esta é uma recomendação para redução do risco da transmissão do vírus à criança. Existe ônus à criança de não receber as imunoglobulinas e nutrientes do leite materno, mas tem o bônus de não se expor ao vírus por mais vezes (BRASIL 2017a). Visto que, a criança infectada seria submetida à terapia antirretroviral por toda sua vida, sendo uma condição mais grave, já que a terapia é constituída por medicações potentes para poder impedir a multiplicação do vírus no organismo (BRASIL 2017a).

Os antirretrovirais trazem consigo efeitos colaterais desagradáveis, ao longo do tempo causam danos aos órgãos estão associadas ao desenvolvimento de anormalidades metabólicas

intitulada de síndrome lipodistrófica, dislipidemia, resistência insulínica e diabetes (HORVATH et al., 2009).

Dessa maneira, além das demandas biológicas que o corpo possui para crescimento e desenvolvimento na fase da infância ainda necessitaria combater todas essas complicações, juntamente com fatores emocionais (BRASIL, 2015b). Justifica-se com estes aspectos a importância da orientação de utilizar a fórmula láctea infantil no país para prevenção da transmissão do HIV.

As mães infectadas que recebem a contraindicação do aleitamento devem ser orientadas durante a gestação. O preparo deve ser estendido à equipe de saúde que atende à puérpera para que a mesma não se sinta discriminada e/ou afetada emocionalmente. Se o leite materno é contraindicado, conseqüentemente, deverá ser assegurado à criança o fornecimento contínuo de fórmula láctea infantil por, no mínimo, seis meses (BRASIL, 2013a).

O programa Rede Cegonha apresenta os componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, e o sistema logístico. Durante o pré-natal é ofertado a gestantes testes rápidos de HIV nas Unidades Básicas de Saúde, fator que promoveu e intensificou a identificação do HIV, notificações e monitoramento do tratamento e controle de medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2017c). Estas medidas profiláticas incluem cuidados à saúde da mãe e da sua criança, por vezes, dispostas em leis e portarias que regulamentam direitos e deveres do Estado e da população.

A Lei Nº 8.069, de 13 de junho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, a qual no Capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde descreve no Art. 7º que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990). Há, entre outras leis, a Lei Nº 13.257, de março de 2016, que em seu Art. 5º constitui as áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância: a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente (BRASIL, 2016b).

Para atender a essas áreas prioritárias, no que se refere às crianças expostas ao HIV, para garantir a alimentação por fórmulas lácteas infantis, visto que os bancos de leite humano do país não devem fornecer leite materno às crianças expostas, pois não faz parte dos objetivos destes bancos, a Portaria Nº 3.276, de dezembro de 2013, regulamenta incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites

Virais, a qual inclui a aquisição fórmula infantil e distribuição para essa população específica (BRASIL 2013b).

O Estado deve prover alimentos diretamente a indivíduos ou grupos incapazes de obtê-los por conta própria, até que alcancem condições de fazê-lo. Portanto, a obrigação de prover está mais particularmente relacionada ao direito fundamental de todos de estar livre da fome. O Estado deve prover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de determinados indivíduos ou grupos, através de transferência de renda ou renda básica; entrega de alimentos em conformidade com as especificidades de cada grupo, população ou comunidade ou outros esquemas de seguridade social (BRASIL, 2013a). Geralmente, a distribuição da fórmula infantil ao grupo criança exposta ao HIV é realizada até o sexto mês de vida, alguns municípios estendem até um ano de vida, por exemplo, o município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (BRASIL, 2018b).

Entretanto, estudos publicados apresentaram dados que sugerem a prática da amamentação, porém, a exposição ao HIV e a alimentação infantil têm recebido destaque porque ainda não há respostas definitivas para aspectos como os efeitos da amamentação exclusiva e o impacto da terapia antirretroviral durante a lactação nas taxas de transmissão do vírus (COUTSODIS et al., 2001; ILIFF et al., 2005; MAGONI et al., 2005). A cada nova mamada é mais uma exposição e os estudos alertam para o tempo limite da amamentação. O estudo de ILIFF et al. (2005), não realizou coleta da carga viral da mãe durante a amamentação, sendo uma limitação para determinar risco de transmissão do HIV pós-natal pelo aleitamento materno. Dessa maneira, é sabido que taxas de transmissão do HIV são significativamente mais baixas na alimentação por fórmula láctea exclusiva (NEWELL 2014, WHO 2000).

O fornecimento gratuito de alimentação artificial à criança exposta ao HIV faz parte da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), a qual detém o objetivo geral de promover a SAN, art. 3º da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, bem como assegurar o direito humano à alimentação adequada em todo território nacional (BRASIL, 2006b). Cuidados acerca do preparo de fórmulas e leites artificiais são necessários, os familiares das crianças expostas ao HIV devem receber orientação de maneira individualizada e por profissional qualificado (BRASIL, 2015a). O profissional de saúde deve orientar sobre a alimentação adequada para a criança de acordo com a sua faixa etária, respeitando as condições e desejo da família (BRASIL, 2015a). Como um dos embasamentos para orientação da alimentação infantil o Guia Alimentar para Crianças Menores Dois Anos está

sendo atualizado e sua versão de consulta pública está disponível e em breve terá a sua versão final e apresenta um capítulo de alimentação para crianças não alimentadas (BRASIL, 2018c).

Segundo o Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis, no puerpério imediato, a mãe terá lactação inibida com enfaixamento das mamas, associada a essa medida, a critério do obstetra, a supressão farmacológica da lactação com cabergolina. As mães devem receber orientação de preparo e a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, e agendar, dentro deste período, uma consulta no serviço de referência para HIV (BRASIL, 2007a).

A criança deve manter acompanhamento clínico e laboratorial mensal nos primeiros meses e, pelo menos uma vez a cada dois meses até completar um ano de vida (BRASIL, 2010b). Nas consultas, deve-se registrar o peso, o comprimento e o perímetro cefálico, sendo imprescindível a avaliação do crescimento e desenvolvimento, uma vez que as crianças infectadas podem, nos primeiros meses de vida, apresentar déficits antropométricos (BRASIL, 2017a). As crianças expostas ao HIV ainda podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos. Entre estes, destacam-se o *Treponema pallidum*, os vírus das hepatites B e C, o HTLV-1/2, o vírus do herpes simples, o citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2010b). Tratar possíveis coinfeções é prioridade no atendimento dessas crianças (BHIVA, 2012).

No Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes há um roteiro de exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas (BRASIL, 2017a). A justificativa para a realização de um conjunto de exames baseia-se na necessidade do monitoramento de efeitos adversos devidos à exposição intrauterina e pós-natal aos Antirretrovirais (ARV), bem como na importância da identificação precoce das repercussões sistêmicas da infecção pelo HIV. O Hemograma completo é dos exames mais comuns e de grande relevância devido o efeito adverso hematológico e a anemia relacionada ao uso de zidovudina (AZT). Há também indicações de provas de função hepática e glicemia (em casos raros, o uso crônico de nevirapina (NVP) foi associado à exantema e hepatite toxica) (BRASIL 2017a).

Cuidados de saúde específicos e especializados são imprescindíveis diante da vulnerabilidade na infância, principalmente quando a criança apresenta condições ou riscos clínicos. O favorecimento de um ambiente adequado que potencialize o crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para a manutenção de sua saúde e prevenção de agravos em outras fases da vida (DE ONIS, 2004). Para isso, é necessária a estruturação de uma linha de cuidado bem articulada, com a participação de equipes multiprofissionais e com

a disponibilização de recursos de apoio à comunidade (MEIRELLES, ERDMANN, 2005). O cuidado à família e às crianças expostas ao HIV tem potencial para proporcionar recursos para fortalecimento pessoal que, associados à efetividade da profilaxia, favorecem um desenvolvimento adequado (ALVARENGA, DUPAS, 2014).

As crianças fazem parte do grupo que têm direito às prioridades de saúde. Assim, necessitam serviços que entendam a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos (BRASIL, 2007b). A assistência acontece, majoritariamente, em serviço especializado para a atenção à saúde das pessoas com HIV, e se mantêm neste acompanhamento permanentemente devido a organização do serviço e pela experiência dos profissionais (SHERLOCK et al., 2011).

O acompanhamento da infecção pelo HIV abrange o estabelecimento do diagnóstico, o processo de revelação, a adesão à terapia, a orientação alimentar, entre outras ações integrantes do acompanhamento permanente de saúde (PADOIN, PAULA, 2013). Os serviços especializados são, na maioria, hospitais universitários, um local sinalizado pela fragilidade de vínculos, o vínculo se faz necessário para o fortalecimento da continuidade do tratamento, pois a relação entre o profissional e a família, favorecendo confiança e comprometimento (SCHIMITH et al, 2011). A articulação dos serviços especializados com os de atenção primária à saúde (APS) é imprescindível para integralidade e longitudinalidade do cuidado, inclusive para integração da família e da comunidade (LAVRAS, 2011).

As equipes multiprofissionais embasam o seu trabalho de atenção à criança expostas e familiares nas recomendações e manuais ministeriais, a fim de estabelecer condutas adequadas para identificação, prevenção e tratamento (BRASIL, 2014). Garantir o acesso e a qualidade é parte do cuidado indispensável para atingir o sucesso das medidas preventivas (OLIVEIRA; TAKAHASHI, 2011). Os cuidados à criança exposta são importantes para garantir que não ocorra transmissão do HIV. Isto é possível por meio de serviços de saúde de qualidade, dos profissionais de saúde capacitados e do empenho da família (BRASIL, 2014).

3.2. ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

A Organização Mundial da Saúde recomenda que, se a forma de preparo do leite artificial não for aceitável, factível, acessível, segura e sustentável, mulheres HIV positivo devem manter o aleitamento materno exclusivo (AME), durante os seis primeiros meses da criança, visto que a nutrição pelo leite materno é benéfica no combate a diarreias, que configuram a principal causa de morbidade e de mortalidade infantil (BRASIL, 2010e). Em

países subdesenvolvidos, onde as condições sanitárias e de acesso à fórmula infantil são restritas ou ausentes, há incentivo ao aleitamento materno para mulheres com HIV. Os anticorpos transferidos pelo leite materno da mãe para o filho auxiliam na prevenção de diarreias, em muitos casos, a sobrevivência das crianças, pois há anticorpos agindo na proteção contra agentes externos (WHO, 2010).

Ressalta-se a importância de que o aleitamento materno, neste caso, seja exclusivo, e que não seja realizada alimentação intercalada com outro tipo de leite, pois prejudica a integralidade do trato gastrointestinal, com um aumento concomitante da permeabilidade ao HIV do leite materno (CATASSI 1995; GOTO et al., 1999; ILIFF 2005).

O tempo de aleitamento materno pela mãe infectada pelo HIV pode ser analisado na intenção de investigar a transmissão do vírus. Mulheres que escolheram amamentar foram aconselhadas a considerar a amamentação exclusiva, assim aos quinze meses de idade, as crianças que receberam leite materno foram mais propensas à infecção pelo HIV do que crianças que nunca receberam amamentação natural (CATASSI 1995, GOTO et al., 1999). Das crianças que mamaram houve uma estimativa um pouco mais baixa de transmissão para o aleitamento materno exclusivamente até ao menos três meses de idade, mas não mais do que seis meses de idade, em comparação com as crianças com alimentação mista. (CATASSI 1995, GOTO et al., 1999). Portanto, além da exclusividade do aleitamento materno, o tempo de duração interfere na maior ou menor propensão de transmitir o vírus.

Estudos observacionais apresentaram que a prática do AME está relacionado com um risco menor de transmissão do vírus, quando comparado à introdução de outros leites ou alimentos, pois o uso de fórmula láctea, principalmente, em situações de práticas inadequadas de higiene, pode causar diarreias e irritação da mucosa intestinal (AHMADU-ALI, COUPER, 2013, BECQUET et al., 2000, 2006), e conseqüentemente, sendo mais uma via de entrada para o HIV. Ao mesmo tempo em que leite materno possui benefícios reconhecidos e incluem uma diminuição significativa das taxas de morbidade e mortalidade infantil, fornecendo nutrição ideal, protegendo contra infecções comuns da infância (como infecções gastrointestinais e do trato respiratório) (PEBLEY 1986, WHO 2000a, KRAMER 2001) existem países pobres que as famílias não possuem recursos financeiros para comprar fórmula e o acesso água limpa é limitado e assim ocorre aumento do risco de diarreia quando o aleitamento materno for substituído por outra alimentação (UNAIDS, 2008). Há ainda áreas no mundo em que a amamentação é a norma e a alimentação de substituição não é segura (UNAIDS, 2008).

Assim, quando em uso de fórmula infantil, esta deve ser preparada de acordo com as instruções do rótulo de cada produto e deve ser administrada em quantidades adequadas de acordo com o peso e a idade da criança. As informações de quantidade também estão incluídas no rótulo do produto. Em crianças menores de seis meses, quando a fórmula é oferecida em diluição e quantidade adequada garante uma nutrição adequada sem necessidade de suplementações e não deve oferecer água entre as refeições.

Além disso, há os cuidados de higiene com a alimentação da criança. Os profissionais de saúde devem orientar as mães e cuidadores quanto ao preparo adequado das refeições lácteas e os cuidados com a higiene. Deve-se recomendar: lavagem das mãos e utensílios (colheres, jarras, copos, etc) com água e sabão, usando panos limpos e secos para enxugá-las antes de preparar e oferecer as refeições lácteas, limpeza da superfície onde será preparada a refeição láctea com água e sabão, uso de água tratada, fervida e filtrada para a diluição do leite, se necessário, as refeições lácteas devem ser preparadas próximas ao momento do consumo, além de não se deve oferecer à criança sobras da refeição láctea anterior (BRASIL, 2015a).

O ideal é que as crianças recebam as refeições lácteas, preferencialmente, em copos, pois a mamadeira é um potencial veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreias. Sua utilização está associada também com maior risco de problemas orofaciais, de fala e dentição. Na impossibilidade de evitar seu uso, o profissional de saúde deve orientar a higienização adequada, pois o acúmulo de alimentos, na mamadeira ou bico, aumenta os riscos de contaminação. É necessário lavar com água e sabão para retirar toda a sujeira e ferver em água limpa e panela tampada por pelo menos 15 minutos após cada uso. Sempre que possível, seu uso deve ser desestimulado. Os copos e xícaras são mais baratos e fáceis de higienizar (BRASIL, 2015a).

Ao completar seis meses, o Ministério da Saúde recomenda a introdução da alimentação complementar seguindo o esquema das papas, de acordo com cada mês de vida (BRASIL, 2015a). Em crianças maiores de seis meses deve-se utilizar fórmula infantil de segmento para lactentes e oferecer água entre as refeições. Crianças que consomem 500 ml de fórmula infantil em diluição adequada devem ser avaliadas pelo pediatra quanto à necessidade de suplementação de ferro ou de múltiplos micronutrientes (BRASIL, 2010c). Leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, pois podem ocasionar sobrecarga renal de sais e proteína ou desnutrição (BRASIL, 2015a). A água oferecida entre os intervalos da alimentação deve ser tratada, fervida e filtrada (BRASIL, 2015a).

Tais cuidados de preparo dos alimentos, alimentação láctea e complementar, com técnicas que preservem o seu valor nutricional e sanitário são importantes para redução de intercorrências clínicas e envolve o consumo alimentar adequado e saudável; boas condições de saúde, higiene e de vida para melhorar e garantir a adequada utilização biológica dos alimentos consumidos (BRASIL, 2010d).

Atenção à idade adequada de introduzir, a escolhas dos alimentos e os cuidados sanitários de produção são necessários para continuada promoção da saúde e prevenção de doenças em termos de SAN. A alimentação inadequada e precoce, assim como alimentação tardia pode causar danos. Quando precoce pode causar inflamações e diarreias. A alimentação tardia pode não fornecer os subsídios nutricionais adequados ao desenvolvimento, porque o crescimento da criança pára ou se lentifica, e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta, e, provavelmente, interfere no apropriado funcionamento do organismo da criança (BRASIL, 2015a).

A alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e nutrientes considerando a quantidade e qualidade, sem contaminação, sem excesso de sal ou condimentos industrializados, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável e inseridas nas características culturais de cada povo (WHO, 2000b). Assim, seguindo “Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos” formulado pelo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c) ressalva-se que o 1º passo (Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento) não é indicado na condição de criança exposta verticalmente ao HIV, já que a amamentação é contraindicada, os outros nove passos cabem corretamente (Brasil, 2015^a).

Os outros nove passos são: Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes), Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança , Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família, Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia, Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições, Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação, Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e

manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados e Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (BRASIL, 2013c).

É importante lembrar que, embora haja recomendações científicas, o sucesso da promoção da alimentação complementar acontece quando os familiares conseguem colocá-las em prática (DAELMANAS, MARTINES, SAADEH, 2003). A família é protagonista nas práticas alimentares, desse modo, pesquisas que investigam como sucedem os cuidados com a alimentação da criança exposta ao HIV são imprescindíveis.

Assim, esses cuidados estão diretamente relacionados às condições do cuidador: condições de saúde; conhecimentos sanitários e situação de higiene do local de preparo da alimentação e dos utensílios culinários, bem como aplicação de práticas dietéticas que garantam a qualidade de nutrientes (BRASIL, 2004). No acompanhamento alimentar e nutricional é preciso desenvolver uma troca de aprendizagem entre profissional, familiares e a criança por envolver características culturais e socioeconômicas e, assim, as orientações são inclinadas em favor de intervir positivamente no crescimento e desenvolvimento infantil (PADOIN et al, 2012). Assim, os cuidados alimentares e nutricionais têm papel fundamental na promoção da saúde da criança destacando as limitações que permeiam o cotidiano dos cuidadores no preparo da fórmula láctea e alimentação complementar. A família se torna responsável pela condução da alimentação da criança e os demais cuidados, tais como: levar as consultas, atentar as vacinações, administrar a medicação. Neste sentido, para que tudo seja viável, o contexto social dos cuidadores deve ser considerado (MACEDO et al., 2013).

Fazem parte do contexto social os aspectos do cuidador de criança exposta ao HIV: renda, escolaridade, condição do domicílio, composição familiar, existência de apoio, condição financeira (FEITOSA et al., 2008; SILVA et al., 2008; MOTTA et al., 2012), cuidadores que são pais não biológicos (BOTENE et al., 2011; SALLES et al, 2011), crianças que são institucionalizadas (MACHADO et al., 2010) com inclusão em casas de apoio (MEDEIROS et al., 2008). Os cuidadores, em sua maioria, apresentam baixo nível de escolaridade e pertencem a grupos desfavorecidos no aspecto econômico (FROTA, 2012; MACHADO, 2008).

