

**Vulnerabilidad programática para inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH:
una revisión integradora****Vulnerabilidade programática para insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV:
revisão integrativa****Programmatic vulnerability to food insecurity of HIV-exposed infants: an integrative
review****Recibido: 14/08/2019****Aprobado: 29/12/2020****Publicado: 17/02/2020****Marília Alessandra Bick¹
Cristiane Cardoso de Paula²**

Esta es una revisión integradora, realizada en las bases de datos LILACS, IBECs, PubMed y Scopus, en septiembre de 2019, con el objetivo de analizar las evidencias de la literatura científica de los factores que influyen en la vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH. Se incluyeron 22 artículos primarios publicados en portugués, inglés o español, sin recorte temporal fueron considerados, que a pesar de esto, aparecieron a partir del año 2004 hasta 2019. El análisis de las evidencias posibilitó la integración de los resultados de los artículos en tres factores que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad: opciones de alimentación, conocimientos de actitudes y prácticas de profesionales y estructura de servicios. Como factores de riesgo: burocracia para el libre acceso a la fórmula láctea, falla en las orientaciones para buenas prácticas de alimentación, estigma, cambios en las directrices, acceso a diferentes servicios e insumos insuficientes. Concluimos que hay necesidad de calificar las orientaciones de opciones de alimentación para las familias de estos niños, articulando las directrices de las políticas públicas con las prácticas de los profesionales de la salud y la estructura de los servicios.

Descriptor: VIH; Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; Nutrición del lactante; Políticas públicas de salud.

Esta é uma revisão integrativa, realizada nas bases LILACS, IBECs, PubMed e Scopus, em setembro de 2019, com o objetivo de analisar as evidências da literatura científica de fatores que influenciam na vulnerabilidade programática para insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV. Foram incluídos 22 artigos primários publicados em português, inglês ou espanhol, sem corte temporal foram considerados, que apesar disto, apareceram a partir do ano de 2004 até 2019. A análise das evidências possibilitou a integração dos resultados desses artigos em três fatores que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade: opções de alimentação, conhecimentos de atitudes e práticas dos profissionais e estrutura dos serviços. Como fatores de risco: burocracia para acesso gratuito à fórmula láctea, falha nas orientações para boas práticas de alimentação, estigma, mudanças nas diretrizes, acesso a diferentes serviços e insumos insuficientes. Concluímos que há necessidade de qualificar as orientações de opções de alimentação para as famílias dessas crianças, articulando as diretrizes das políticas públicas com as práticas dos profissionais de saúde e a estrutura dos serviços.

Descriptor: HIV; Transmissão vertical de doença infecciosa; Nutrição do lactente; Políticas públicas de saúde.

This is an integrative review, carried out in the LILACS, IBECs, PubMed and Scopus databases, in September 2019, with the object of analyzing the evidence from scientific literature of factors that influence the programmatic vulnerability to food insecurity of HIV-exposed infants. Twenty-two primary articles published in Portuguese, English or Spanish were included. The analysis of the evidence made it possible to integrate the results of the articles into three factors that increase or decrease vulnerability: feeding options, knowledge of attitudes and practices of professionals and service structure. As risk factors: bureaucracy for free access to formula milk, failure in guidance for good feeding practices, stigma, changes in guidelines, access to different services and insufficient supplies. We conclude that there is a need to qualify the guidance for feeding options for the families of these infants, articulating the guidelines of public policies with the practices of health professionals and the structure of services.

Descriptor: HIV; Infectious disease transmission, Vertical; Infant nutrition; Public health policy.