A dificuldade de compreensão dos cuidadores pode desencadear práticas de cuidado inadequadas a essas crianças, principalmente, quanto à administração de medicamentos e a alimentação (BICK, 2017). A adição de açúcar na alimentação das crianças é uma prática que os cuidadores realizam, e alguns também oferecem alimentos ultraprocessados com frequência. As práticas de segurança e higiene dos alimentos não são satisfatórias para grande

parte dos cuidadores, uma vez que estes possivelmente desconhecem a recomendação de higienizar frutas e vegetais com hipoclorito de sódio. Alguns afirmam que não higienizavam as mãos antes de preparar os alimentos, e ofereciam sobras das refeições (BICK, 2017).

A atuação dos serviços de saúde, deve prover assistência profissional e atenção básica à saúde utilizando-se de práticas promotoras de SAN, saúde da criança e de seus cuidadores. As orientações para isso são diversas no contexto da Política de Saúde e devem ser cumpridas pelos gestores da saúde, nos estados e municípios (VASCONCELLOS, MOURA, 2018).

3.3. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO DOMICÍLIO DE FAMÍLIAS COM LACTENTES

O cuidador familiar e a criança exposta ao HIV estão inseridos em um contexto familiar que possui características capazes de identificar a presença ou não de insegurança alimentar (GREDE, et al., 2010). Antes de discutir as características expressivas na população estudada é necessário contextualizar este conceito. A SAN tem conceito ampliado e abrangem diversos contextos. A Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH) indica que a SAN apresenta um conceito em permanente construção (BRASIL, 2010d).

O termo SAN é aplicado, pela primeira vez, logo após o fim da 1ª Guerra Mundial referente à escassez de mantimentos (BELIK, 2003). Mais tarde, no Brasil este conceito começou a ser usado para indicar a ausência de alimentos, a fome, presente entre a classe pobre e miserável, e a consequente desnutrição (BATISTA, RISSIN, 2003). O clássico “Geografia da Fome” publicado em 1946 por Josué de Castro realizou a síntese do mapa das principais carências nutricionais e índices de mortalidade infantil existentes no Brasil, traçando o mapa da fome no país (CASTRO J, 1980). Atualmente, a SAN abrange a promoção da saúde, nutrição e alimentação da sociedade, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social e ainda a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população (BRASIL, 2006b).

Assim, em oposição a SAN encontra-se a insegurança alimentar que está estritamente atrelada a não garantia da nutrição adequada à população. As condições de má nutrição prejudicam a saúde da criança, comprometem o crescimento e desenvolvimento da criança, afligem a capacidade de resistência às doenças e reduzem chances de sobrevivência (MONTEIRO, 2014).

Ao retomar o contexto histórico, décadas depois do “mapa da fome”, as mortes devido à desnutrição foram reduzidas e um novo problema de saúde pública em saúde da criança com relação à alimentação foi acometido no país. O Brasil passou pela transição de desnutrição por ausência de alimento para sobrepeso, obesidade e a desnutrição devido à critérios de qualidade nutricional da alimentação, um dos motivos que gerou novas considerações ao conceito atual de SAN (SOARES et al., 2014; BATISTA FILHO, RISSIN, 2014). Atenta-se que a última alegação não elimina a existência de desnutrição pela falta de alimento no território brasileiro (XAVIER, SOARES, CÍRICO, MAGNO, 2005).

É possível verificar a presença de insegurança/segurança alimentar e nutricional no ambiente familiar. Para isto, é utilizado um instrumento, inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos, o qual passou por modificações, atualmente, possui versão curta e longa e muitos países realizaram validações (BRASIL, 2005; KENDALL , OLSON, FRONGILLO, 1995; HARRISON et al., 2003; MELGAR-QUINONEZ et al., 2005; ALBERT, SANJUR, 2000; ALVAREZ et al., 2006).

No Brasil, a EBIA, existe na versão curta e na versão longa (PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004; SANTOS et al., 2014). A versão curta possui cinco questões e apresenta resultados semelhantes à escala original sendo recomendadas para estudos curtos devido a sua praticidade e sensibilidade (SANTOS et al., 2014). As perguntas são relacionadas à disponibilidade de alimentos para família e podem ser respondidas em sim ou não, uma ou mais resposta positiva corresponde à insegurança alimentar no domicílio (SEGALL-CORRÊA, A M.; MARIN-LEON, L, 2009). O estudo de populações vulneráveis se faz necessário para o cuidado das pessoas, principalmente com uma condição clínica como HIV (GREDE, 2010).

Para identificar as evidências de determinantes da SAN de lactentes, foi desenvolvida uma revisão integrativa¹ para a qual adotamos um marco conceitual para análise (KEPPLE, SEGALL-CORRÊA, 2011). Dos 40 artigos incluídos na revisão extraíram-se dados de:

¹ A busca foi realizada em Março de 2018 nas bases de dados PubMed, Scopus, Cabi Abstracts e LILACS/BVS, com a estratégia composta pelos termos ["weaning" or "supplementary feeding" or "infant formula milk" or "bottle feeding" or "breast feeding" or "milk, human"] AND ["infant nutritional physiological phenomena" or "infant food" or "child nutritional physiological phenomena"] AND ["food safety" or "food and nutrition security" or "food supply" or "food insecurity"], com identificação de 662 registros. Os critérios de inclusão foram: ser artigos de pesquisa, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos de abordagem qualitativa e quantitativa descritiva que não apresentaram relação estatística. A leitura (títulos/resumos, posteriormente dos artigos) foi desenvolvida por dois revisores de forma independente, as divergências foram decididas por um terceiro revisor. Para elegibilidade, a recuperação dos artigos foi realizada na base de dados, Portal Capes, endereços eletrônicos dos periódicos ou por contato com o autor correspondente. Totalizaram-se 40 artigos incluídos na revisão. A revisão integrativa foi submetida à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

referência, país de estudo, área do autor principal, objetivo método, nível de evidência e resultados. Para seleção dos resultados, análise e discussão empregou os determinantes macrossocioeconômicos, regionais e locais, e domiciliares, de acordo as categorias teóricas. Dessa maneira, para cada um dos estudos identificou-se nos resultados os determinantes especificando a qual das três categorias correspondem.

No que se refere aos determinantes macrossocioeconômicos não foram identificados resultados nos estudos primários. Os determinantes regionais e locais evidenciados foram preços dos alimentos, serviços de saúde e educação, cultura alimentar e saneamento básico. Os determinantes domiciliares foram escolaridade; perfil demográfico dos moradores; raça e cor; pessoa de referência da família; saúde dos moradores; educação alimentar e nutricional; comportamentos e hábitos alimentares; renda e estabilidade financeira; emprego e tempo disponível da mãe, Quadro 1.

Quadro 1: Determinantes encontrados nos artigos da revisão integrativa associados a segurança alimentar e nutricional de lactentes.

(continua)

DETERMINANTES		ESTUDOS PRIMÁRIOS
Macrossocioeconômicos	Sistema político-econômico mundial	Não foram identificados nos estudos primários
	Políticas econômicas, sociais e assistenciais	
	Políticas agrícolas e ambientais	
	Reconhecimento da SAN como direito humano	
Regionais e locais	Preços dos alimentos	LEE et al., 2014; BAIG-ANSARI et al., 2006
	Custo das outras necessidades assistenciais	Não foram identificados nos estudos primários
	Emprego – salários e estabilidade	
	Racismo e discriminação	
	Rede social de apoio	

Quadro 1: Determinantes encontrados nos artigos da revisão integrativa associados a segurança alimentar e nutricional de lactentes.

(continuação)

	Programas assistenciais	
	Serviços de saúde e educação	LOPES et al., 2013; MAIS et al., 2014, OLIVEIRA, RIGOTTI, BOCCOLINI, 2017; MORELLATO, ALMEIDA, CABISTANI, 2009; SILVA, VENÂNCIO, MARCHIONI, 2010; SHIMABUKURO, OLIVEIRA, TADDEI, 2008; BROILO et al., 2013; NIKIËMA et al., 2017; BALDISSERA, ISSLER, GIUGLIANI, 2016; VITOLO, LOUZADA, RAUBER, 2014
	Cultura alimentar	MAIS et al., 2014, MORELLATO, ALMEIDA, CABISTANI, 2009; TETER, OSELAME, NEVES, 2015; LIMA et al., 2011; SALDIVA et al., 2011
	Saneamento básico	BAIG-ANSARI et al., 2006; HARVEY , CALLABY, ROBERTS, 2017; LABINER-WOLF, FEIN, SHEALY, 2008
	Vigilância sanitária	Não foram identificados nos estudos primários
Domiciliares	Escolaridade	LEE et al., 2014; OLIVEIRA, RIGOTTI, BOCCOLINI, 2017; TETER, OSELAME, NEVES, 2015; SALDIVA et al., 2011; LABINER-WOLF, FEIN, SHEALY, 2008; BERNARDI, JORDÃO, BARROS FILHO, 2009; KAUFMANN et al., 2012; NIQUINI et al., 2007; CORRÊA et al., 2009; SIMON, SOUZA, SOUZA, 2003; REBHAN et al.,2009; SANTOS NETO et al., 2009
	Perfil demográfico dos moradores	MAIS et al., 2014, BALDISSERA, ISSLER, GIUGLIANI, 2016; SILVEIRA, LAMOUNIER, 2004

Quadro 1: Determinantes encontrados nos artigos da revisão integrativa associados a segurança alimentar e nutricional de lactentes.

(continuação)

	Raça e cor	LABINER-WOLF, FEIN, SHEALY, 2008
	Pessoa de referência da família	BAIG-ANSARI et al., 2006; LOPES et al., 2013; MAIS et al., 2014, OLIVEIRA, RIGOTTI, BOCCOLINI, 2017; SILVA, VENÂNCIO, MARCHIONI, 2010; LIMA et al., 2011; SALDIVA et al., 2011; HARVEY, CALLABY, ROBERTS, 2017; KAUFMANN et al., 2012; NIQUINI et al., REBHAN et al., 2009; CRUZ, ALMEIDA, ENGSTROM, 2010; SCHINCAGLIA et al., 2015, TAMASIA, VENÂNCIO, SALDIVA, 2015
	Saúde dos moradores	OLIVEIRA, RIGOTTI, BOCCOLINI, 2017; MORELLATO, ALMEIDA, CABISTANI, 2009; LIMA et al., 2011; SCHINCAGLIA et al., 2015, TAMASIA, VENÂNCIO, SALDIVA, 2015; ASSIS et al., 2004, MARQUIS et al., 2016, JORDÃO, BERNARDI, BARROS FILHO, 2016
	Educação alimentar e nutricional	LEE et al., 2014; BAIG-ANSARI et al., 2006, MORELLATO, ALMEIDA, CABISTANI, 2009; SILVA, VENÂNCIO, MARCHIONI, 2010; BROILO et al., 2013; NIKIEMA et al., 2017; VITOLO, LOUZADA, RAUBER, 2014, LIMA et al., 2011; SALDIVA et al., 2011, HARVEY, CALLABY, ROBERTS, 2017; KAUFMANN et al., 2012; CORRÊA et al., 2009, SANTOS NETO et al., 2009, CAMPAGNOLO et al., 2012; SILVEIRA, LAMOUNIER, 2004; SCHINCAGLIA et al., 2015; TAMASIA, VENÂNCIO, SALDIVA, 2015; JORDÃO, BERNARDI, BARROS FILHO, 2016; ALVES et al., 2012; VIEIRA et al., 2004; PARADA, CARVALHAES, JAMAS, 2007; SILVA, PRIORE, FRANCESCHINI, 2007; OLIVEIRA, CASTRO, JAIME, 2014; GROSS et al., 2012
	Comportamentos e hábitos alimentares	MORELLATO, ALMEIDA, CABISTANI, 2009; SIMON, SOUZA, SOUZA, 2003; SANTOS NETO et al., 2009, SILVA, PRIORE, FRANCESCHINI, 2007

Quadro 1: Determinantes encontrados nos artigos da revisão integrativa associados a segurança alimentar e nutricional de lactentes. Santa Maria, RS, 2018.

(conclusão)

	Renda e estabilidade financeira	BROILO et al. 2013, SIMON, SOUZA, SOUZA, 2003; SANTOS NETO et al., 2009 SILVA, PRIORE, FRANCESCHINI, 2007
	Emprego e tempo disponível da mãe	MAIS et al., 2014, OLIVEIRA, RIGOTTI, BOCCOLINI, 2017; MORELLATO, ALMEIDA, CABISTANI, 2009; ; SILVA, VENÂNCIO, MARCHIONI, 2010; TETER, OSELAME, NEVES, 2015; LIMA et al., 2011; SALDIVA et al., 2011 BERNARDI, JORDÃO, BARROS FILHO, 2009; KAUFMANN et al., 2012; CORRÊA et al., 2009; SIMON, SOUZA, SOUZA, 2003; CAMPAGNOLO et al., 2012; SALDIVA et al., 2007; OWAIS et al., 2016
	Participação em programas assistenciais	Não foram identificados nos estudos primários
	Rede social	

Fonte: autora.

Os determinantes encontrados permitiram visualizar a influência nas condições de saúde e de vida dos lactentes no âmbito da insegurança alimentar e nutricional. Os quais podem ser analisados para construções de planos de enfrentamento à insegurança alimentar, já que esta compromete o crescimento e desenvolvimento infantil e manutenção da saúde da criança.

3.4. INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE CRESCIMENTO INFANTIL

Os indicadores antropométricos de crescimento infantil são compostos por medidas do corpo da criança. As medidas comumente utilizadas em crianças são peso, comprimento/estatura e perímetro cefálico (PEREIRA et al., 2010). Com essas três medidas antropométricas combinadas é possível gerar indicadores de crescimento, sendo: Peso/Estatura (P/E), Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I), Índice de massa corporal/Idade (IMC/I) e Perímetro cefálico/Idade (PC/I) para uma maior acurácia do diagnóstico nutricional, sendo válidos para estabelecer o estado nutricional (MONTARROYOS, COSTA, FOTES, 2013).

Identificar o estado nutricional é importante para monitorar o crescimento dos lactentes e detectar, precocemente, mudanças de peso e de alterações do estado nutricional. Assim, auxilia o profissional de saúde em planejamento de programas, orientações e ações associadas à melhora do estado nutricional (BARATIERI et al., 2014; FERREIRA, SANTOS, RAVAZZANI, 2017).

O crescimento e desenvolvimento descrevem a qualidade de vida e a saúde infantil por estarem relacionados às condições socioeconômicas da família, às características maternas e da própria criança (FIGUEROA, SOUZA, ROCHA, 2015). Ao pensar na condição de criança exposta ao HIV a atenção ao estado nutricional é redobrada, visto a maior chance de sofrer alterações antropométricas, como baixo peso ao nascer, devido ao fato de que mulheres infectadas pelo HIV apresentam risco aumentado para desnutrição durante a gestação. Esta desnutrição materna pode está relacionada, além da condição clínica, a condições socioeconômicas como menor escolaridade e baixa proporção de mães economicamente ativas (DOS REIS et al., 2015; BASSICHETTO et al., 2013; BRANDÃO et al., 2011; VILLAMOR et al., 2002; ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2002).

Estudos demonstram que, comumente, famílias com HIV apresentam baixa renda (PACHECO et al., 2016; ALVARENGA et al., 2014). O baixo poder aquisitivo pode influenciar na escolha de uma alimentação inadequada. Nesse caso, é comum remeter a desnutrição por quantidade de alimentos insuficientes, mas é relevante entender que podem

ocorrer sobrepeso e obesidade por optarem por alimentos com baixa qualidade nutricional e com alta densidade energética, como ricas em açúcares simples e gorduras saturadas, sendo comum nos alimentos industrializados de baixo custo. Assim, as condições socioeconômicas da família interferem na disponibilidade, quantidade e qualidade dos alimentos consumidos, o que pode acarretar em insegurança alimentar (VILLA et al., 2015).

Verificar uma relação entre a situação de insegurança alimentar e o estado nutricional da criança expostas ao HIV contribui para traçar o perfil desta população e, por conseguinte, auxiliar na promoção de medidas de atenção a saúde no cuidado da criança e da sua família. No Brasil, ainda não há estudos que avaliem esta relação e o manejo da alimentação na população de crianças exposta ao HIV.

Assim, a fundamentação teórica estabeleceu um panorama acerca da atenção à saúde da criança exposta verticalmente ao HIV, da alimentação, da SAN nos domicílios das famílias com lactentes e dos indicadores antropométricos de crescimento infantil. Tais itens são fundamentais para análise e discussão de dados desse estudo, além de apontar a importância de produção de estudos nestas áreas.

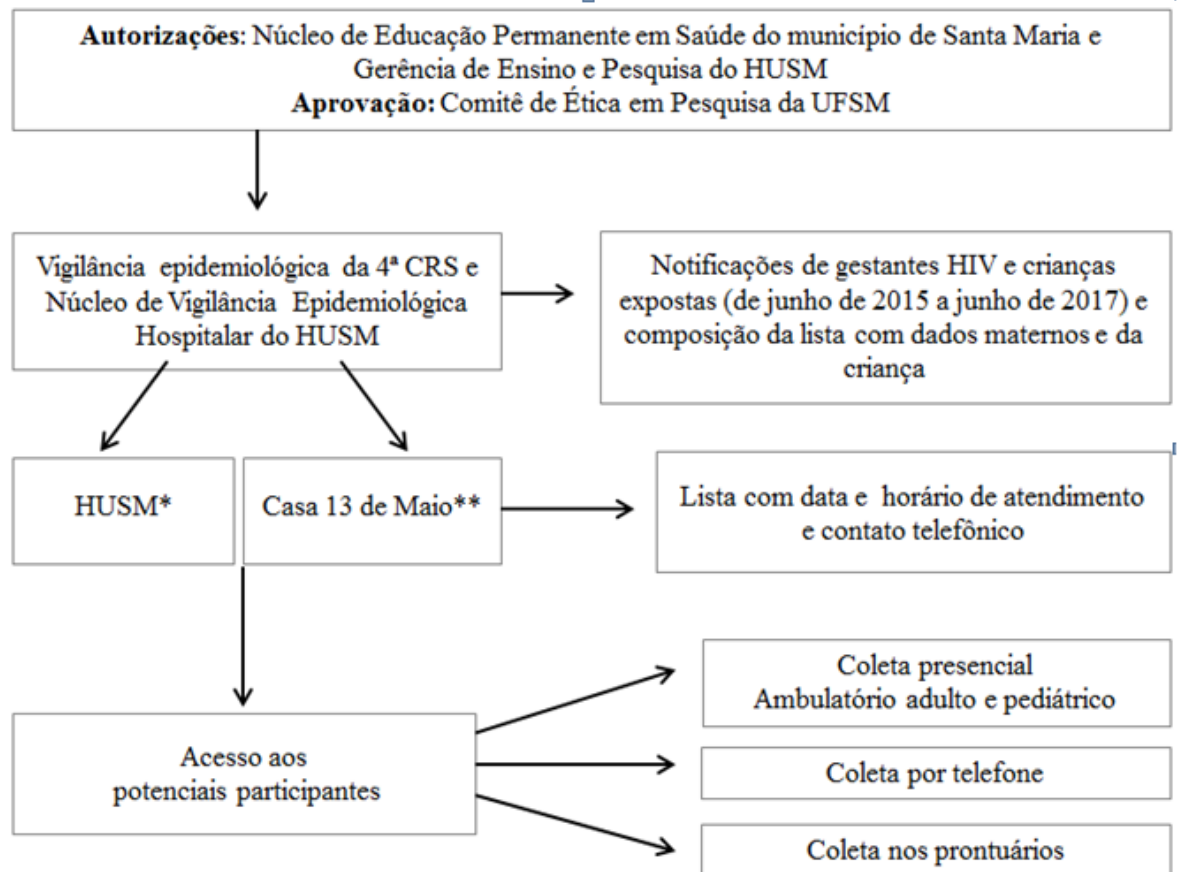
4. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com amostragem não probabilística por conveniência realizado no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. O local de coleta de dados foi determinado a partir da classificação dos 100 municípios brasileiros com maior índice composto de HIV, divulgado pelo Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Este índice inclui diferentes parâmetros epidemiológicos e operacionais que permitem priorizar estados e municípios para o enfrentamento da epidemia do HIV, entre esses parâmetros incluem taxa média de detecção de Aids na população de menores de cinco anos nos últimos três anos e variação média da taxa de detecção de aids na população de menores de cinco anos nos últimos cinco anos, além de considerar os indicadores taxa de mortalidade e primeira contagem de CD4, para compor o ranking com as classificações dos municípios. Dentre os maiores índices em sete municípios do interior do Rio Grande do Sul, Santa Maria foi identificado na 35ª colocação (BRASIL, 2018a).

O município de Santa Maria está situado na região central do Estado, tem uma área de 1.781,757 Km² e população estimada em 2018 de 280.505 habitantes (BRASIL, 2017e). O município possui o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), fundado em 1970, hospital público, de nível terciário, que faz parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS). É considerado serviço de referência para os municípios da região e no atendimento de pessoas vivendo com HIV. O HUSM opera como hospital-escola vinculado à UFSM, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência pautada nos princípios e diretrizes do SUS. Em Santa Maria há, também, a Casa 13 de Maio, considerada serviço de referência municipal para pessoas vivendo com HIV, configurando-se como um centro de testagem e aconselhamento com foco nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), atendimento multiprofissional, tratamento e fornecimento de materiais (SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE, 2017).

O percurso de acesso aos possíveis locais de coleta de dados e dos participantes do estudo está representado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de acesso aos locais de coleta de dados e dos participantes do projeto Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV I. Santa Maria, RS, 2017.



Legenda: * Serviço de infectologia federal ** Serviço de infectologia do município.

Fonte: autora

Após as autorizações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) da Secretária Municipal de Saúde (ANEXO B) da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM (ANEXO C) e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (ANEXO D), rastreou-se na Vigilância Epidemiológica da 4ª CRS e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) do HUSM o acesso às fichas de notificações das gestantes HIV positivas e das crianças expostas verticalmente ao HIV notificadas no SINAN a partir de junho de 2014, para compor a lista de prováveis participantes. O período foi estabelecido pelo limite de idade da criança, 18 meses, para inclusão na pesquisa considerando o início da coleta de dados em dezembro de 2015.

A lista dos prováveis participantes foi estruturada com informações referentes à mãe e à criança exposta, contendo o nome completo, a data de notificação no SINAN, a data de nascimento, o nome completo da avó materna, município de residência, logradouro da residência, local onde a mãe realizou o pré-natal. Assim, com essas informações, foi possível buscar as datas e horários de consultas nos serviços de acompanhamento, a maioria dos acessos aos prováveis participantes ocorreu no HUSM, por meio da verificação das agendas de consulta no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

Os locais de coleta no HUSM compreenderam os ambulatórios de infectologia pediátrico e adulto. Para os prováveis participantes sem consultas agendadas a busca foi por meio telefônico como uma estratégia de ampliar as probabilidades de acesso aos participantes e assim possibilitou um agendamento de data e local de coleta. Desse modo, com a emenda ao CEP (ANEXO E), foi buscar contatos telefônicos no HUSM pelo AHGU e na Unidade de Dispensação de Medicamentos, local de dispensa da fórmula láctea para as crianças, e na Casa 13 de Maio.

O período de coleta de dados ocorreu de dezembro de 2015 a junho de 2018, sendo de forma presencial, por telefone e nos prontuários, com a colaboração de sete coletadores treinados quatro bolsistas de iniciação científica e três mestrandas. A coordenadora do estudo promoveu a capacitação e também supervisionou as atividades. As entrevistas (coleta de dados presencial) ocorreram nos ambulatórios de infectologia adulto e pediátrico do HUSM. Uma dupla de coletadores contatava os possíveis participantes no dia de consulta. Ao mesmo tempo em que um coletador chamava o nome do responsável pela criança e convocava a se dirigir até uma sala reservada a fim de informar sobre a pesquisa e convidá-lo a participar, o outro permanecia na sala de espera do ambulatório supervisionando o horário da consulta. A pesquisa era apresentada com explicação dos objetivos do estudo, assegurado a confidencialidade dos dados (ANEXO F), e concedendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO G) para leitura. As dúvidas eram esclarecidas e após aceite de participação e assinatura do termo, iniciava-se a aplicação do questionário. A entrevista durava de 30 a 40 minutos. Quando o cuidador familiar/criança era chamado para consulta, suspendia-se a entrevista. Se o cuidador não dispusesse de tempo para continuar, agendava-se outra data e local para coleta presencial ou telefônica, conforme o seu desejo.

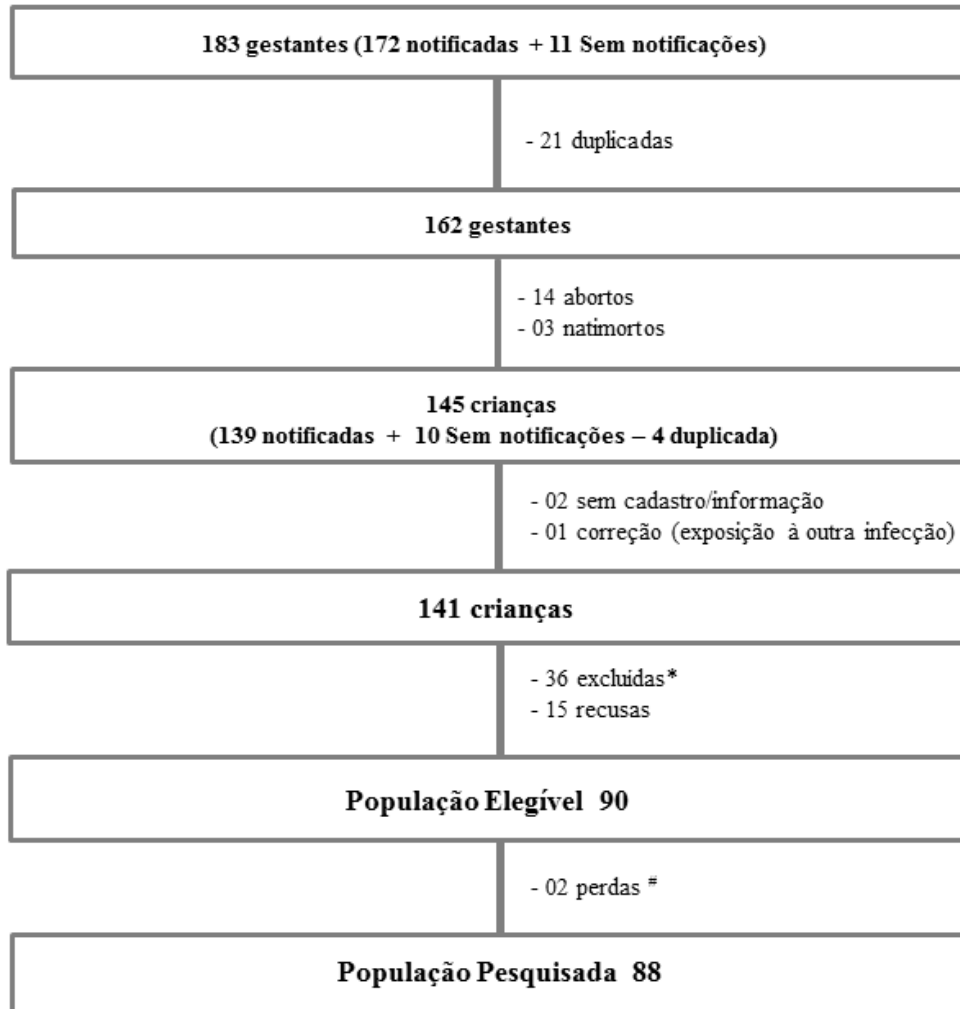
As ligações por telefone aconteceram no Centro de Ciências da Saúde da UFSM, em sala reservada e com aparelho telefônico específico para esta finalidade, respeitaram-se os preceitos éticos e sigilo diagnóstico. Abordagem foi introduzida com apresentação do coletador, o qual confirmava se receptor era o cuidador familiar responsável pela criança e o

questionava quanto à disponibilidade para conversar, prioritariamente para garantir o sigilo sugeria-o que estivesse em local reservado para manter a privacidade das informações. Perante afirmativa para prosseguir o diálogo, certificava-se de que estava sozinho, que a rede telefônica não era compartilhada com outras pessoas e que a ligação não estivesse na função viva-voz. Certificava-se que o receptor era o pontecial participante ao realizar perguntas cuidadosas tais como: “Podes confirmar o nome completo da criança, data de nascimento, medicamentos que tomou, e/ou finalidade do uso dos medicamentos”. Seguia-se com a leitura elucidativa do TCLE, sanavam-se dúvidas, quando existentes. Na presença de aceite do termo, aplicava-se o questionário com a leitura das perguntas e das opções de respostas (quando estas não eram questões abertas).

A população alvo foram os cuidadores familiares de crianças nascidas expostas ao HIV atendidas no serviço de saúde, considerando o período de acompanhamento da criança exposta no ambulatório de infectologia pediátrica do HUSM, com agenda de consultas preconizadas pelo MS antes de completar o primeiro mês de vida até confirmação de sua condição sorológica ao HIV, após os dezoito meses de idade. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador familiar de criança verticalmente exposta ao HIV (com crianças de idades de zero a dezoito meses), acompanhar a rotina diária da criança e ser capaz de realizar sozinho o cuidado cotidiano. O cuidador familiar corresponde ao membro da família responsável pela criança, biológico ou adotivo. E como critérios de exclusão: crianças institucionalizadas (pois não possuem um cuidador principal), perda de seguimento ambulatorial (aquelas que não acessam o serviço a mais de um ano) e/ou sem contato telefônico (após 10 tentativas em dias e turnos diferentes). A idade de até dezoito meses foi adotada, pois, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes é tempo de acompanhamento no serviço de saúde para concluir o desfecho de caso clínico para infecção por HIV (BRASIL 2017a).

A busca pelos potenciais participantes foi constituída com base em todas as notificações de gestantes com HIV e de crianças expostas verticalmente ao HIV a partir de junho 2014 do município de Santa Maria. A população total foi de 183 gestantes, sendo 90 crianças elegíveis para pesquisa, dentre as quais houve 02 perdas, constituindo a população pesquisada de 88 participantes (Figura 2).

Figura 2: Fluxograma da seleção da amostra do estudo de segurança alimentar e estado nutricional de crianças verticalmente expostas ao HIV, Santa Maria, RS , 2018.



Legenda: *Criança institucionalizada = 08, exclusões, sem contato telefônico e/ou perda de seguimento ambulatorial = 28 exclusões; #desistência de participação.

Fonte: Autora.

A coleta de dados foi realizada em duas partes, a primeira etapa configurou-se como dados primários, já que a coleta foi por meio de entrevistas com os familiares das crianças com o preenchimento do formulário de caracterização pelo coletadores (ANEXO H). A caracterização das mães é composta de variáveis com os dados demográficos, econômicos, sociais e perfil clínico; e a caracterização da criança por variáveis com os dados demográficos, econômicos, sociais, gestação/parto/nascimento e perfil clínico. Além disso, foi utilizado o

instrumento versão curta da EBIA (ANEXO I), adaptada e validada por Santos e colaboradores (2014).

A versão curta da EBIA apresenta alta sensibilidade e especificidade quando comparados à EBIA na íntegra, demonstrando resultados semelhantes a escala original (SANTOS et al., 2014), e ideal para auxiliar pesquisas de menor duração e/ou recursos financeiros. Essa escala mostra-se relevante no auxílio a políticas de combate à fome, avaliando tanto a percepção das pessoas com relação aos alimentos quanto à disponibilidade de alimentos na residência (SEGALL-CORREA, 2007; SEGALL-CORREA, MARIN-LEON 2009). Esta versão é composta por cinco questões acerca de recurso financeiro para compra de alimentos e preocupação com quantidade de alimentos no domicílio, são respondidas por sim ou não. A presença de uma resposta positiva corresponde à presença de insegurança alimentar na família (SEGALL-CORREA, 2007; SEGALL-CORREA, MARIN-LEON, 2009).

Para caracterização da alimentação da criança questionou-se o tipo de leite ofertado (leite de vaca, fórmula láctea, leite de vaca e fórmula láctea); a quantidade de vezes de oferta de alimentação láctea por dia (frequência adequada ou inadequada conforme recomendações ministeriais); se a criança recebe alimentação complementar (sim ou não), e quantidade de vezes que recebe alimentação complementar por dia (frequência adequada ou inadequada). Segundo o Ministério da Saúde o número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida corresponde nos primeiros 60 dias de 6 a 8 alimentações em 24 horas, entre dois e quatro meses de 5 a 6 vezes por dia. Crianças que recebem leite de vaca e alimentação complementar a partir dos quatro meses, a frequência de leite será 2 a 3 vezes por dia. A alimentação complementar corresponde a 3 vezes por dia a partir sexto mês, 4 vezes por dia a partir do sétimo mês, combinada com alimentação láctea (BRASIL, 2016c).

A segunda parte da coleta consistia em extrair medidas antropométricas dos prontuários das crianças exposta ao HIV no HUSM em idades diferentes para cada criança. Estes dados secundários de antropometria correspondem ao peso, o comprimento e o perímetro cefálico das crianças expostas ao HIV. Estas medidas foram utilizadas para compor os indicadores antropométricos de crescimento infantil: Peso/Estatura (P/E), Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I), Índice de massa corporal/Idade (IMC/I) e Perímetro cefálico/Idade (PC/I), deste modo, identificar o estado nutricional. Os indicadores foram distribuídos em três categorias etárias distintas: ao nascer, menor que seis meses e posterior seis meses. Ao nascer para avaliação do estado nutricional após crescimento intrauterino, aos seis meses devido período recomendado para alimentação láctea e após os seis meses devido período que se recomenda a alimentação complementar.

A avaliação do estado nutricional de crianças a termo e pré-termo são realizadas por curvas de crescimento distintas, pois devido ao tempo intrauterino as recomendações são diferenciadas. Para crianças a termo foi utilizado o *software* WHO Anthro versão 3.2.2 de 2011², distribuído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso em pesquisas nutricionais, o qual foi construído segundo valores dos gráficos de crescimento infantil da OMS 2006 e 2007 (WHO, 2006). Este *software* gera o escore/percentil dos indicadores. Neste estudo foi adotado o escore.

Para crianças pré-termo foi utilizado o INTERGROWTH-21st calculadora Padrão de Crescimento Pós-natal para Recém-nascidos Prematuros³ versão idioma português. O INTERGROWTH-21st foi produto de um projeto multi-cêntrico, multi-étnico, de base populacional, realizado entre 2009 e 2014, em oito áreas urbanas demarcadas: Pelotas (Brasil) Condado de Shunyi, Pequim, (China), Central Nagpur (Índia), Turim (Itália), Parklands Suburb, Nairobi (Quênia) Muscat (Omã), Oxford (Reino Unido) e Seattle (EUA) usando o mesmo marco conceitual do Estudo de Referência de Crescimento Multicêntrico da OMS, para produzir padrões prescritivos internacionais, dentre eles, o de crescimento pós-natal de bebês prematuros até 64 semanas de idade pós-menstrual (semanas+dias). Esta ferramenta clínica é usada para monitorar e avaliar o crescimento infantil pré-termo, o qual a aplicação permite que os dados sejam inseridos manualmente para que o tamanho dos indivíduos possa ser comparado e plotado graficamente em relação aos padrões internacionais. (INTERGROWTH-21st, 2017). As curvas para crianças pré-termo permitem avaliar três indicadores antropométricos de crescimento Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I) e Perímetro cefálico/Idade (PC/I). Para avaliação de crianças pré-termo também optou-se por escore.

O INTERGROWTH-21st, com metodologia de construção das curvas robustas para pré-termos e o fato de incluir população de gestantes de recém-nascidos brasileiros, diferencia-se dos demais instrumentos, configurando a melhor forma atualizada de monitoramento do crescimento para esta população (GIULIANI et al., 2016; LEONE, SADECK, 2014). A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda desde o início do ano de 2017 o uso das curvas de crescimento pós-natal do Intergrowth para prematuros por serem prescritivas, multiétnicas, por empregarem a melhor metodologia antropométrica e se ajustarem perfeitamente às curvas da OMS e estabelece que após as 64 semanas pós-concepcionais o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da

² Acesso livre ao WHO Anthro versão 3.2.2 de 2011 em: <https://www.who.int/childgrowth/software/en/>

³ Acesso livre ao INTERGROWTH-21st calculadora Padrão de Crescimento Pós-natal para Recém-nascidos Prematuros em: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/preterm/pt>

OMS/Ministério da Saúde (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017). Dessa maneira, o presente estudo integra 20 crianças pré-termo, cujas medidas antropométricas sofreram transferência das curvas na idade determinada, sendo assim a partir das 64 semanas pós-concepcionais o acompanhamento seguiu no software WHO Anthro versão 3.2.2.