1. Nutricionista. Especialista en Gestión Pública en Salud. Especialista en Alimentación Escolar. Máster en Enfermería. Estudiante de Doctorado del Programa de Postgrado en Enfermería (PPGENF) de la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. ORCID: 0000-0002-8744-7790 E-mail: mariliabick@gmail.com

2. Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica. Especialista en Salud del Adolescente. Máster y Doctora en Enfermería. Investigadora CNPQ. Profesora Asociada del PPGENF de la UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0003-4122-5161 E-mail: cristiane.paula@ufsm.br

INTRODUCCIÓN

Anivel mundial, a partir de 2010, las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) orientan la promoción y el apoyo de la lactancia materna exclusiva para todos los niños nacidos en regiones con una alta ocurrencia de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas, neumonía y desnutrición¹. En estos escenarios, las directrices mantienen la recomendación de la práctica de la lactancia materna incluso en presencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin embargo, resalta la necesidad de adherencia de la madre a la Terapia Antirretroviral (TAR) y el mantenimiento de la monitorización clínica y laboratorial de madre y niño¹.

En 2012, la actualización de estas directrices indicó la necesidad de decisión de cada país, considerando las tasas locales de VIH, las condiciones generales de salud maternoinfantil y la capacidad de los sistemas de salud para satisfacer las demandas de la población para promover y apoyar prácticas adecuadas de alimentación y ampliar las acciones de reducción de la transmisión vertical del VIH.² Las evidencias indican que, en regiones con una alta tasa de inseguridad alimentaria, la práctica de la lactancia materna reduce la mortalidad y mejora el estado nutricional de los niños en el primer año de vida^{3,4}. Sin embargo, los efectos adversos de la exposición a medicamentos antirretrovirales a largo plazo requieren atención a la salud de los niños amamantados⁵.

Los sustitutos de la leche materna deben ser considerados como opción para alimentar a los niños expuestos verticalmente al VIH, cuando fueren aceptables, viables, accesibles, sostenibles y seguros⁶. Para esto, es esencial que la familia tenga agua potable, saneamiento básico en el hogar y condiciones financieras para proporcionar la fórmula láctea infantil en cantidad suficiente para el crecimiento adecuado del niño^{5,6}; conocimientos y habilidades para preparar en cantidad y calidad adecuada, y ofrecer de manera oportuna a la edad, exclusivamente hasta el sexto mes. Además de ser una práctica aceptable y apoyada por el resto de la familia, también exige acceso a servicios de salud para monitorear el crecimiento y el desarrollo infantil^{5,6}.

En Brasil, la transmisión vertical del VIH constituye la principal categoría de exposición en niños menores de trece años y representa el 93.1% de los casos reportados⁷. Las tasas de transmisión pueden reducir a niveles inferiores al 2% cuando el diagnóstico precoz de mujeres embarazadas es realizado y son aplicadas todas las medidas profilácticas recomendadas por el Ministerio de Salud. Entre ellas, se destaca la necesidad de adherencia a TAR aún en prenatal, así como el acompañamiento clínico en Servicio de Atención Especializada (SAE), durante el parto con profilaxis hasta el momento del pinzamiento del cordón umbilical, indicación de vía de parto adecuada e inhibición de la lactancia; y, después del nacimiento del niño, profilaxis con medicamentos y sustitución de la lactancia materna por fórmula láctea infantil⁸.

Apesar de la leche materna ser el mejor alimento para un niño, las mujeres infectadas por el VIH pueden predisponer a sus hijos a la vulnerabilidad de la infección⁹, ya que la lactancia materna representa 15 al 35% de los casos de transmisión vertical¹ y reduce el impacto positivo de las intervenciones de prevención realizadas durante el embarazo y parto⁷. Con este fin, la política brasileña busca la eliminación de la transmisión vertical del VIH, contraindica la práctica de la lactancia materna o la lactancia cruzada, y garantiza a través de la Ley 9313/96 la provisión gratuita de fórmula infantil, al menos hasta el sexto mes de vida del niño¹⁰.

En este sentido, el concepto de vulnerabilidad presume la exposición al VIH como una causa que impregna la individualidad y se asocia a aspectos relacionados con el contexto de la vida, de la colectividad y de la sociedad en que se inserta el individuo¹¹. La alimentación de los niños expuestos al VIH está sujeta a decisiones programáticas de políticas y servicios de salud⁵.