Foi utilizado o programa Epiinfo para construção do banco de dados, com a dupla digitação independente. Posteriormente, o banco foi exportado para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences 22.0* (SPSS) para análise dos dados. Para verificar a relação do estado nutricional da criança exposta ao HIV e da insegurança alimentar com as características do cuidador familiar, da criança e de alimentação, utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Os dados antropométricos de peso, comprimento e perímetro cefálico das crianças expostas ao HIV foram coletados dos prontuários, não sendo possível aferir as medidas de forma direta. Ocorreu ausência de dados para algumas idades devido, provavelmente, a não aferição ou registro da medida na consulta ou não acesso da criança ao serviço. Portanto, para análise estatística do estado nutricional com (in)segurança alimentar utilizou-se as medidas antropométrica com data mais próxima a data da entrevista realizada com cuidador familiar na qual aplicou-se o instrumento EBIA.

Os aspectos éticos foram respeitados em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012 que regulamenta as atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os participantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária. Estes receberam explicações claras sobre a pesquisa.

Os possíveis danos seriam de cunho psicológico pelo fato do participante se recordar de algum momento emotivo, e, caso isso acontecesse, era previsto que se o participante desejasse suspender a entrevista, adiá-la ou desistir da pesquisa, a sua vontade seria respeitada. Os coletadores estiveram à disposição todo tempo para acolher os participantes nestes possíveis momentos de alteração emocional.

Antes da coleta, foi oferecido para os participantes, ou lido quando necessário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos casos do familiar menor de dezoito anos foi usado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Esse documento previu esclarecer possíveis dúvidas e assegurar o anonimato e sigilo das informações obtidas. Além disso, ficou claro que, a qualquer momento, ele podia não aceitar ou desistir da pesquisa. Os participantes não foram identificados em nenhum momento, lhes foi assegurada a privacidade, bem como os dados fornecidos estão conservados em sigilo, garantindo-lhes a confidencialidade e o anonimato das respostas para que não lhes ocorra nenhum tipo de prejuízo.

A divulgação dos resultados da pesquisa será realizada no Seminário de Integração de Pesquisa com a Prática (SIIP) promovido pelo GP-PEFAS no encerramento de casa projeto matricial, quando a população-alvo de cada pesquisa é convidada a participar. Também, já foram desenvolvidas atividades de extensão com ações de educação em saúde na temática de alimentação de crianças não amamentadas, com a participação de familiares de crianças expostas ao HIV. Há previsão de outros encontros neste ano de 2019 a fim de ampliar a oportunidade para outros familiares. Os dados também serão publicados em artigo científico e apresentados em eventos da área.

5. RESULTADOS

Foram entrevistados 88 cuidadores familiares de crianças expostas ao HIV e, as questões iniciais eram relacionadas à caracterização social e clínica (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização social e clínica dos cuidadores familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.

(continua)

Variáveis	Categorias	N = 88	%
Faixa Etária	Até 25 anos	22	25
	Entre 26-29 anos	25	28,4
	30 anos ou mais	41	46,6
Sexo	Feminino	86	97,7
	Masculino	2	2,3
Estado Civil	Convive com companheiro/esposo	62	70,5
	Solteiro	25	28,4
	Divorciado	1	1,1
Escolaridade	Não estudou	2	2,3
	Ensino Fundamental	32	36,4
	Ensino Médio	47	53,4
	Ensino Superior	7	8,0
Renda Familiar	Sem renda	5	5,7
	Menos de 1 salário (\leq R\$ 879,00)	20	22,7
	Entre 1 e 2 salários (R\$ 880,00-1760,00)	37	42,1
	Mais de 2 salários (\geq R\$ 1761,00)	26	29,5
Pessoas que vivem com a renda	Até 2 pessoas	2	2,3
	Entre 3 a 5 pessoas	61	69,3
	6 pessoas ou mais	25	28,4
Número de filhos	1 filho	24	27,3
	Entre 2 e 4 filhos	52	59,1
	5 filhos ou mais	12	13,6
Município de residência	Santa Maria	67	76,1
	Municípios da Região	21	23,9
Zona do município	Urbana	73	83,0
	Rural	11	12,5
	Periurbana	4	4,5
Está empregado no momento	Sim. Com carteira assinada.	20	22,7
	Sim. Sem carteira assinada.	12	13,6
	Não.	56	63,7
Ocupação	Do lar	38	43,2
	Outra	50	56,8
Faz uso de álcool	Sim	31	35,2
	Não	57	64,8
Faz uso de drogas	Sim	3	3,4
	Não	85	96,6
Apresenta algum problema de saúde	Sim	12	13,6
	Não	76	86,4
Infectado pelo HIV	Sim	85	96,6
	Não	3	3,4
Sabe como adquiriu o HIV*	Transmissão sexual	49	55,7

Tabela 1: Caracterização social e clínica dos cuidadores familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.

		(conclusão)	
	Uso de drogas injetáveis	1	1,1
	Transfusão sanguínea	1	1,1
	Desconhece	34	38,6
Tempo de diagnóstico do HIV*	Menos de 1 ano	16	18,1
	Entre 1 e 5 anos	34	38,6
	Entre 6 e 10 anos	24	27,2
	11 anos ou mais	11	12,5
Faz tratamento para o HIV*	Sim	78	88,6
	Não	7	8,0
Cuidador biológico comparece as consultas de acompanhamento*	Sim	79	89,8
	Não	6	6,8
Como é pra você manter o acompanhamento*	Difícil	14	15,9
	Mais ou menos	22	25,0
	Fácil	49	55,7
Relação com a criança exposta ao HIV	Mãe	84	95,4
	Pai	2	2,3
	Pais adotivos	2	2,3
Possui outra criança sob seus cuidados	Sim	59	67
	Não	29	33
A criança tem irmãos expostos ao HIV	Sim	35	39,8
	Não	53	60,2
Primeiro atendimento no ambulatório de infectologia	Ao nascer	35	39,8
	Menos de um mês de vida	19	21,6
	Entre 1 e 2 meses de vida	28	31,8
	Mais de 2 meses de vida	6	6,8
Onde ocorreu o atendimento da criança	Acompanhamento particular	1	1,1
	HUSM	87	98,9
Número de consultas da criança realizadas no último ano	Nenhuma	4	4,5
	Entre 1 e 4 consultas	48	54,5
	Entre 5 e 8 consultas	25	28,4
	Entre 9 e 12 consultas	11	12,5
A criança faltou alguma consulta no último ano	Sim	18	20,5
	Não	70	79,5
Como é manter o acompanhamento da criança	Difícil	15	17,0
	Mais ou menos	18	20,5
	Fácil	55	62,5
Conhece o serviço de atenção básica de saúde mais próximo da residência	Sim	82	93,2
	Não	6	6,8
Leva a criança neste serviço quando necessário	Sim	56	63,6
	Não	32	36,4
A criança apresenta algum problema de saúde	Sim	18	20,5
	Não	70	79,5
A criança faz acompanhamento de saúde	Sim	36	41,0
	Não	52	59,0
Medicamentos que a criança usa	Suplemento vitamínico	7	7,9
	Antibiótico	43	48,9
	Antirretroviral	33	37,5
	Outros	5	5,7

* Presença de *missing*.

Fonte: Autora

Quanto aos cuidadores familiares, a maioria possuía idade inferior a 30 anos (53,4%), cursou até o ensino médio (53,4%), apresentaram predomínio do sexo feminino (97,7%) e residiam com companheiro (70,5%). As famílias viviam com renda entre 1 e 2 salários mínimos (42,1%), a qual subsidiava entre 3 e 5 pessoas (69,3%). Tempo de diagnóstico pelo HIV entre 1 e 5 anos (38,6%) e há menos de 1 ano (18,1%), assíduos às consultas no serviço de infectologia (89,8%) e consideravam fácil manter o acompanhamento clínico (55,7%). Apenas três cuidadores familiares não eram pais biológicos e não eram infectados pelo HIV (3,4%). Mais da metade dos cuidadores familiares cuidavam de outra criança (67,0%).

As crianças expostas ao HIV tinham irmãos com a mesma sorologia (39,8%) e teve o primeiro atendimento no ambulatório de infectologia ao nascer (39,8%). Apenas uma criança realizou atendimento em um serviço particular, e 79,5% disseram não ter faltado a alguma consulta no último ano.

Dos familiares, 93,2% conhecem o serviço de atenção básica de saúde mais próximo da residência, mas 63,6% levam a criança neste serviço quando necessário. 79,5% responderam que a criança não tem algum problema de saúde e que usavam antibiótico e antirretroviral, no momento da entrevista, 48,9% e 37,5%, respectivamente.

Tabela 2: Caracterização da alimentação ofertada às crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.

Variáveis	Categorias	N = 88	(%)
Tipo de leite consumido pela criança	Leite de vaca	27	30,6
	Fórmula láctea	59	67,0
	Leite de vaca e fórmula láctea	2	2,27
Frequência de alimentação láctea*	Adequada	16	18,1
	Inadequada	72	81,8
Recebe alimentação complementar	Sim	73	82,9
	Não	15	17,0
Frequência de alimentação complementar*	Adequada	19	21,5
	Inadequada	54	61,3
	Não se aplica	15	17,0

*Classificação segundo recomendações para a idade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c).

Fonte: Autora.

Em relação à alimentação ofertada as crianças verticalmente expostas ao HIV (Tabela 2) 67,0% consomem apenas fórmula láctea infantil recomendada e disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Nota-se que 81,8% das crianças não recebem a alimentação láctea na frequência adequada e 82,9% com ocorrência de introdução de alimentação complementar

depois dos seis meses de idade. Para as crianças que já recebiam a alimentação complementar, 61,3% possuía frequência inadequada.

Tabela 3: Assertivas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão curta) aplicada aos cuidadores familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.

Variáveis	Categorias	N = 88	(%)
Tipo de leite consumido pela criança	Leite de vaca	28	31,8
	Fórmula láctea	57	64,8
	Leite de vaca e fórmula láctea	3	3,4
Frequência de alimentação láctea*	Adequada	16	18,2
	Inadequada	72	81,8
Recebe alimentação complementar	Sim	75	85,3
	Não	13	14,7
Frequência de alimentação complementar*	Adequada	19	21,5
	Inadequada	54	61,4
	Não se aplica	15	17,1

*A presença de uma assertiva positiva é capaz de indicar a presença de insegurança alimentar no domicílio (SANTOS, LENDERMANN, MOTTA, MINTEM, BENDER, GIGANTE, 2014)

Fonte: Autora.

A classificação de insegurança alimentar obtida pela EBIA versão curta indicou presença em 52,2% dos domicílios residindo crianças expostas ao HIV (Tabela 3). A pergunta que obteve mais respostas positivas está relacionada à preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar (44,3%).

Tabela 4: Avaliações nutricionais por indicadores de crescimento infantil das crianças expostas ao HIV dividido em três categorias de idade (n = 88). Santa Maria, RS, 2018.

Categoria Etária	Avaliação nutricional	P/E	IMC/I	Avaliação nutricional	P/I	Avaliação nutricional	E/I	Avaliação nutricional	PC/I
		(n = 61)	(n = 61)		(n = 84)		(n = 76)		(n = 68)
Ao nascer	Magreza	4 (6,5%)	5 (8,1%)	Baixo peso	8 (9,5%)	Baixo comprimento	12 (15,7%)	Abaixo do esperado	3 (4,4%)
	Estrófico	49 (80,3%)	53 (86,8%)	Adequado	76 (90,4%)	Adequada	64 (84,2%)	Adequado	64 (94,1%)
	Risco de sobrepeso	8 (13,1%)	3 (4,9%)	Peso elevado	-			Acima do esperado	1 (1,4%)
		(n = 58)	(n = 58)		(n = 78)		(n = 76)		(n = 75)
≤ 6 meses de vida*	Magreza	12 (20,6%)	3 (5,1%)	Baixo peso	3 (3,8%)	Baixo comprimento	6 (7,8%)	Abaixo do esperado	2 (2,6%)
	Estrófico	45 (77,5%)	46 (79,3%)	Adequado	71 (91,0%)	Adequada	70 (92,1%)	Adequado	70 (93,3%)
	Risco de sobrepeso	1 (1,7%)	8 (13,7%)	Peso elevado	4 (5,1%)			Acima do esperado	3 (4,0%)
	Sobrepeso	-	1 (1,7%)						
			(n = 59)	(n = 59)		(n = 78)		(n = 76)	
> 6 meses de vida**	Magreza	2 (3,3%)	3 (5,0%)	Baixo peso	3 (3,84%)	Baixo comprimento	6 (7,8%)	Abaixo do esperado	2 (2,6%)
	Estrófico	44 (74,5%)	47 (79,6%)	Adequado	72 (96,1%)	Adequada	70 (92,1%)	Adequado	70 (93,3%)
	Risco de sobrepeso	12 (20,3%)	8 (13,5%)	Peso elevado	3 (3,84%)			Acima do esperado	3 (4,0%)
	Sobrepeso	1 (1,69%)	1 (1,69%)						

P/E: peso para estatura, IMC/I: índice de massa corporal para idade, P/I: peso para idade, E/I: estatura para idade, PC/I: perímetro cefálico para idade. * coleta documental de dados antropométricos mais próximo aos 6 meses de idade. ** dado mais próximo aos 12 meses de idade.

Fonte: Autora.

Conforme a tabela 4, na categoria etária ao nascer 80,3% (n = 49) apresentaram eutrofia segundo indicador P/E, 9,5% (n = 8) das crianças expostas ao HIV apresentaram baixo peso, 15,7% (n = 12) baixo comprimento e 8,1% (n = 5) magreza segundo IMC/I. A avaliação nutricional no período antes de seis meses de idade demonstrou 79,3% (n = 46) de eutrofia por indicador do IMC/I, 20,6% (n = 12) das crianças estava com magreza e 1,7% (n = 1) com risco de sobrepeso segundo indicador P/E, 7,8% (n = 6) baixo comprimento para idade. Após os seis meses de idade 79,6% (n = 47) eutróficos e 13,5% (n = 8) com risco de sobrepeso para o indicador do IMC/I. 20,3% (n = 12) apresentaram risco de sobrepeso segundo indicador P/E e 70 (93,3%) demonstrou adequado para perímetro cefálico.

Quando a classificação do IMC/I é analisada sem categorização etária (n = 75) observou-se 76% eutrofia, 4% magreza, 14,6% em risco de sobrepeso e 5,3% obesidade.

Tabela 5: Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador familiar e da criança exposta ao HIV e Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão curta). Santa Maria, 2018, (n = 88).

Variáveis socioeconômicas e clínicas do cuidador familiar	Segurança Alimentar	Insegurança Alimentar	Valor de P*
Faixa etária			
Até 25 anos	9 (10,2%)	13 (14,8%)	0,292
Entre 26-29 anos	10 (11,4%)	15 (17,0%)	
30 anos ou mais	23 (26,1%)	18 (20,5%)	
Sexo			
Masculino	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,735
Feminino	41 (46,6%)	45 (51,1%)	
Estado civil			
Convive com companheiro/esposo	35 (39,8%)	27 (30,7%)	0,035
Solteiro (a)	7 (8,0%)	18 (20,5%)	
Divorciado (a)	-	1 (1,1%)	
Escolaridade			
Não estudou	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0,258
Ensino Fundamental	13 (14,8%)	19 (21,6%)	
Ensino Médio	23 (26,1%)	24 (27,3%)	
Ensino Superior	5 (5,7%)	2 (2,3%)	
Renda familiar			
Sem renda	1 (1,1%)	4 (4,5%)	<0,0001
Menos de 1 salário (\leq R\$ 879,00)	3 (3,4%)	17 (19,3%)	
Entre 1 e 2 salários (R\$ 880,00 – 1760,00)	16 (18,3%)	21 (23,9%)	
Mais de 2 salários (\geq R\$ 1761,00)	22 (25,0%)	4 (4,5%)	
Pessoas que vivem com a renda			
Até 2 pessoas	2 (2,3%)	-	0,312
Entre 3 e 5 pessoas	29 (33,0%)	32 (36,4%)	
Acima de 5 pessoas	11 (12,5%)	14 (15,8%)	
Município de residência			0,050

Tabela 5: Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador familiar e da criança exposta ao HIV e Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão curta). Santa Maria, 2018, (n = 87).

(continua)

Santa Maria	36 (40,9%)	31 (35,3%)	
Município Região	6 (6,8%)	15 (17,0%)	
Zona do município			
Urbana	33 (37,5%)	40 (45,5%)	0,482
Rural	7 (8,0%)	4 (4,5%)	
Periurbana	2 (2,3%)	2 (2,3%)	
Esta empregado no momento			
Carteira assinada	12 (13,6%)	8 (9,1%)	0,476
Sem carteira	6 (6,8%)	6 (6,8%)	
Desempregado	24 (27,3%)	32 (36,4%)	
Ocupação			
Do lar	14 (15,9%)	24 (27,3%)	0,075
Outra	28 (31,8%)	22 (25,0%)	
Faz uso de álcool			
Sim	11 (12,5%)	20 (22,7%)	0,090
Não	31 (35,3%)	26 (29,5%)	
Faz uso de drogas			
Sim	1 (1,1%)	2 (2,3%)	0,612
Não	41 (46,6%)	44 (50,0%)	
Apresenta algum problema de saúde			
Sim	3 (3,4%)	9 (10,2%)	0,283
Não	39 (44,4%)	37 (42,0%)	
Infectado Pelo HIV			
Sim	41 (46,5%)	44 (50,1%)	0,504
Não	1 (1,1%)	2 (2,3%)	
Sabe como adquiriu o HIV			
Transmissão sexual	25 (28,4%)	24 (27,3%)	
Uso de drogas injetáveis	1 (1,1%)	-	0,395
Transfusão sanguínea	1 (1,1%)	-	
Desconhece	14 (15,9%)	20 (22,7%)	
Tempo de diagnóstico do HIV			
Menos de 1 ano	9 (10,2%)	7 (7,9%)	
1 a 5 anos	14 (15,9%)	20 (22,7%)	0,247
6 a 10 anos	12 (13,6%)	12 (13,6%)	
11 ou mais	8 (9,1%)	3 (3,4%)	
Faz tratamento para o HIV			
Sim	40 (45,5%)	38 (43,2%)	0,061
Não	1 (1,1%)	6 (6,8%)	
Comparece as consultas de acompanhamento			
Sim	40 (45,5%)	39 (44,3%)	0,065
Não	1 (1,1%)	5 (5,7%)	
Como é para você manter o acompanhamento é			
Difícil	4 (4,5%)	10 (11,4%)	0,009
Mais ou menos	6 (6,8%)	16 (18,1%)	
Fácil	30 (34,2%)	19 (21,6%)	
Relação com a criança exposta ao HIV			
Mãe	40 (45,5%)	44 (50,0%)	0,878
Pai	1 (1,1%)	1 (1,1%)	
Pais adotivos	1 (1,1%)	1 (1,1%)	
Possui outra criança sob seus cuidados			
Sim	26 (29,5%)	33 (37,5%)	0,297
Não	16 (18,2%)	13 (14,8%)	
A criança tem irmãos expostos ao HIV			0,535

Tabela 5: Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador familiar e da criança exposta ao HIV e Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão curta). Santa Maria, 2018, (n = 87).