Así, la vulnerabilidad programática se configura como determinante de situaciones individuales y sociales, a partir de políticas, programas y servicios sociales, de salud y educación que movilizan recursos y acciones para proteger a las personas de una enfermedad específica¹¹. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar las evidencias de la literatura científica de

factores que influyen en la vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH.

MÉTODO

Estudio de revisión integradora, construido a partir de la pregunta: "*¿Cuáles son los factores que influyen en la vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria de niños expuestos verticalmente al VIH?*". Para reunir y sintetizar los resultados de las investigaciones primarias, fue establecido el objetivo de esta revisión integradora, definidos los criterios de inclusión y exclusión, extraídas las informaciones de artículos seleccionados y construido el análisis y discusión de los resultados para presentación de las evidencias¹².

La búsqueda de publicaciones fue realizada en las bases de datos electrónicas Publisher Medline (PUBMED) y Elsevier SciVerse Scopus (SCOPUS), y a partir de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) para acceder a la base de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), en septiembre de 2019.

La estrategia utilizada en las bases PubMed y Scopus fue: [*HIV OR "Acquired immunodeficiency syndrome"*] AND [*"infant nutritional physiological phenomena" OR "feeding practices" OR "bottle feeding" OR "infant formula"*] como *Mesh Terms*. La búsqueda en BVS/LILACS y IBECS fue realizada, por medio de la estrategia: [VIH OR SIDA OR "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida" OR "virus de la inmunodeficiencia humana" OR "Soropositividade para HIV"] AND [neonato OR niño OR pediatría OR "materno infantil" OR "materno fetal"] AND [nutrición OR alimentación OR "alimentación artificial" OR cuidadores OR cuidado OR "cuidado infantil"], seleccionando en el primer campo de búsqueda los descriptores de asunto, y en los demás campos, los títulos, resúmenes y asunto. En la biblioteca virtual, se aplicó el filtro LILACS e IBECS.

Se consideraron todas las producciones indexadas en las bases de datos, hasta la fecha de búsqueda y sin considerar el recorte temporal de las producciones. Para la selección de publicaciones, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: artículos de investigación primaria, publicados en inglés, portugués o español. Aquellos duplicados en las bases de datos se consideraron solo una vez.

Para garantizar la fiabilidad de la selección de producciones, dos revisores realizaron la lectura y extracción de datos, de forma independiente, y en caso de divergencia en la selección, un tercer investigador (orientador) realizó la lectura para selección o exclusión de la producción.

Se realizó una evaluación crítica de los estudios a partir del sistema de clasificación de fuerza de evidencia¹⁴. En esta evaluación, la fuerza de la evidencia considera el tema clínico de investigación de estudio primario, y clasifica tres tipos de jerarquía: estudios de tratamiento/intervención; estudios de pronóstico/etiología y estudios de significado. El acceso a los artículos fue realizado en la propia base de datos y, cuando no estaban disponibles, la búsqueda se realizó en el Portal de Coordinación de Mejora de Personal de Nivel Superior (CAPES), y también en las direcciones electrónicas de las revistas.

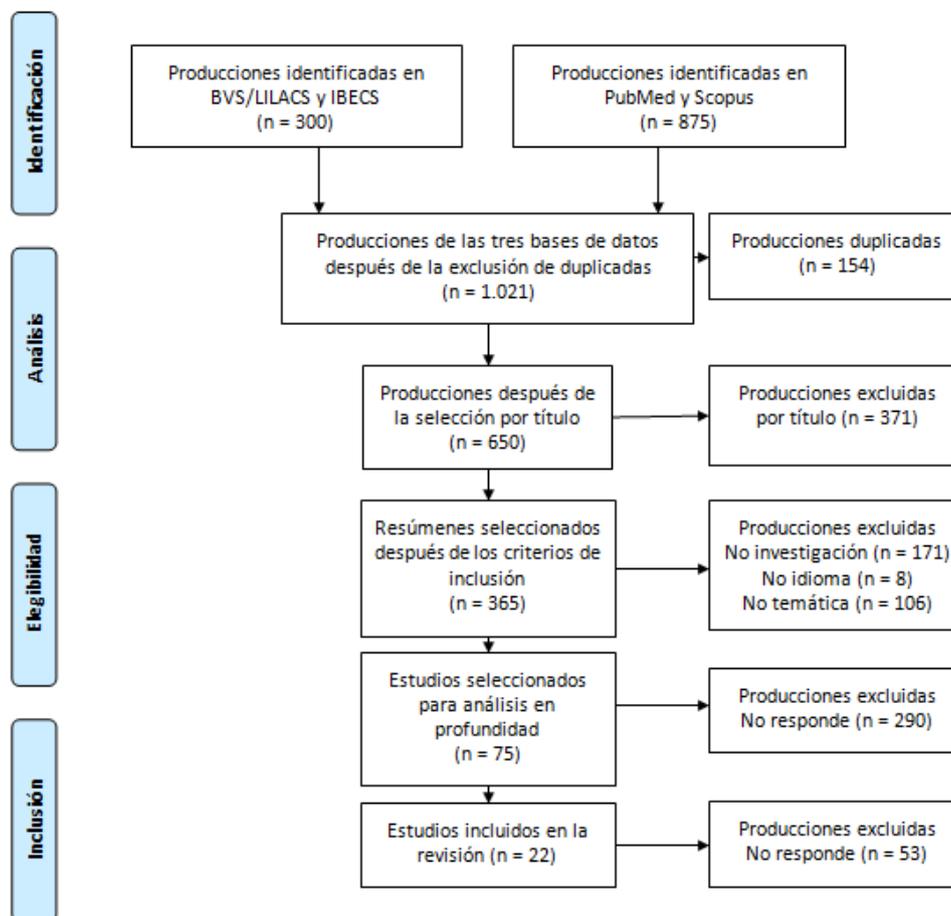
Después de la lectura de los artículos seleccionados, se completó un instrumento para la extracción de datos conteniendo la caracterización a partir del código de identificación de la producción, el objetivo, el escenario de investigación y la población estudiada. La extracción de resultados (evidencias) se desarrolló considerando las situaciones individuales y sociales de las familias de los niños expuestos al VIH, a partir de la forma en que las políticas, los programas y los servicios movilizan recursos y acciones para protegerlos de la inseguridad alimentaria.

Fueron extraídas informaciones sobre las prácticas de lactancia materna; del acceso a la fórmula infantil; de los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud; de la estructura de los servicios de salud; de las dificultades y facilidades encontradas para alimentar los niños expuestos verticalmente al VIH.

RESULTADOS

La búsqueda totalizó 1.175 producciones para análisis, de las cuales 300 de BVS/LILACS y IBECs y IBECs, 313 de Scopus y 562 de PubMed. El *corpus* de la investigación fue compuesto por 22 artículos de investigación primaria (Figura 1).

Figura 1. Flujograma de la selección de artículos en las bases LILACS, IBECs, PubMed y Scopus, Santa Maria, RS, 2019.



Fuente: Adaptado de MOHER et al. (2009)¹³.

Los estudios de evidencia fuerte fueron aquellos que tenían como objetivo conocer el significado de las prácticas de alimentación ofrecidas a los niños expuestos verticalmente al VIH (Cuadro 1). Y, apesar de no haber un recorte temporal, los estudios considerados se dieron después del año 2004, con solo cuatro estudios brasileños y 15 estudios exclusivamente africanos y dos con otros lugares, incluido el continente africano.

A su vez, el análisis de publicaciones (n = 22) posibilitó la identificación de situaciones de vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH. Estas situaciones se refieren a la forma como los servicios de salud y otros niveles sociales llevan a cabo la atención a la salud de los niños con respecto a la alimentación durante el VIH (Figura 2).