(conclusão)

Sim	17 (19,3%)	18 (20,5%)	
Não	25 (28,4%)	28 (31,8%)	
Primeiro atendimento no ambulatório de infectologia			
Ao nascer	18 (20,5%)	17 (19,3%)	
Menos de um mês de vida	9 (10,2%)	10 (11,4%)	0,602
Entre 1 e 2 meses de vida	12 (13,6 %)	16 (18,2%)	
Mais de 2 meses de vida	3 (3,4%)	3 (3,4%)	
Nº consultas da criança no último ano			
Nenhuma	3 (3,4)	1 (1,1)	
1-4	23 (26,1%)	25 (28,4%)	0,011
5-8	8 (9,1 %)	17 (19,3 %)	
9-12	8 (9,1%)	3 (3,4%)	
A criança faltou alguma consulta no último ano			
Sim	4 (4,5%)	14 (15,9%)	0,018
Não	38 (43,1%)	32 (36,4%)	
Como é manter acompanhamento da criança			
Difícil	5 (5,7%)	10 (11,4%)	0,112
Mais ou menos	6 (6,8%)	12 (13,6%)	
Fácil	31(35,2%)	23 (26,1%)	
Conhece o serviço de atenção básica de saúde mais próximo da residência			
Sim	40 (45,5%)	42 (47,7%)	0,591
Não	4 (4,5%)	2 (2,3%)	
Leva a criança neste serviço quando necessário			
Sim	26 (29,5%)	30 (34,1%)	0,460
Não	16 (18,2%)	16 (18,2%)	
A criança apresenta algum problema de saúde			
Sim	8 (9,1%)	10 (11,3%)	0,482
Não	34 (38,6%)	36 (40,9%)	
A criança faz acompanhamento de saúde			
Sim	18 (20,5%)	18 (20,5%)	0,364
Não	24 (27,3 %)	28 (31,7%)	
Medicamentos que a criança usa			
Suplemento vitamínico	3 (3,4%)	4 (4,5%)	
Antibiótico	18 (20,5%)	25 (28,4%)	0,560
Antirretroviral	19 (21,6%)	14 (15,9%)	
Outros	2 (2,3%)	3 (3,4%)	
Tipo de leite consumido pela criança			
Leite de vaca	13 (14,8%)	15 (17,0%)	0,919
Fórmula láctea	28 (31,8%)	29 (33,0%)	
Leite de vaca e fórmula láctea	1 (1,1%)	2 (2,3%)	
Frequência da alimentação láctea			
Adequada	12 (13,7%)	4 (4,5%)	0,025
Inadequada	30 (34,1%)	42 (47,7%)	
Recebe alimentação complementar			
Sim	35 (39,8%)	40 (45,5%)	0,397
Não	7 (7,9%)	6 (6,8%)	
Frequência da alimentação complementar			
Adequada	9 (10,2%)	10 (11,3%)	0,517
Inadequada	24 (27,3 %)	30 (34,1%)	

HIV: Vírus da imunodeficiência humana.* Teste de Qui-quadrado de Pearson Valores significativos para $p < 0,05$.

Fonte: Autora.

A Tabela 5 descreve a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador e da criança e a EBIA. A SAN foi significativa para renda familiar maior de dois salários mínimos (>1761,00 reais) ($p = <0,0001$), 9 a 12 consultas da criança no último ano ($p = 0,011$) e frequência adequada de alimentação láctea ($p = 0,025$).

A insegurança alimentar foi significativa nos domicílios quando o cuidador familiar é divorciado ou solteiro ($p = 0,035$), considerada moderadamente difícil manter o seu acompanhamento em saúde ($p = 0,009$) e absenteísmo nas consultas de acompanhamento da criança ($p = 0,018$).

Tabela 6: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (versão-curta) e IMC das crianças verticalmente expostas ao HIV (n = 75). Santa Maria, RS, 2018.

Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) da criança	Segurança Alimentar	Insegurança Alimentar	Valor de P*
Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?			
Eutrofia	30 (52,6%)	27 (47,4%)	0,882
Magreza	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Risco de sobrepeso	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
Sobrepeso	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?			
Eutrofia	39 (68,4%)	18 (31,6%)	0,985
Magreza	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Risco de sobrepeso	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Sobrepeso	3 (75,0%)	1 (25,0%)	
Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?			
Eutrofia	34 (59,6%)	23 (40,4%)	0,963
Magreza	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Risco de sobrepeso	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
Sobrepeso	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?			
Eutrofia	41 (71,9%)	16 (28,1%)	0,546
Magreza	3 (100%)	-	
Risco de sobrepeso	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Sobrepeso	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?			
Eutrofia	45 (78,9%)	12 (52,6%)	0,949
Magreza	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Risco de sobrepeso	9 (81,8%)	2 (18,2%)	
Sobrepeso	3 (75%)	1 (25%)	
Total EBIA			
Eutrofia	27 (47,4%)	30 (52,6%)	0,927
Magreza	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Risco de sobrepeso	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
Sobrepeso	2 (50%)	2 (50%)	

EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. *Teste de Qui-quadrado Pearson valores significativos para $p < 0,05$.

Fonte: Autora.

A análise da EBIA versão-curta (por questão e avaliação total) e do IMC das crianças verticalmente expostas ao HIV não apresentou associação estatísticas significativa entre os grupos avaliados (Tabela 6).

6. DISCUSSÃO

As características referentes aos cuidadores familiares das crianças verticalmente expostas ao HIV assemelham-se a outras produções, quanto à faixa etária metade com idade inferior a 30 anos, sexo feminino e predomínio de renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Um estudo realizado no Ceará com o objetivo de caracterizar aspectos da alimentação das crianças nascidas expostas ao HIV teve como amostra 62 mães, na faixa etária de 20 a 29 anos (46,8%), predominando a renda familiar entre um e dois salários mínimos (46,8%), e forneceram informações referentes a 64 crianças (FREITAS, BARROSO, GALVÃO, 2013).

Pesquisadores de um estudo qualitativo desenvolvido em um município do interior do estado de São Paulo objetivou conhecer a experiência de cuidadores de crianças expostas verticalmente ao HIV e caracterizou a população estudada como sexo feminino (12 mães e 1 avó), faixa etária entre 18 e 58 anos e renda familiar entre um e dois salários mínimos por mês (SILVA, ALVARENGA, DUPAS, 2014). Outro estudo realizado no estado Ceará, do tipo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, identificou aspectos das interações sociais de crianças portadoras de HIV pela ótica de seus cuidadores, sendo mães, irmã, tia, avó. Entre as mães o intervalo de idade correspondia 27-45 anos e a maior parte da amostra encontra-se em situação de baixos níveis de renda (< 2 salários mínimos, sendo 38,4% < 1 salário de mínimo) (GALVÃO, CUNHA, RODRIGUES, GIR, 2013). Observa-se que os cuidados às crianças foram realizados por mulheres inseridas em um cenário economicamente restrito.

O estado civil do cuidador familiar foi relacionado à presença de insegurança alimentar em famílias. Achados de um estudo internacional realizado na Columbia Britânica, Canadá, com o objetivo de determinar o nível de insegurança alimentar e fome entre 1.213 pessoas com HIV que usam a terapia antirretroviral, apontou que houve tendências significativas para um maior risco de insegurança alimentar em mulheres que moravam sozinhas ou com filhos (NORMÉN et al., 2005). Os resultados de um estudo de métodos mistos, realizado no distrito de Suba, Quênia, que investigou a experiência vivida, determinantes e consequência da insegurança alimentar e fome entre os indivíduos que vivem com HIV, indicaram que os determinantes: maior número de filhos e não ser casado são significativamente associados à insegurança alimentar, (NAGATA et al., 2012).

Entretanto, os estudos brasileiros, não demonstraram associação estatisticamente significativa entre estado civil e insegurança alimentar. Estudo realizado no Distrito Federal

(DF) teve como objetivo examinar a insegurança alimentar, aplicando a EBIA versão curta, em 103 pacientes com HIV, idade média de 42,6 anos, o qual analisou a relação do estado civil com a insegurança e não obteve resultados estaticamente significativos (CHARÃO, BATISTA, FERREIRA, 2012). Em um estudo seccional realizado no estado da Paraíba com 796 indivíduos com HIV com idade igual ou superior a 18 anos avaliou a validade interna da escala EBIA e mediu a prevalência de insegurança alimentar indicou que a situação conjugal não mostrou relação significativa com insegurança (MEDEIROS et al., 2017). Um estudo transversal realizado com 205 pacientes com HIV atendidos no ambulatório de um hospital de referência em doenças infecciosas do estado do Ceará, que analisou fatores associados à insegurança alimentar não encontrou relação com estado civil (COSTA et al., 2018). Ressalta-se que estes estudos demonstraram a situação de insegurança alimentar nos domicílios de pessoas com HIV, mas não explicitam a presença de filhos.

Ao encontro dos achados disponíveis na literatura uma renda familiar maior também esteve associada a SAN. Segundo o estudo citado anteriormente, as pessoas que vivem com HIV que dispõem de menos de 1,5 salários mínimo como renda familiar mensal têm maior probabilidade de insegurança alimentar (COSTA et al., 2018). O estudo desenvolvido no DF observou-se que 73% dos indivíduos representam as classes sociais mais baixas D e E (D = 1 a 3 salários mínimos e E = até 1 salário mínimo, segundo o Critério de Classificação Econômica no Brasil) e uma prevalência geral de 23,3% de insegurança alimentar (CHARÃO et al., 2012). E outro estudo indicou por meio do modelo de regressão múltipla de Poisson que a renda per capita inferior a meio salário mínimo aumenta em 83,1% a prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave (MEDEIROS et al., 2017).

A baixa renda implica na restrição de alimentação saudável e adequada expondo as famílias à irregularidades nutricionais e observa-se que esta desigualdade social abrangem ao acesso a saúde, educação e saneamento (SIQUEIRA et al., 2014). A pobreza compromete o estado nutricional familiar, sendo assim há necessidades de estratégias de combate a fragilidade financeira por meio de investimentos nas áreas de saúde infantil, nutrição, educação e geração de renda. A melhoria destes aspectos oportuniza um futuro com favorável de qualidade vida desta população e crescimento infantil adequado (MARTORELL, ZONGRANE, 2012; LI, DACHNER, TARASUK, 2016).

No presente estudo o grau de dificuldade de manter o acompanhamento “mais ou menos” foi estatisticamente significativo para insegurança alimentar dos cuidadores familiares que possuem HIV. Um estudo qualitativo realizado em Fortaleza, Ceará, com 14 mulheres com HIV e idades entre de 23 a 41 anos, cuja renda média era de um salário mínimo, sete sem

cônjuges e apenas duas não tinham filhos. Essas mulheres relataram suas motivações e estratégias de enfrentamento à infecção, assim foi posto como itens essencialmente positivos o suporte familiar e social, religiosidade, presença de filhos e cumplicidade profissional, definindo que há dificuldades de manter o acompanhamento clínico (GALVÃO, PAIVA, 2011). O estudo qualitativo mostrou a resistência dos cuidadores em manter o acompanhamento diante das adversidades. O estudo de Medeiros et al. apresentou prevalência de 66,5% de insegurança alimentar e prevalência de insegurança alimentar grave maior em domicílios com indivíduos menores de 18 anos (MEDEIROS et al., 2017).

Um artigo revisão publicado por autores da Califórnia, EUA, investigou a relação de insegurança alimentar e desfechos clínicos relacionados ao HIV e concluiu que insegurança alimentar está associada à diminuição do acesso aos serviços de tratamento e assistência ao HIV e os piores desfechos clínicos para indivíduos em terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) (YOUNG et al., 2014). Destaca-se um dos artigos incluídos nessa revisão, o qual foi realizado no Quênia e descreveu o medo das pessoas de tomar remédios com o estômago vazio devido à falta de alimentos ocasionando recusas a tomar antirretrovirais (UNGE et al., 2008). Ainda, em outro estudo incluído na mesma revisão, desenvolvido em Uganda, as pessoas que recebiam antirretrovirais frequentemente necessitavam escolher entre pagar o transporte para a clínica ou usar o dinheiro para tentar se alimentar adequadamente e seus filhos (TULLER et al., 2010). Ambos com métodos de investigação qualitativa. Isso reflete de forma negativa no empenho do indivíduo com HIV em manter as consultas, na retirada dos medicamentos e/ou na suficiência de alimentos para a família. Em países desenvolvidos com o EUA, um estudo indicou que as chances de supressão viral foi 70% menor entre os participantes que estavam gravemente inseguros em comparação com aqueles que não estavam, e ainda que impacto da insegurança alimentar na supressão viral possivelmente deve-se a adesão à terapia (WEISER et al., 2009).

Da mesma forma, enquanto insegurança mostrou associada ao distanciamento ao cuidado a saúde, alguns resultados demonstraram a SAN como efeito protetor ao acompanhamento clínico e adesão aos antirretrovirais (BYRON, GILLESPIE, NANGAMI, 2008; CANTRELL et al., 2008; FIELDEN et al., 2014; UNITED NATIONS, 2011). Tais resultados convergem também com os achados do presente estudo quanto ao absenteísmo das crianças nas consultas de acompanhamento no último ano está associada à insegurança alimentar.

Os dados do atual estudo destacam que a frequência adequada da alimentação láctea está associada a SAN. Estudo realizado no Ceará com amostra de 62 mães que forneceu

informações sobre 64 crianças expostas ao HIV identificou que 57,8% de consumo inadequado do leite no quesito diluição e frequência. Além disso, observou-se que 40 crianças possuíam idade para introdução da alimentação complementar, porém, 10 crianças ainda consumiam somente leite (FREITAS et al., 2014). Notou-se, em estudo também realizado no Ceará com amostra de 18 mães com HIV em acompanhamento no serviço especializado de infectologia, às quais informaram ter filhos menores de seis meses, 27,8% das crianças expostas não recebiam fórmula láctea na quantidade e frequências adequadas para a idade, uma mãe mencionou a falta de orientação sobre preparo da alimentação láctea (BARROSO et al., 2009). Em um estudo feito no Cabo Ocidental, África do Sul com 25 crianças expostas ao HIV e 22 não expostas mostrou que fórmula láctea infantil obteve frequência adequada para as 25 crianças expostas e reduziu significativamente a frequência de 100% aos 6 meses para 80% aos 12 e 18 meses idade (ROSSOUW et al., 2016).

Conforme a quantidade que a criança consome o leite materno a sua composição é adaptada às necessidades específicas com o tempo (NEVILLE et al., 1984). Porém, com fórmula láctea não há esta autorregulação, mas se for oferecida em volumes e frequências recomendadas por idade, torna-se nutricionalmente adequada. A má nutrição dos lactentes que consomem fórmulas lácteas aponta uma preocupação quanto à diluição incorreta e a frequência da oferta à criança para mais ou para menos (KUHN, ALDROVANDI, 2010). As práticas alimentares inadequadas provocam consequências à saúde, como desnutrição pelo consumo alimentar insuficiente ou sobrepeso e obesidade pela quantidade energética aumentada. Isso é ainda mais prejudicial quando os lactentes possuem uma condição de cuidados saúde específicos, como a exposição pelo HIV (WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, 2010).

Além da distribuição gratuita de fórmula infantil quando há necessidade comprovada, como no caso da exposição ao HIV, se faz necessário o acesso a cuidados de saúde e monitoramento do crescimento da criança. É preciso que profissionais de saúde orientem o preparo e a frequência da alimentação, pois a realização incoerente pode ocasionar doenças infecciosas e desnutrição (OPERATIONAL GUIDANCE ON INFANT FEEDING IN EMERGENCIES, 2017).

A caracterização do estado nutricional de crianças expostas ao HIV investigadas por esse estudo em Santa Maria pode ser comparada a outras pesquisas, como em um estudo Palmas, Tocantins, com 13 crianças na faixa etária de 0 a 18 meses com o objetivo de delinear o perfil antropométrico e dietético de crianças expostas ao HIV, apresentou resultados equivalentes ao nascer com predomínio de eutrofia/adequada quanto aos

indicadores IMC/I, PC/I, P/I e E/I, resultados acima de 69%. O risco de sobrepeso foi de 8%, magreza ou não possui os dados no prontuário foi 23% para o indicador IMC/I e baixa estatura foi 15% (SOUZA, GRATÃO, PEREIRA, 2018).

No estudo na região do sul da África, nenhum lactente exposto ao HIV apresentou baixo peso nas avaliações nutricionais realizadas com 6, 12 e 18 meses (ROSSOUW et al., 2016). Uma tese de doutorado comparou o crescimento longitudinal de crianças expostas e não expostas ao HIV na África do Sul usando padrões de crescimento da OMS, demonstrou que as crianças expostas ao HIV tiveram crescimento semelhante a crianças não expostas (RAMOKO, 2017), um artigo proveniente desta tese diz que dose única de nevirapina como profilaxia dado ao bebê exposto após o parto e a mãe no momento do parto foi associada com maior média de velocidade do comprimento (RAMOKOLO et al., 2014).

Em um instituto de saúde na Lusaka, Zâmbia, inicialmente com 200 lactentes expostos ao HIV e 207 lactentes não expostos, realizou análise longitudinal de estudo de coorte para comparar o crescimento das crianças. Até 16 semanas de vida havia evidência de diferenças na avaliação nutricional do indicador IMC/I com crianças expostas ao HIV, sendo mais baixos do que em crianças não expostas. Houve evidência estatisticamente significativa limítrofe de uma diferença crescente na avaliação nutricional do peso para idade e comprimento para idade entre 1 e 6 semanas nos expostos, sinalizando que tal resultado poderia ser um período em que a exposição materna ao HIV tem um grande efeito sobre o crescimento. Entre 6 e 16 semanas permaneceram razoavelmente constantes para os mesmos indicadores (ROSALA-HALLA, BARTLETT, FILTEAU, 2017).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi realizado um estudo de coorte o qual avaliou parâmetros de crescimento 97 lactentes não infectados e 33 lactentes infectados nascidos de mães infectadas com o HIV com idade entre 6,3 e 18,6 meses. As medidas de altura e peso cresceram de forma mais lenta para crianças infectadas do que as crianças expostas, o mesmo aconteceu para os parâmetros peso para idade, estatura para idade e peso para comprimento (FAUSTO et al., 2011). Em São Paulo, um estudo que teve como um dos objetivos descrever o peso ao nascer de 62 recém-nascidos expostos ao HIV indicou peso médio ao nascer menor que aos nascidos vivos da população geral (BASSICHETTO et al., 2013).