Cuadro 1. Artículos incluidos en la revisión integradora de la vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria y nutricional. Santa Maria, RS, 2019.

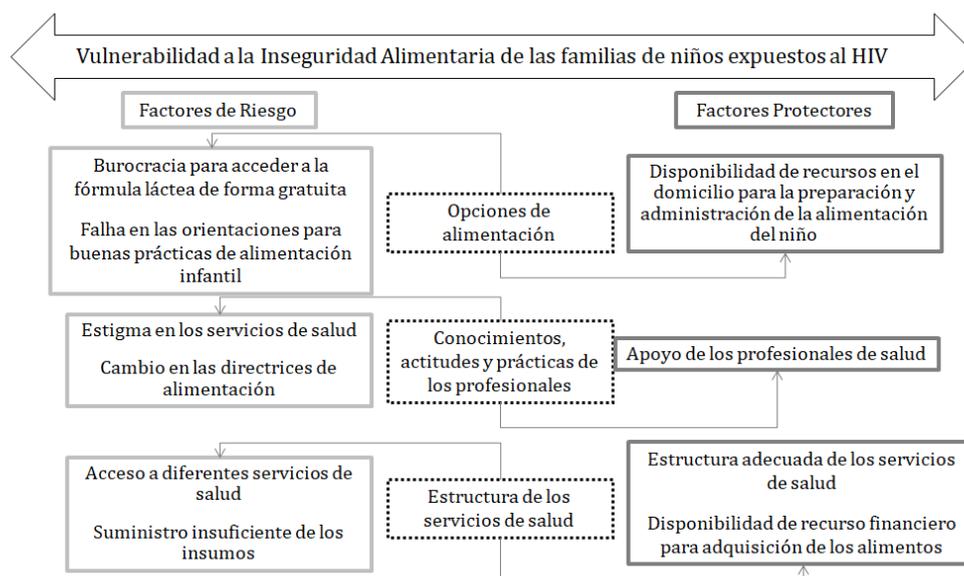
REF	Año País	Objetivo	Diseño	NE
15	2004 Camerún	Determinar la proporción de madres que eligieron diferentes métodos de alimentación, determinar los diversos factores que influyen en sus elecciones y la relación de estos factores con sus respectivas decisiones.	Estudio cualitativo. P = 108 madres VIH positivas.	4†
16	2006 África del Sur	Examinar las características de las mujeres VIH positivas y sus entornos que han contribuido al éxito del mantenimiento de la lactancia materna exclusiva o de la fórmula exclusiva.	Entrevista cualitativa longitudinal. P = 27 mujeres con resultado positivo en la prueba de VIH durante el prenatal.	4†
17	2006 África del Sur	Explorar como la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) afectó las experiencias de alimentación infantil de madres VIH positivas en la África del Sur.	Estudio de entrevista cualitativa en una cohorte prospectiva. P = 40 mujeres.	2‡
18	2007 Brasil	Conocer, desde el punto de vista de las madres VIH positivas, como ocurre el acceso a la donación de fórmula infantil en las Unidades de Salud y la utilización de alimentos entre los niños de cero a dos años.	Estudio descriptivo y exploratorio, de naturaleza cualitativa. P = 15 mujeres seropositivas.	2‡
19	2007 Brasil	Evaluar como la política de prevención del VIH, particularmente el componente de alimentación infantil, está implementada en São Paulo y cómo podemos corregir los errores y mejorar la asistencia brindada a este respecto.	Estudio descriptivo. P = 118 observaciones estructuradas de visitas de madres a profesionales de la salud.	4†
20	2008 Botsuana, Kenia, Malawi y Uganda	Evaluar los componentes de la alimentación infantil en los programas de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTV).	Estudio descriptivo transversal. P = 334 trabajadores de salud involucrados en el programa de PTV.	4†
21	2008 África del Sur, Namibia y Suazilandia	Explorar las percepciones de madres y consejeros de salud sobre los encuentros de asesoramiento de alimentación infantil.	Investigación etnográfica. P = 248 personas involucradas en el programa de PTV.	2‡
22	2009 África del Sur	Comprender los factores facilitadores y obstaculizadores que afectan las prácticas de alimentación infantil en comunidades con alta prevalencia del VIH.	Estudio cualitativo con entrevistas y observaciones en profundidad. P = 11 madres convidadas en una clínica de VIH.	2‡
23	2009 Burkina Faso, Camboya y Camerún	Mostrar características generales y características locales, para proporcionar una comprensión del asesoramiento y elección de la alimentación infantil, a partir de las relaciones entre las mujeres VIH positivas y el sistema de salud.	Enfoque cualitativo. P = 159 madres VIH + en programas de PTV.	4†
24	2010 Burkina Faso	Explore la aceptabilidad y la viabilidad de las dos opciones principales de alimentación infantil en un contexto urbano en Burkina Faso.	Discusiones en grupos focales. P = 17 madres que amamantan con fórmula y 19 con leche materna.	2‡

25	2010 Zambia	Investigar hasta qué punto las opciones de alimentación infantil de las mujeres del CIGNIS reflejaron las recomendaciones, basándose en datos socioeconómicos recopilados como parte del estudio.	Investigación cuantitativa y cualitativa. P = 811 madres de bebés.	6*
26	2013 África del Sur	Explorar las percepciones y comprensiones de las familias sobre la decisión política de eliminar gradualmente la fórmula láctea gratuita en el programa PTV de África del Sur.	Estudio cualitativo exploratorio. P = 60 participantes: 11 madres seropositivas, 9 madres seronegativas y sus familias.	2‡
27	2012 África del Sur	Explorar las percepciones y experiencias de las madres sobre la alimentación infantil, a partir de una intervención comunitaria de asesoramiento por pares que promueve la lactancia materna exclusiva o la fórmula.	Estudio cualitativo exploratorio. P = 17 madres que participaron de la intervención del PROMISE-EBF.	2‡
28	2013 África del Sur	Explorar las influencias en las intenciones y prácticas de alimentación infantil de mujeres que viven con el VIH en África del Sur.	Estudio de métodos mixtos. P = 207 mujeres embarazadas y 203 puérperas.	4†
29	2014 Brasil	Conocer la experiencia de cuidadores de niños expuestos verticalmente al VIH.	Investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa. P = 12 madres y una abuela.	2‡
30	2016 Brasil	Conocer las dificultades y las facilidades de la familia para cuidar el niño con VIH/SIDA.	Estudio descriptivo, exploratorio cualitativo. P = 15 familiares.	4†
31	2016 África del Sur	Determinar el conocimiento, las opiniones y prácticas de los profesionales de la salud en maternidades de un hospital regional de Bloemfontein, África del Sur, sobre la alimentación infantil en el contexto del VIH.	Diseño descriptivo del estudio transversal. P = 64 trabajadores de la salud.	2‡
32	2017 África del Sur	Explorar los factores que influyen en la elección de la alimentación infantil de madres VIH positivas en un hospital periurbano en Tembisa, África del Sur.	Estudio cualitativo exploratorio. P = 30 madres VIH positivas.	4†
33	2017 Tailandia	Explorar las experiencias de lactancia materna entre mujeres tailandesas que viven con VIH en el sur de Tailandia.	Entrevistas semiestructuradas y métodos de diseño. P = 30 mujeres VIH positivas.	2‡
34	2018 Kenia	Identificar las barreras para una alimentación ideal entre niños expuestos al VIH de 0 a 5 meses de edad que frecuentan un hospital misionero en el condado de Bomet, en Kenia.	Estudio cualitativo transversal. P = 35 madres/cuidadores de bebés expuestos al VIH.	4†
35	2018 África del Sur	Exploramos como los profesionales de la salud experimentaron esta nueva política en una comunidad endémica del VIH en 2015-16, con atención a su conocimiento de la política, prácticas de asesoramiento y observaciones de cualquier cambio.	Estudio transversal de métodos mixtos. P = 46 madres participaron de entrevistas en profundidad.	2‡
36	2019 África del Sur	El objetivo de este artículo es determinar la tasa de adopción de la lactancia materna exclusiva en esta cohorte, examinar los determinantes de las opciones de alimentación infantil de mujeres infectadas por el	Estudio de métodos mixtos. P = 1662 mujeres peripartum.	4†