A avaliação antropométrica é de fácil realização e baixo custo, objetiva e possibilita comparar com padrão de crescimento de referência (SPERANDIO et al., 2011; GORSTEIN, AKRÉ, 1988). Por suas vantagens, é aconselhada a sua realização por profissionais de saúde

capacitados. A identificação do estado nutricional de crianças é importante, pois possíveis alterações de crescimento permitem intervenções precoces que podem beneficiar a saúde e desenvolvimento infantil, já que viabiliza o estabelecimento de situações de risco e o planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Os estudos citados anteriormente remetem a necessidade de atenção voltada ao monitoramento do crescimento de crianças expostas ao HIV, diante da condição clínica que demonstra estar interligada a alterações antropométricas, além de intervenções para restabelecimento do estado nutricional, quando inadequado.

No presente estudo 17% das mulheres tiveram diagnóstico de HIV a menos de um ano, dado que indica a descoberta da infecção durante o pré-natal. O Boletim epidemiológico HIV informa 116.292 gestantes infectadas com HIV notificadas desde 2000 até junho de 2018, 38,6% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul com 30,4%. Um estudo realizado no estado de Alagoas buscou conhecer as características epidemiológicas da infecção pelo HIV em 773 gestantes no período de 2017 a 2015 demonstrou que a maior parte do diagnóstico ocorre durante o pré-natal para a maioria desses anos, com 41,3% (SILVA et al., 2018).

Resultados de um estudo realizado na Filadélfia, USA, envolvendo 656 mulheres infectadas pelo HIV encontraram que 25% foram diagnosticados durante a gravidez, destas 71% receberam antirretrovirais (MOMPLAISIR et al., 2015). Estudo realizado em Brighton and Sussex University Hospitals (BSUH) no Reino Unido com amostra de 75 mulheres indicou que o diagnóstico do HIV ocorreu em 28% durante o pré-natal e destas uma das mulheres iniciou o uso de antirretrovirais após o parto (RAFFE et al., 2017).

Um estudo descritivo brasileiro fez levantamento do número de gestantes notificadas por HIV na gestação em cinco estados e no Distrito Federal, 2007-2012, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) encontrando 1.255 no Amazonas, 1.082 no Ceará, 306 no DF, 636 no Espírito Santo, 3.903 no Rio de Janeiro e 6.870 no Rio Grande do Sul. O maior número de gestantes que sabiam o diagnóstico de HIV era no Espírito Santo, DF e Rio Grande do Sul. A proporção mais elevada de gestantes que teve diagnóstico na gestação foi no Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro e quase vinte por cento descobriram no parto no estado do Amazonas (MIRANDA et al., 2016).

Dados destes estudos remetem necessidade de mais esforços na utilização de testes de HIV durante o pré-natal e o parto para correção de falta de diagnóstico precoce e,

consequentemente, início dos cuidados específicos ao HIV, evitando desfechos negativos à gestação e à transmissão vertical (VELOSO et al., 2010; HSIEH et al., 2014). Para isso, é necessária a articulação dos serviços de saúde para evitar falhas na solicitação de testes e na introdução do tratamento (MIRANDA et al., 2016; OLIVEIRA, TAKAHASHIM, 2011).

Os serviços de atenção primária têm o papel do cuidado à família, com relações mais estreitas com a comunidade, podendo identificar a presença de gestantes na região e, também, a comunicação com os serviços especializados para assistências nos casos de HIV e, em conjunto, garantir o cuidado integral. A integração deve-se a aplicações de políticas de atenção primária, saúde da mulher e políticas de DST/Aids.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação de crianças expostas verticalmente ao HIV, majoritariamente, o cuidador principal é a própria mãe biológica e ter companheiro e renda familiar maior de dois salários mínimos foi fator protetor da insegurança alimentar nas famílias.

Pelo fato de a mãe viver com o HIV, precisa ter acompanhamento especializado, e considerá-lo moderadamente difícil mantê-lo foi fator negativo para insegurança alimentar; assim como o absenteísmo nas consultas das crianças. Enquanto manter mais de nove consultas da criança no último ano foi estatisticamente significativo para SAN. Indica a necessidade de estratégias de promoção de acesso e longitudinalidade nos serviços, para que o binômio mãe-bebê mantenha a assiduidade nas consultas.

Considera-se que a falta de poder aquisitivo pode restringir a compra de alimentos em quantidade e qualidade adequada. É necessário orientar quanto às possibilidades de alimentação complementar considerando acessibilidade, considerando as barreiras (razões culturais ou sociais, medo do estigma e discriminação) para escolher a opção de alimentação, e sustentabilidade, no que se refere ao fornecimento contínuo e ininterrupto de todos os mantimentos e nutrientes necessários para alimentar a criança.

Com era previsto, a frequência adequada de alimentação láctea esteve associada a SAN, visto que esta pode assumir as necessidades nutricionais da criança para um crescimento dentro dos padrões recomendados. Reitera a necessidade de avaliação e orientação, contínua nas consultas, acerca da frequência adequada de alimentação láctea, conforme a idade da criança. O IMC/I das crianças expostas não demonstrou relação a (in)segurança alimentar, mas há evidências científicas de diferença no crescimento de crianças expostas e não expostas. Ressalta-se que no presente estudo não foi realizado cálculo amostral, sendo que o cálculo as associações estatísticas não significativas podem ser decorrentes do número da amostra.

Ao observar diagnósticos de HIV a menos de um ano dos cuidadores familiares entrevistados, foi possível observar que coincide com período de pré-natal. A investigação desta questão demonstrou que isso ocorre em outros estados do Brasil e do exterior, em diferentes momentos da gestação. Em alguns casos as gestantes não fazem uso de antirretrovirais e outras têm o diagnóstico somente no momento parto.

Os resultados encontrados neste estudo indicam a importância da atenção ao cuidado nutricional de crianças verticalmente expostas ao HIV. Identificar a insegurança

alimentar em famílias, os fatores que estão associados e o monitoramento do crescimento infantil possibilitou a focalização criteriosa no perfil desta população visualizando problemas de saúde pública e necessidade de atenção das políticas de públicas.

Os achados reforçam a necessidade de considerar os diferentes fatores vinculados ao crescimento e desenvolvimento infantil, tais como de caráter nutricional e socioeconômico que influenciam na saúde da criança. As diferentes esferas do governo devem gerir a implementação de ações intersetoriais sobre os fatores de insegurança alimentar e nutricional com alerta aos grupos mais vulneráveis ao descumprimento do direito à alimentação adequada, sendo essencial o aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY E.; SAUNDERS C.; LACERDA E. M. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002
- AHMADU-ALI U. A. A.; COUPER, I. D. B. The practice of exclusive breastfeeding among mothers attending a postnatal clinic in Tswaing subdistrict, North West province. **South African Famil Practic.**, v. 55, n. 4, p. 385-90, 2013.
- AIRES, J, S. et al.(In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.1, p.102-108, 2012.
- ALBERT P. L.; SANJUR D. The adaptation and validation of the food security scale in a community of Caracas. **Arch Latinoam Nutr.**, Venezuela, v. 50, p. 334-40, 2000.
- ALVARENGA, W. A. et al. Vulnerabilidade da Família de Crianças Expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana. **Rev enferm UFPE.**, v. 10, n 5, p.4167-75, 2016.
- ALVAREZ M. C., ET AL. Validation of a household food security scale in Antioquia, Colombia. **Salud Pública Méx.**, Colombia, v. 48, p. 474-81, 2006.
- ALVES C. R. L., ET AL. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Rev Paul Pediatr.**, v. 30, n. 4, p. 499-06, 2012.
- ASSIS, A. M. O. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. **Rev Saúde Publica.**, v. 38, n. 4, p. 543-51, 2004.
- BAIG-ANSARI, N. et al. Child's gender and household food insecurity are associated with stunting among young Pakistan children residing in urban squatter settlements. **Food Nutr Bull.**, v.27, n.2, p. 114-27, 2006.
- BALDISSERA, R.; ISSLER R. M. S.; GIUGLIANI E. R. J. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v. 32, n.9, 2016.
- BARATIERI, T. ET AL. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Rev Enferm UFSM**, 2014.
- BARROSO, L. M. M. et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao hiv/aids Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 155-164, 2009.
- BARROSO, L. M. M.; FREITAS, J. G.; GALVÃO, M. T. G. Escala de avaliação da capacidade paracuidar de crianças expostas ao HIV. **Rev Enferm UFPE on line**. v. 7, n. 1 , p. 722-30, 2013

BASSICHETTO, K. C. et al. Gestantes vivendo com HIV/AIDS: características antropométricas e peso ao nascer dos seus recém-nascidos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.35 n.6, 2013.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro., v. 19, n. 1, p. S181-S191, 2003.

BECQUART, P. et al. Os anticorpos secretivos contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no colostro e no leite materno não são um determinante importante da proteção da transmissão pós-natal precoce do HIV. **J Infect Dis**; v. 181 p. 532 -539, 2000.

BECQUET, R. A. E. et al. Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus. **Côte d'Ivoire. Pediatrics.**, Abidjan, v.117, n.4, p. 701-10, 2006.

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS FILHO, A. A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 26, n. 5, p. 405–11, 2009.

BHIVA. British HIV Association Writing Group. Guidelines BHIVA. Neonatal management. **HIV Medicine**, v. 13, n. 2, p. 126-133, 2012.

BICK., M. A.; DE PAULA, C. C. **Associação da condição social e clínica à capacidade para alimentar crianças verticalmente expostas ao HIV**. Dissertação de Mestrado UFSM/2017. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2016_2017/Dissertao_Marlia_Alessandra_Bick.pdf> Acesso em: 30 out. 2018.

BONANNO, L. **São Paulo não está preparada para atender HIV na atenção básica**. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/01/24/sp-nao-esta-preparada-para-atender-hiv-na-atencao-basica-dizsecretario.htm>> Acesso em: 18 out. 2018

BOTENE, D. Z. A. et al. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com Aids. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v 45, n.1, p.108-115, 2011.

BRANDÃO, T. Epidemiological and nutritional characteristics of pregnant HIV-infected women. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.33, n.8, p.188-95, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Portaria nº. 2313 de 19 de dezembro de 2002**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília, DF, 2007a.

_____. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH. **O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2013a.

_____. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH.; Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF, 2010d.

_____. Atenção Básica do RS. **Coordenação Estadual de DST/HIV/AIDS**. Disponível em: < <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/ist-hiv-aids> >. Acesso em: 10 dez. 2018b.

_____. Câmara dos Deputados. Lei Nº 8.069, de 13 de junho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1990.

_____. Departamento de AIDS, DST e Hepatites Virais. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatite virais. Brasil**. Disponível em <Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/efeitos-colaterais>>. Acesso em: 11 nov. 2018. 2015b

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Disponível em < <http://cod.ibge.gov.br/2V714> >. Acesso em: 25 out 2017d

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: < <http://bit.ly/1mTMIS3> > Acesso em: 10 set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos - Versão para consulta pública**. Brasília, DF, 2018c.

_____. Ministério da Saúde. 1ª à 26ª semanas epidemiológicas. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição**, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde com base nas recomendações de Brasil (2010) e Brasil (2004). Brasília, DF, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Estudo de caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano a alimentação adequada**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.276, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2013. **Regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Portal Brasil. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php?conteudo=teste_rapido_balancas >. Acesso em 19 set. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª ed, nº 23. Brasília, DF, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª ed. nº. 23. Brasília, DF, 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2 ed. Brasília , DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano V**. Brasília, DF, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - HIV Aids**. Brasília, DF, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília , DF, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em saúde. Programa nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF, 2010e.

_____. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasilia, DF, 2010b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. v4.3.16.1. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431690>>. Acesso em: 10 dez 2017e.

_____. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 13.257, De 8 de Março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Brasília: 2016b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.346, De 15 de Setembro de 2006, Regulamento Cria o Sistema Nacional de Segurança**

Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências, Brasília: 2006b.

_____. Secretária de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção Estadual de Controle das DST/Aids. **Coleção Ações em Saúde Série Boletim Epidemiológico 2: HIV/Aids**. Porto Alegre, RS: 2017b.

_____. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Departamento de Nutrologia. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. 2^a ed. São Paulo, 2008.

BROILO, M. C. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 485-91, 2013.

BYRON, E.; GILLESPIE, S.; NANGAMI, M. Integrating nutrition security with treatment of people living with HIV: lessons from Kenya. **Food Nutr Bull.**, v. 29, n. 2, p. 87-97, 2008.

CAMPAGNOLO, P. D. B. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev Nutr Campinas.**, v. 25, n. 4, p 431-39, 2012.

CANTRELL, R. A. et al. A pilot study of food supplementation to improve adherence to antiretroviral therapy among food-insecure adults in Lusaka, Zambia. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 49, n. 2, p. 190-5, 2008.

CASTRO, J. **Geografia da fome (o dilema brasileiro: pão ou aço)**. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares Achiamé, 1980.

CATASSI, C. et al. Alterações da permeabilidade intestinal durante o primeiro mês: efeito da alimentação natural versus alimentação artificial. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.**, v.21, n 4, p. 383 – 86, 1995.

CHARÃO, A. P. S.; RIBEIRO, M. H.; BATISTA, S.; FERREIRA, L. B. Insegurança alimentar de pacientes com HIV / AIDS em uma unidade de sistema ambulatorial de saúde em Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. L, n. 6, 2012.

CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul Pediatr.**, 27(3):258-64, 2009.

COSTENARO, R. G. S. **O cuidado e o cuidador: teias de possibilidades de quem cuida**, 1. ed. Moriá, 2012.

COTTER, A. M. et al. Is antiretroviral therapy during pregnancy associated with an increased risk of preterm delivery, low birth weight, or stillbirth? **J Infect Dis.**, v. 193, p.1195-201, 2006.

COUTSOUDIS, A. et al. Are HIV - infected women who breastfeed at increased risk of mortality? **AIDS.**, v.15, n 5, p 653-665, 2001.

CRUZ, M. C. C.; ALMEIDA, J. A. G.; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev Nutr Campina.**, v. 23, n. 2, p. 201-21, 2010.

DA COSTA, L. N. F. et al. Fatores associados à insegurança alimentar em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Rev Bras Promoç Saúde.**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2018.

DA SILVA, C. M. et al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, p. 613-21, 2018.

DA SILVA, M. R.; ALVARENGA, W. A.; DUPAS, G. Experiência do cuidador no tratamento preventivo da criança exposta ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Experiência do cuidador no tratamento preventivo da criança exposta ao Vírus da Imunodeficiência Humana. **Rev Rene.**, v.1, n.5, p.743-52, 2014.

DAELMANAS, B.; MARTINES, J.; SAADEH, R. Conclusions of the Global Consultation on Complementary Feeding. **Food Nut Bull.**, v. 24 p. 26-9. 2003.

DE ONIS, M. et al. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. **Food and Nutrition Bulletin.**, v. 25, n.1, p. 27-36, 2004.

DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde E Soc.**, v.23, n. 4, p. 1275-87, 2014.

DOS REIS, H. L. B. et al. Preterm birth and fetal growth restriction in HIV-infected Brazilian pregnant women. **Rev. Inst. Med. Trop.**, Sao Paulo, v. 57, n. 2, p. 111-20, 2015.

DUARTE, G.; QUINTANA, S. M.; EL BEITUNE, P. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 12, p. 768-78, 2005.

EVANS, C.; JONES, C. E.; PRENDERGAST, A. J. HIV-exposed, uninfected infants: new global in the era of paediatric HIV elimination. **Lancet Infection Disease**, v.16, p. 92-107, 2016.

FAUSTO, M. A. et al. Longitudinal anthropometric assessment of infants born to HIV-1-infected mothers, Belo Horizonte, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):652-60.

FEITOSA, A. C. et al. Terapia antirretroviral:fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev.Enferm.**, v12, n.3, p.515-521, 2008.

FERREIRA, D. C.; SANTOS A. S.; RAVAZZANI E. D. A. Avaliação do perfil nutricional de crianças de um CMEI da região de Curitiba – PR. **Cadernos da Escola de Saúde.**, Curitiba, v. 1, n. 9, p. 187-198, 2017.

FIELDEN, S. J. et al. Measuring food and nutrition security: tools and considerations for use among people living with HIV. **AIDS Behav.**, v. 18, p. S490–S504, 2014.

FIGUEROA D. P.; SOUZA M. M.; ROCHA A.C. D. Fatores associados ao estado nutricional de crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches públicas: uma revisão sistemática. **Rev Nutr.**, v. 28, n. 4, p. 451-463, 2015.

FREITAS, J. G. et al. Alimentação de crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.3, p. 617-25, 2014.

FREITAS, J. G.; BARROSO, L. M. M.; GALVÃO, M. T. G.; Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n.4, 2013.

FROTA, M. A. et al. Cuidado à criança com HIV: percepção do cuidador. **Acta sci., Health sci.** v. 34 n. 1 p. 39-45, 2012.

GALVÃO, M. T. G. et al. Aspectos das interações sociais de crianças portadoras de hiv pela ótica dos seus cuidadores. **Rev Rene.**, v. 14, n.1, p. 262-71, 2013.

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-7, 2011.

GIULIANI, F. et al. Monitoring postnatal growth of preterm infants: present and future. **Am J Clin Nutr**, v. 103, n 2, p. 635S -647S, 2016.

GORSTEIN, J.; AKRÉ, J. The use of anthropometry to assess nutritional status. **Wld Hlth statist Quart.**, v. 41, p. 48-58, 1988.

GOTO, K. et al. Epidemiologia da permeabilidade intestinal alterada à lactulose e ao manitol em lactantes guatemaltecos . **Pediatr Gastroenterol Nutr** . v. 28, n. 3, p. 282 – 90, 1999.

GROSS, R. S. et al. Food insecurity and obesogenic maternal infant feeding styles and practices in low-income families. **Pediatrics.**, v. 130, n. 2, p 254-61, 2012.

HARRISON, G. G. et al. Development of a Spanish-language version of the U.S. household food security survey module. **J Nutr.**, v.133, p.1192-7, 2003.

HARVEY, S.; CALLABY, J.; ROBERTS, L. An exploration of complementary feeding of infants and young children in the rural area of Muhoroni, Nyanza province, Kenya: a descriptive study. **Paediatr Int Child Health.**, v. 37, n. 3, p. 172-80, 2017.

HORVATH, T. et al. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. Ed 1. **Cochrane Database of Systematic Reviews.**, v.1, p. 1-36, 2009.

HSIEH, A. et al. Community Engagement Working Group of the Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children. From patient to person: the need for an 'HIV trajectories' perspective in the delivery of prevention of mother-to-child-transmission services. **AIDS.**, v.28, n. 3, p. S399-409, 2014.

ILIFF, P. J. ET AL. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV- 1 transmission and increases HIV-free survival. **AIDS.**, v.19, n 7, p. 699-708, 2005.

INTERGROWTH-21st. Standards and Tools. 2017. Disponível em: <<https://intergrowth21.tghn.org/standards-tools/>>. Acesso em 19 set. 2018.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L.; BARROS FILHO, A. A. Introdução alimentar e anemia em lactentes do município de Campinas (SP). **Rev Paul Pediatr.**, v. 27, n.4, p. 381-8, 2009.

KAUFMANN, C. C. et al. Feeding during the first three months of life for infants of a cohort in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev Paul Pediatr.**, v.30, n.2, p.157-65, 2012.

KENDALL, A.; OLSON, C. M.; FRONGILLO JR., E. A. Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity. **J Nutr.**, v.125, p. 2793-801, 2012.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Cienc Saúde Coletiva.**, v.16, n. 1, p. 187-199, 2011.

KRAMER, M. S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. **JAMA.**, v. 285, n. 4, p. 413 -420, 2001

KUHN, L.; ALDROVANDI, G. Survival and Health Benefits of Breastfeeding Versus Artificial Feeding in Infants of HIV-Infected Women: Developing Versus Developed World. **Clin Perinatol.**, v. 37, n.4, p. 843-x, 2010.

LABINER-WOLFE, J.; FEIN, S. B.; SHEALY, K. R. Infant formula-handling education and safety. **Pediatrics.**, v.122, n. 2, p. S85-90, 2008.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEE, G. et al. Infant feeding practices in the Peruvian Amazon: implications for programs to improve feeding. **Rev Panam Salud Publica.**, v.36, n.3, p.150-7, 2014.

LEONE, C. R., SADECK L. S. R.. Curvas de crescimento intrauterino e extrauterino na avaliação do crescimento de recém-nascidos prétermo. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Prociányo RS, Leone CR, organizadores. PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 11. **Artmed/Panamericana.**, Porto Alegre, p. 9-37, 2014.

LI, N.; DACHNER, N.; TARASUK, V. The impact of changes in social policies on household food insecurity in British Columbia, 2005-2012. **Prev Med.**, v.93, p.151-8, 2016.

LIMA, D. B. et al. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45, n.2, p.1705-9, 2011.

LOPES, F. O. et al. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro. **Cienc & Saúde Coletiva.**, v.18, n.2, p.431-39, 2013.

- MACHADO, F. C. et al. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. **Cienc. saúde colet.**; v. 13, n. 6, p. 1851-7, 2008.
- MACHADO, M. M. T. et al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. Infant**, v 10, n. 3, p. 377-82, 2010.
- MAGONI, M. et al. Mode of infant feeding and HIV infection in children in a program for prevention of mother-to-child transmission in Uganda. **AIDS**, v. 19, n. 4, p. 433-437, 2005.
- MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciênc & Saúde Coletiva.**, v. 19, n. 1, p. 93-04, 2014.
- MARQUIS, G. S. et al. Factors are not the same for risk of stopping exclusive breast-feeding and introducing different types of liquids and solids in HIV-affected communities in Ghana. **Br J Nutr.**, v. 116, n.1, p. 115-25, 2016.
- MARTORELL, R., ZONGRONE, A. Intergenerational influences on child growth and undernutrition. **Pediatr Perinat Epidemiol.**, v.26, n. 1, p. 302-14, 2012.
- MEDEIROS, A. R. C. Insegurança alimentar moderada e grave em famílias integradas por pessoas vivendo com HIV/Aids: validação da escala e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 22, n.1º, p. 3353-3364, 2017.
- MEDEIROS, H. M. F. et al. Existir de crianças com AIDS em casa de apoio: compreensões à luz da enfermagem humanística. **Rev. gaúch. Enferm**, v 29, n. 3, p. 400-407, 2008.
- MELGAR-QUINONEZ, H. et al. Validation of an instrument to monitor food insecurity in Sierra de Manantlan, Jalisco. **Salud Pública Méx.**, v. 47, p. 413-22, 2005.
- MENEZES, S. R. C. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. **Cad Saude Publica.**, v.23, n. 3, p.S379-89, 2007.
- MIRANDA, A. E., Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016.
- MOMPLAISIR F. M. et al. Time of HIV Diagnosis and Engagement in Prenatal Care Impact Virologic Outcomes of Pregnant Women with HIV. **PLoS ONE.**, v. 10, n. 7, 2015
- MONTARROYOS, E. C. L.; COSTA, K. R. L.; FORTES, R.C. Antropometria e sua importância na avaliação do estado nutricional de crianças escolares. **Com. Ciências Saúde.**, v.24, n.1, p.21-26, 2013.
- MONTEIRO F. et al. Bolsa família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Cienc Saúde Coletiva.**, v. 9, n. 5, p. 1347-57, 2014
- MORAIS, R. L. S. et al. Primeira Infância e Pobreza No Brasil: uma análise integrada a partir de indicadores em saúde, educação e desenvolvimento social. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 303-314, 2015

MORELLATO A.; ALMEIDA J. C.; CABISTANI N. Avaliação da Introdução Precoce da Alimentação Complementar em Crianças de 0 a 24 Meses Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev HCPA.**, v. 29, n.2, p.133-38, 2009.

MOTTA, M. G. C. et al. Criança com HIV/AIDS: percepção do tratamento antirretroviral. **Rev. gaúch. Enferm.**, v 33, n. 4, p. 48-55, 2012.

NAGATA, J. M. et al. Social determinants, lived experiences, and consequences of household food insecurity among persons living with HIV/AIDS on the shore of Lake Victoria, Kenya. **AIDS Care.**, v. 24, n. 6, p.728-36, 2012.

NEVILLE, M. C. et al. Studies on human lactation. I. Within-feed and between-breast variation in selected components of human milk. **Am J Clin Nutr.**, v.40, p. 635–646, 1984.

NEWELL, M L. Does breastfeeding really affect mortality among HIV- 1 infected women? **The Lancet** , v. 357, n 9269, p 1651-1655, 2001

NEWELL, M. L. HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence. Geneva: UNAIDS; 2014.

NIKIÈMA, L. et al. Effectiveness of facility-based personalized maternal nutrition counseling in improving child growth and morbidity up to 18 months: A cluster-randomized controlled trial in rural Burkina Faso. **PLoS ONE.**, v. 12, n. 5, 2017.

NIQUINI, R. et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 12, n.3, p.446-57, 2009.

NORMÉN, L. et al. Food insecurity and hunger are prevalent among HIV-positive individuals in British Columbia, Canada. **J Nutr.**, v.135, n. 4, p. 820-5, 2005.

OLIVEIRA M. I. C.; RIGOTTI R.R.; BOCCOLINI C.S. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. **Cad Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 65-72, 2017.

OLIVEIRA, D. A.; CASTRO, I. R. R.; JAIME, P. C. Padrões de alimentação complementar no primeiro ano de vida no Município do Rio de Janeiro, Brasil: tendência temporal (1998-2008). **Cad Saúde Pública.**, v. 30, n.8, p.1755-64, 2014.

OLIVEIRA, R. N.; TAKAHASHI, R. F. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 54, p. 234-238, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde- PAHO. **Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado.** 2014. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018

ONU. PNUD. Global Taskforce of local and regional governments. **Roteiro para a localização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: implementação e**

acompanhamento no nível subnacional. ONUBR: Brasília, 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Roteiro-para-a-Localizacao-dos-ODS.pdf> Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

OPERATIONAL GUIDANCE ON INFANT FEEDING IN EMERGENCIES (OG-IFE) version 3.0. 2017. Disponível em: <https://www.enonline.net/attachments/3028/Ops-Guidance-on-IFE_v3_2018_English.pdf > Acesso em: 23 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura. **Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional.** Santiago, 2016.

OWAIS, U. M. Segurança alimentar doméstica e práticas de alimentação infantil na zona rural de Bangladesh. **Nutr Nutr.**, v.19, n. 10, p.1875-81, 2016.

PACHECO, B. P. et al. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. **Escola Anna Nery.**, v. 20, n. 2, 2016.

PADOIN, S. M. M. et al. Alimentação de crianças que convivem com a aids: vivências de familiares/cuidadores em atividade grupal. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.1, p.213-21, 2012.

PAIM, B. S.; SOUZA G.C. Práticas alimentares de crianças expostas à transmissão vertical do HIV acompanhadas em quatro serviços especializados de Porto Alegre/RS. **Rev HCPA.**, v.30, n 3, p.252-257, 2010.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; JAMAS M. T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 15, n. 2, 2016.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. Cuidado de enfermagem ao adolescente com HIV/AIDS. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF). **Saúde da Criança e do Adolescente.** v.7, n.4, 2013.

PEBLEY, A. R.; MILLMAN, S. Parto de nascimento e sobrevivência infantil. **Int Fam Plann Perspect** . v. 12 p. 71 -79, 1986

PEREIRA, A. S. et al. Análise comparativa do estado nutricional de pré-escolares. **Rev Paul Pediatr.**, v.28, n 2, p 176-180, 2010.

PEREZ-ESCAMILLA R. et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **J Nutr.**, v.134, p.1923-8, 2004.

RAFFE, S. F. et al. The management of HIV in pregnancy: A 10-year experience. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.**, v. 210, p. 310-313, 2017

RAMOKO, V. **Growth og HIV exposed and HIV unexposed children in South Africa.** Thesis for degree of philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen: 2017

RAMOKOLO, V. et al. HIV Infection, Viral Load, Low Birth Weight, and Nevirapine Are Independent Influences on Growth Velocity in HIV-Exposed South African Infants. **Journal of Nutrition.**, v.144, p. 42-48, 2014.

REBHAN, B. et al. Infant feeding practices and associated factors through the first 9 months of life in Bavaria, Germany. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.**, v. 49, n. 4, p. 467-73, 2009.

ROSALA-HALLAS, A.; BARTLETT, J. W.; FILTEAU, S. Growth of HIV-exposed uninfected, compared with HIV-unexposed, Zambian children: a longitudinal analysis from infancy to school age. **BMC Pediatr.**, v.17, n. 80, 2017.

ROSSOUW, M. E. et al. Feeding practices and nutritional status of HIV-exposed and HIV-unexposed infants in the Western Cape. **S Afr J HIV Med.**, v. 17, n.1, 2016.

SALDIVA, S. R. D. M et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad Saúde Pública.**, v. 27 n. 11, p.2253-62, 2011.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J Pediatr.**, Rio Janeiro, v. 83, n.1, p.53-8, 2007.

SALLES, C. M. B. et al. Adesão ao tratamento por cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV. **Psicol. teor. Pesqui.**, v 27, n. 4, p. 499-506, 2011.

SANTOS NETO, E. T. et al. Association between food consumption in the first months of life and socioeconomic status: a longitudinal study. **Rev Nutr Campinas.**, v. 22, n. 5, p. 675-85, 2009.

SANTOS L, P. et al. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança. **Rev. Saúde Pública.** v. 48, n.5, p. 783-789, 2014

SANTOS, L. P. et al. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. **Rev Saúde Pública.**, v. 5, p. 783-789, 2014.

SANTOS, J. G. G. et al. Práticas alimentares para crianças expostas ao HIV: revisão Integrativa da literatura. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 14, n. 4, p. 1589-1601, 2015.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. Saúde.**, Rio de Janeiro v.9, n.3, 2011.

SCHINCAGLIA, R.M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 24, n. 3, p. 465-74, 2015.

SEGALL-CORRÊA, A M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segur Aliment Nutr.** v.16, n.2, p 1-19, 2009

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. **Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileira: validação de metodologia e de instrumento de coleta de**

informação. Urbano/rural. Relatório técnico: versão preliminar. Brasília, DF, Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estud Avan.**v. 21, n. 60, p. 143-54, 2007

SHERLOCK, M. S. M. et al. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**,v.15, n.3, p.573-80, 2011.

SHIMABUKURO, E. E.; OLIVEIRA, M.N.; TADDEI, J. A. A. C. Conhecimentos de educadores de creches sobre alimentação infantil. **Rev Paul Pediatr** ., v. 26, n. 3, p. 231-7, 2008.

SILVA, D. G.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. Risk factors for anemia in infants assisted by public health services: the importance of feeding practices and iron supplementation. **J Pediatr.**, Rio Janeiro, v.83, n. 2, p. 149-56, 2007.

SILVA, J. R. **A importância do monitoramento sistematizado das informações contidas nas cadernetas de saúde da criança em uma unidade básica de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso de especialização.** Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Saúde Materna, Neonatal e do Lactante. 2017. Disponível em: < [dahttps://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172819](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172819) >. Acesso em 19 set. 2018.

SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L.; Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev Nutr Campinas.**, v. 23, n. 6, p. 983-92, 2010.

SILVA, R. A. R. et al. Formas de enfrentamento da AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. latinoam. Enferm**, v 16, n. 2, p.260-65, 2008.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev Nutr Campinas.**, v. 17, n.4, p.437-47, 2004.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 6, n.1, p. 29-38, 2003.

SIQUEIRA, F. V. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad Saúde Pública.**, v. 30, p. 161-74, 2014.

SMS (Secretaria de Município da Saúde). **Prefeitura de Santa Maria. Casa 13 de Maio.** Santa Maria, RS. 2017. Disponível em < <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/527-casa-13-demaio>>. Acesso em: 21 out. 2018.

SOARES, L. R. et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.**, v. 5, n.1, p.64-68, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente: manual de orientação**. São Paulo: 2009

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Monitoramento do crescimento de RN pré-
termos. **Documento Científico Departamento Científico de Neonatologia**. Nº 1, 2017.

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. Socioeconomic, cultural and demographic maternal factors associated with dietary patterns of infants. **Revista Paulista de Pediatria**., v 33, n. 4, p. 445-452, 2015.

SOUSA, A. M. et al. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **J. Manag. Prim. Health Care**; v. 3 n. 1 p. 62-6, 2012.

SOUZA, M. A.; GRATÃO, L. H. A.; PEREIRA, R. J. Perfil Antropométrico e Dietético de Crianças Expostas ao HIV. **Revista Cereus**., v.10, n.1, 2018.

SPERANDIO, N. et al. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. **Rev Nutr**., v. 4, n. 4, p.565-74, 2011.

TAMASIA, G. A.; VENÂNCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M. Situação da amamentação e alimentação complementar em um município de médio porte do Vale do Ribeira, São Paulo. **Rev Nutr Campinas**., v. 28, n. 2, p. 143-53, 2015.

TETER, M. S. H.; OSELAME, G.B.; NEVES, E.B. Amamentação e desmame precoce em lactantes de curitiba. **Espaç Saúde**., v. 16, n. 4, p 55-63, 2015.

TULLER, D. M. et al. Transportation costs impede sustained adherence and access to HAART in a clinic population in southwestern Uganda: a qualitative study. **AIDS Behav**., v. 4, n. 4, p. 778-84, 2010.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS . **Atualização da epidemia de AIDS em 2007**. Genebra: 2008.

UNGE, C. et al.Reasons for unsatisfactory acceptance of antiretroviral treatment in the urban Kibera slum, Kenya. **AIDS Care**., v. 20, n. 2, p. 146-9, 2008.

UNITED NATIONS (UN) High level task force on global food security. **Food and nutrition security: comprehensive framework for action**. Disponível em < <http://un-foodsecurity.org/node/842> . 2011. >. Acesso em: 22 nov. 2018.

VELOSO, V. G. et al. HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. **Rev Saúde Pública**., v.44, p. 803-11, 2010.

VIEIRA, G. O. et al . Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J Pediatr**., Rio Janeiro, v. 80, p. 411-6, 2004.

VILLA, J. K. D. et al. Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. **Rev Paul Pediatr**., v. 33, n. 3, p. 302-309, 2015.

VILLAMOR, E. ET AL. HIV status and sociodemographic correlates of maternal body size and wasting during pregnancy. **Eur J Clin Nutr**., v. 56, n. 5, p.415-24, 2002.

VITOLO, M. R.; LOUZADA, M. L. C.; RAUBER, F. Atualização sobre alimentação da criança para profissionais de saúde: estudo de campo randomizado por conglomerados. **Rev Bras Epidemiol.**, v.17, n. 4, p. 873-86, 2014.

WEISER, S. D. et al. Food insecurity is associated with incomplete HIV RNA suppression among homeless and marginally housed HIV-infected individuals in San Francisco. **J Gen Intern Med.**, v. 24, n. 1, p. 14-20, 2009.

WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF. **Guidelines on HIV and infant feeding: World Health Organization:** 2010.

WHO. **Multicentre Growth Reference Study Group, 2006.** Disponível em < <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> >. Acesso em: 23 out. 2018.

WHO. World Health Organization. **Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis.** Collaborative Study Team sobre o papel da amamentação na prevenção da mortalidade infantil . **Lancet.**, n. 355, p. 451 –455, 2000a.

WHO. World Health Organization. **Complementary feeding: Family foods for breastfed children.** Geneva, 2000b.

WHO. World Health Organization. **Global strategy for infant and young child feeding.** Document A54/7, 9 April. Geneva: 2001.

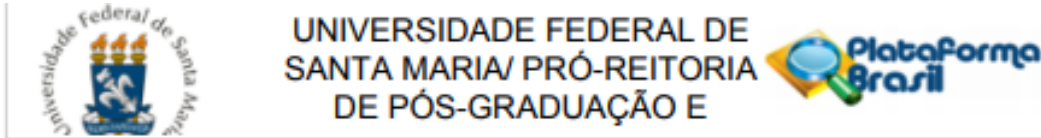
WHO. World Health Organization. **Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.** Geneve: 2010

XAVIER, F. B. et al. Desnutrição infantil no Brasil: revisão da literatura. **Revista UNINGÁ.**, n.6, p. 37-44, 2005.

YOUNG, S. ET AL . A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS. **AIDS Behav.**, v. 18, n. 5, p. 505–515, 2014.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 50609615.1.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.109.333

Apresentação do Projeto:

A pela o proponente solicita a extensão do cronograma, com a seguinte justificativa: * alteração do cronograma, com ampliação do prazo para coleta de dados, tendo em vista que um dos objetivos do projeto já foi concluído com a defesa de uma dissertação, o segundo objetivo está sendo desenvolvido em uma segunda dissertação e o terceiro objetivo será trabalhado em uma nova dissertação. Soma-se a isso, a redução do número de consultas realizadas até a definição do estado sorológico de crianças verticalmente expostas ao HIV, de modo a oportunizar um maior número de informações com maior viabilidade estatística, ampliando a população do estudo.*

Objetivo da Pesquisa:

.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: npessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV" da pesquisadora responsável Dr^a Cristiane Cardoso de Paula, do Centro de Ciências da Saúde, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Mestrado /UFPM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 12 meses de idade, que estejam em acompanhamento em serviço de saúde. Salientamos que os sujeitos de estudo serão os cuidadores de crianças nascidas expostas ao HIV, com idades de zero a 12 meses de idade. Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.


Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 30 de setembro de 2013.

Flávia Gornat
 Prefeitura Municipal de Santa Maria
 Secretaria de Município da Saúde
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Fone: (55) 3921-7201

Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



**Gerência de Ensino e Pesquisa
do Hospital Universitário de Santa Maria**

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS

Nº inscrição: 0164/2015 Data: 18/9/2015

Investigador: OSVALDO CARVALHO DE PAULA Titulo: SCCM

SAPC: 1983 Local: 155 Unidade: Curso E-mail: osvaldo.carvalho@h.usm.br

Título: Atuação de comunidade familiar para detectar doenças infecciosas de

TIPO DE PROJETO: (X) Pesquisa () Extensão () Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA: () ICI () Especialização (X) Doutorado () Pós () Iniciação Científica () Não Acadêmica

TIPO DE PESQUISA: () Inovação Tecnológica em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde () Saúde () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV () Epidemiológica () Infecção () Aplicação da tecnologia em Saúde () Clínica () Diagnóstico () Sinais () Clínica () Clínica () Observacional () Pré-Clinica () Qualitativa () Estatística Saúde Planejamento e Gestão de Políticas () Programas e Serviços de Saúde () Outros () Acesso de C&I

FONTE DE FINANCIAMENTO: () Recursos do Pesquisador (X) HUSM (X) Agência Pública fonte nacional () Capes, CNPq, FAPESP, etc () Agência Pública de fomento internacional () Indústria Farmacêutica () Edital Intern. UFPA

GRUPO DE PESQUISA:
() Não (X) Sim, Que: Atuação a saúde das pessoas familiares no Litoral (PAPA)

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja o risco para o HUSM a fonte de recursos deverá estar definida no projeto, com o seu endereço.

Osvaldo Carvalho de Paula
 Pesquisador Responsável
 Avaliação e Aprovação Setorial

no processo de avaliação
 da Comissão de Pesquisa
 HUSM - EBSERH
 CPM - 155
 CORR - 05/11/2015

Atenção Direta: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Belor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto	Assinatura e carimbo dos responsáveis
ambulatório dia e n	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
ambulatório dia e / pd	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
ambulatório dia e / pa	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
unidade dispensação medic	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>RA</u>
unidade internação, ad	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	

PARECER COMISSÃO CIENTÍFICA GEP: De acordo e pronto Data: 18/9/2015

PARECER FINAL/GEP: AO GEP / HUSM

Salvador A. Z. Penteado
 CHEFE DE COMISSÃO DE PESQUISA HUSM - EBSERH
 155 - 155
 155 - 155

no processo de avaliação
 da Comissão de Pesquisa
 HUSM - EBSERH
 SUPRE LUGAR

Assinatura e Carimbo
Data: 05/10/15

ANEXO D – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP) DO HUSM

HUSM do Hospital Universitário de Santa Maria

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP: 0661/2015 Data: 18/9/2015

Pesquisador: CRISTIANE CARBOSO DE PAULA Função: DOCENTE

SIAPÉ: 1448579 Telefone: (51) 99993282 Unidade/Curso: CCS/ Farmácia E-mail: car_carbosa@hufsm.com.br

Título: Inovação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA: TCC Especialização Dissertação Tese Iniciação Científica Não Acadêmica

TIPO DE PESQUISA: Inovações Tecnológicas em Saúde Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde
 Ensaio Clínico: Fase I Fase II Fase III Fase IV Epidemiológico Infraestrutura Avaliação de Tecnologia em Saúde Biomédica (Stricto Sensu) Clínica Epidemiológica Observacional Pré-Clinica Qualitativa Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde Outras Ações de C & T

FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos do Pesquisador HUSM Agência Pública de fomento nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) Agência Pública de fomento internacional Indústria Farmacêutica Edital Interno UFSM

GRUPO DE PESQUISA: Não Sim, Qual: unidade de saúde das famílias e comunidade (PEFAS)

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Cristiane de Paula
 Pesquisador Responsável
 Prof. Cristiane Carboso de Paula
 Professora Dep. Enter
 CCS - UFSM
 COREN - RS 110149

Avaliação e Aprovação Setorial

Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>ambulatorio ala A e D</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<u>ambulatorio ala C/ped</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<u>ambulatorio ala C/ FN</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<u>unidade dispensação medic</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>RA</u> Jônia da Silva Andrade Farmacêutica - CRF/RS 2861 Serviço de Farmácia - HUSM SIAPE 6382336
<u>unidade internação ped</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: De acordo c/ registro Data: 18/09/2015

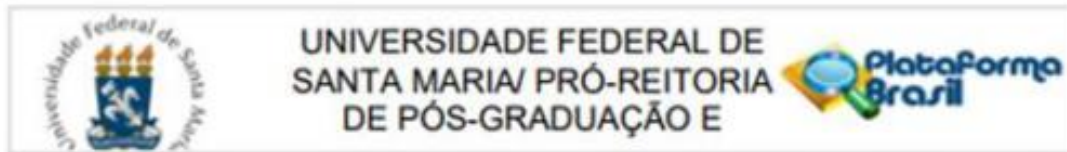
PARECER: AO CEP / UFSM

FINAL/GEPI: AO CEP / UFSM

Prof. Luiz Sérgio de Sá
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSERH
 SIAPE 1146165

Salvador A. Z. Penteado
 CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DE CIDADÃO
 HUSM - EBSERH
 Assinatura e Carimbo
 Data: 05/10/15

ANEXO E – EMENDA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 50609615.1.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

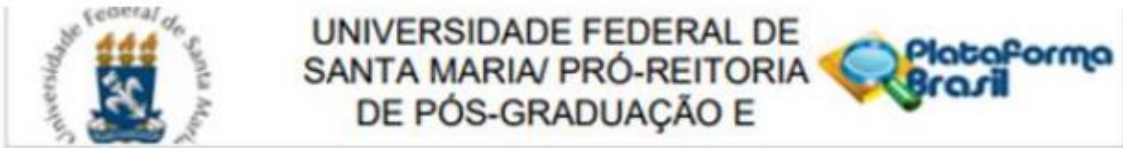
Número do Parecer: 1.963.382

Apresentação do Projeto:

Pela emenda ao projeto Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV, o proponente solicita "ampliar a faixa etária das crianças que recebem os cuidados dos familiares, participantes desta coleta de dados, de modo a obter informações com maior viabilidade estatística, ampliando a população do estudo. Propomos também, a realização de contato telefônico com os familiares cuidadores, participantes deste estudo, de modo a possibilitar o agendamento da entrevista em dia e horário adequados às necessidades destes. O contato telefônico possibilitaria a otimização das coletas, sem ocasionar riscos para sua saúde das participantes do estudo, apenas a disponibilidade para agendar a entrevista e comparecer na data agendada. Podendo inclusive, em caso de indisponibilidade de espaço físico reservado para a realização da coleta de dados, ser acordado com o participante, um horário adequado para a realização da entrevista por meio de ligação telefônica, observando sempre o sigilo diagnóstico e cuidados necessários para que não cause qualquer risco ao participante. A pesquisadora responsável garante que a identidade dos participante será preservada e que nenhuma informação pessoal, como nomes e telefones, será divulgada."

Essa foi solicitação foi justificada nos seguintes termos: "A redução do número de consultas realizadas até a definição do estado sorológico de crianças verticalmente expostas ao HIV"

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.963.382

juntamente com o absenteísmo destas nas consultas de acompanhamento nos ambulatórios do Hospital, somados a infraestrutura do serviço no Hospital Universitário de Santa Maria, que vem apresentando espaço quase que inviáveis à realização de pesquisas, em razão do número reduzido de salas nos ambulatórios de Infectologia Pediátrica e Adulto, estão dificultando a realização da coleta de dados do projeto, influenciando na conclusão da etapa de campo da pesquisa. Além disso, percebemos que o atendimento dessa população no ambulatório de infectologia pediátrica, possibilita a ampliação da faixa etária das crianças de 12 meses para 18 meses, uma vez que as mesmas acessam o serviço neste período, e devem realizar o exame confirmatório de carga viral após os 18 meses, quando então recebem alta do ambulatório, e quando necessário, ou seja, em caso de diagnóstico do HIV ou necessidade de repetição dos exames, continuam em atendimento neste serviço.*

Considerando-se o que foi apresentado, a emenda por ser aprovada.

Objetivo da Pesquisa:

.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.963.382

Considerações Finais a critério do CEP:

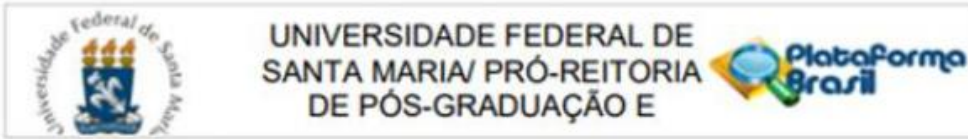
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_880803 E1.pdf	13/03/2017 11:25:56		Aceito
Outros	emenda.doc	13/03/2017 11:25:27	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/03/2017 11:18:29	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.doc	02/12/2015 11:48:08	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	REGISTRO_PROJETO.pdf	28/10/2015 10:53:12	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	REGISTRO_SIE.pdf	28/10/2015 10:52:25	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autoriz_Municip.pdf	28/10/2015 10:51:51	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	AUTORIZ_HUSM.pdf	28/10/2015 10:50:52	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	26/10/2015 16:06:18	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta.pdf	26/10/2015 15:45:58	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/10/2015 15:39:10	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CAPACIDADE.pdf	26/10/2015 15:36:47	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.963.382

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTA MARIA, 14 de Março de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Termo de Confidencialidade

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FAMILIAR PARA CUIDAR DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV.

Pesquisador responsável: Profª Drª Cristiane Cardoso de Paula.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 32208938 ou (55) 99993282.

Local da coleta de dados: Serviço infectologia no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria e os serviços de APS do município de Santa Maria/RS/BR.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados em forma de entrevista com aplicação dos instrumentos Affordances in the home environment for motor development; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Instrumento de manejo familiar; Escala de satisfação com o suporte social. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os instrumentos e os TCLE serão guardados por cinco anos na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no Campus da UFSM, núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....dede 20.....

Cristiane C. de Paula

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Cuidadores*

N o do instrumento: _____

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FAMILIAR PARA CUIDAR DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV.**Objetivo do estudo:** Avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 24 meses de idade.**Pesquisador responsável:** Profa Dra Cristiane Cardoso de Paula**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de PósGraduação em Enfermagem.**Local da coleta de dados:** Serviço infectologia no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria e os serviços de APS do município de Santa Maria/RS/BR.**Prezado(a) Senhor(a):**

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição de usuário do serviço de saúde em que tem consultas e você poderá, a qualquer momento, desistir da pesquisa.

Procedimentos: Sua participação compreenderá responder um instrumento para avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 24 meses de idade, que estejam em acompanhamento em serviço de saúde, compondo um banco de dados de pesquisa. A entrevista será realizada, preferencialmente, no serviço de saúde onde você leva a criança para consulta e contamos com cerca de 30 minutos da sua atenção.

Benefícios: Esta pesquisa ampliará com o conhecimento no tema saúde da criança exposta ao HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Riscos: Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde ou da criança, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento.

Sigilo: O pesquisador responsável garante que seu nome e da criança serão preservados e que nenhum dado sobre sua pessoa do conteúdo individual de sua entrevista será divulgado.

Eu _____ (cuidador), fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção. Recebi informações a respeito do método que será utilizado. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui informado da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto de pesquisa. Em caso de dúvidas sobre estar pesquisa, estou ciente de que poderei telefonar, a cobrar, para o pesquisador.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do cuidador

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do entrevistador

Cristiane Cardoso de Paula

Dra Cristiane Cardoso de Paula - pesquisador responsável
Telefone: (55) 32208938 ou (55) 99993282

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@zmail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

ANEXO H – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIEDEMOGRÁFICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Coletador: _____ Data da coleta: __/__/____ Instrumento: ____

Local: _____ Município: _____

COLETA POR MEIO DE ENTREVISTA

Nome da mãe:	Same:
Nome da criança:	Same:
Qual o seu nome (cuidador):	Qual seu telefone: ()

PARTE II – Caracterização dos cuidadores de crianças verticalmente expostas ao HIV

“Vamos iniciar esta conversa fazendo algumas perguntas a respeito de seus dados pessoais”

Nº	VARIÁVEIS SOCIEDEMOGRÁFICAS DO CUIDADOR	
B1	Qual sua data de nascimento?	
B2	Qual seu sexo?	1) Masculino 2) Feminino
B3	Qual o seu estado civil?	1) Convive com esposo/companheiro 2) Solteiro/a 3) Divorciado/Separado 4) Viúvo/a
B4	Qual a sua escolaridade?	1) Não estudou 2) Ensino fundamental incompleto 3) Ensino fundamental completo 4) Ensino médio incompleto 5) Ensino médio completo 6) Ensino superior incompleto 7) Ensino superior completo
B5	Qual sua renda familiar mensal?	1) Sem renda 2) Menos de 1 salário (<R\$ 879,00) 3) Entre 1 e 2 salários (R\$ 880,00 – 1.760,00) 4) Mais de 2 salários (R\$ 1761,00 ou >)
B6	Quantas pessoas vivem com essa renda, incluindo você e a criança?	1) Até 2 pessoas 2) Entre 3 a 5 pessoas 3) Acima de 5 pessoas
B7	Quantos filhos você tem?	1) 1 Filho 2) Entre 2 a 4 filhos 3) 5 ou mais
B8	Qual seu município de residência?	1) Santa Maria 2) Uruguaiana 3) Rio Grande 4) Pelotas
	B8a Outro município, qual?	5) Bagé 6) Passo Fundo 7) Santa Cruz do Sul 8) Outro (B8a)

B9	Em que zona do município se situa?	1) Urbana 2) Rural 3) Periurbana
B10	Qual a sua ocupação?	1) Do lar
	B10a Outra, qual?	2) Outra (B10a)
B11	Você está empregado no momento?	1) Sim. Com carteira assinada 2) Sim. Sem carteira assinada 3) Não
B12	Você ingere bebida alcoólica?	1) Sim 2) Não
B13	Você utiliza algum tipo de droga (lícita ou ilícita)?	1) Sim 2) Não
VARIÁVEIS CLÍNICAS DO CUIDADOR		
B14	Você apresenta algum problema de saúde?	1) Sim (B14a)
	B14a Qual, problema de saúde?	2) Não
B15	Você vai às consultas para acompanhamento de saúde?	1) Sim 2) Não
B16	Manter acompanhamento de sua saúde é?	1) Difícil 2) Mais ou menos 3) Fácil
B17	Você sabe se possui HIV?	1) Sim 2) Não (pule para a questão B21) 3) Não possui (pule para a questão B21)
B18	Como você adquiriu a infecção pelo HIV?	1) Transmissão vertical 2) Relação sexual 3) Uso de drogas 4) Transfusão sanguínea 5) Desconhecido
B19	Há quanto tempo você sabe o seu diagnóstico?	1) Menos de um ano 2) 1 a 5 anos 3) 6 a 10 anos 4) 11 anos ou mais 5) Não lembra
B20	Você faz tratamento para o HIV?	1) Sim 2) Não

“As perguntas que farei agora estão relacionadas com seu papel de cuidador/a”

VARIÁVEIS DO CUIDADO		
B21	Qual a sua relação com a criança?	1) Mãe 2) Pai
	B21a Outra, qual?	3) Pais adotivos 4) Outro (B21a)
B22	Alguma outra criança sob seus cuidados, além do/da (NOME DA CRIANÇA)?	1) Sim 2) Não
B23	O/a (NOME DA CRIANÇA) têm irmãos expostos ao HIV?	1) Sim (B23a)
	B23a Sim, quantos?	2) Não
B24	Com que idade a criança recebeu seu primeiro atendimento no serviço especializado de HIV (infecto)?	1) Ao nascer 2) Menos de um mês 3) Entre 1 e 2 meses
	B24a Outra, qual?	4) Outra (B24a)
B25	Onde ocorreu este atendimento?	
B26	Quantas consultas foram marcadas no último ano neste serviço?	1) 1 a 4 consultas 2) 5 a 8 consultas 3) 9 consultas ou mais 4) Nenhuma

B27	Faltou alguma consulta no último ano neste serviço?	1) Sim (B27a)
	B27a Sim, quantos?	2) Não
B28	Como é para você manter o acompanhamento da criança neste serviço de saúde?	1) Difícil 2) Mais ou menos 3) Fácil
B29	Você sabe qual o serviço de saúde (UBS, ESF, posto de saúde) mais próximo de sua residência?	1) Sim (B29a)
	B29a Sim, qual?	2) Não
B30	Você leva a criança nesse serviço?	1) Sim
	B30a Não, por quê?	2) Não (B30a)
B31	Se sim, em que situações? (MÚLTIPLAS RESPOSTAS)	1) Consulta 2) Vacinas 3) Exames
	B31a Outra, qual?	4) Av. Crescimento e desenvolvimento 5) Outro (B31a)

PARTE III – Caracterização da criança verticalmente exposta ao HIV

“Se o cuidador não souber responder as questões C1 e C2 você deverá acessar o prontuário da criança”

CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA		
C1	Quais os medicamentos a criança faz uso?	1) Nenhum 2) Suplementos vitamínicos 3) Antibiótico 4) Antirretroviral 5) Antirretroviral e antibiótico
	C1a Outro medicamento, qual?	6) Antibiótico e suplementos vitamínicos 7) Outro (C1a)
C2	A criança tem algum problema de saúde?	1) Sim (C2a)
	C2a Sim, qual problema de saúde?	2) Não
C3	A criança faz algum acompanhamento em saúde?	1) Sim (C3a)
	C3a Sim, qual acompanhamento em saúde?	2) Não
C4	Que tipo de leite a criança ingere?	1) Leite de vaca 2) Fórmula láctea
	C4a Outro, qual?	3) Leite de vaca mais fórmula láctea 4) Outro (C4a)
C5	Quantas vezes você oferece o leite para criança?	
C6	A criança está recebendo outros alimentos?	1) Sim 2) Não 3) Não se aplica
C7	Quantas vezes você oferece alimentos?	

ANEXO I - ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR VERSÃO
CURTA

ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR			
G1	Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?	NÃO	SIM
G2	Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?	NÃO	SIM
G3	Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	NÃO	SIM
G4	Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	NÃO	SIM
G5	Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?	NÃO	SIM