	VIH y evaluar las razones subyacentes a estas elecciones.		
--	---	--	--

Legendas: REF: Referencia; NE: Nivel de evidencia; *Tratamiento/intervención; †Pronóstico/etiología; ‡Significado.

Figura 2 – Factores de vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH (n=22), Brasil, 2019.



DISCUSIÓN

Las dificultades e facilidades para alimentar los niños expuestos verticalmente al VIH se evidenciaron por las opciones de alimentación, conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y estructura de los servicios de salud.

En la elección entre las opciones de alimentación, los factores que aumentan la vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria fueron: el suministro inestable de FL gratuita^{16-17,26-29} y la falla en el compromiso con las orientaciones para buenas prácticas de alimentación cuando los profesionales de la salud ofrecían pocas orientaciones sobre el costo de compra^{15-16,34}, de la necesidad de utilizar un abastecimiento adecuado de agua³⁴ y de mantener refrigerada la leche preparada¹⁹. La confianza y el asesoramiento de los profesionales de la salud fueron esenciales para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME)^{15,36}; el bajo nivel socioeconómico ha imposibilitado la alimentación con fórmula láctea (FL)^{22,25,33,36} y favoreció la LME²³; El abastecimiento gratuito e ininterrumpido de fórmula, agua potable y electricidad en el hogar favorecieron la alimentación con FL^{16,24-25}.

Los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud aumentaron la vulnerabilidad cuando hubo prejuicio y estigma, con revelación del diagnóstico a las personas de la comunidad^{18,23,30}; imposición de no amamantar, sin considerar las condiciones de las familias^{16,19,21,23,27,28,32,33,36}; falta de orientaciones de introducción de alimentación complementaria³².

Los profesionales consideraron que la orientación de preparación de la FL era deber del nutricionista y parcialmente del enfermero^{19,34}, siendo que estos últimos demostraron mayor habilidad para orientar a las madres con respecto a la opción de alimentación³¹. Las evidencias de la producción científica indicaron como factores protectores de la inseguridad alimentaria: el vínculo y el apoyo psicosocial de los profesionales de la salud, desde la atención prenatal hasta el monitoreo de la salud de los niños expuestos, fueron positivos para las prácticas adecuadas de alimentación infantil^{16,24,25,29}.

En cuanto a la estructura de los servicios de salud, los factores que aumentaron la vulnerabilidad fueron: falta de apoyo o entrenamiento sobre las nuevas directrices de la alimentación infantil y el VIH²⁰, ocasionando inconsistencia en las orientaciones^{17,21,22,25,28,34,35};

desorganización y falta de estructura de los servicios de salud para atender a esta población¹⁸; stock insuficiente¹⁶ y problemas en el control y distribución de FL^{19,20,26,35}; acoso de industrias alimentarias con oferta de muestras gratuitas de FL²⁰; robo y venta de FL por parte de profesionales del servicio²⁶; y la necesidad de acceso a diferentes servicios para la retirada de FL fue descrita como estigmatizante²⁸. Mientras tanto, los protectores de la inseguridad alimentaria evidenciados fueron: el suministro gratuito de FL exigió inversiones en infraestructura para almacenamiento y distribución²⁰; y el beneficio gubernamental de la complementación de renta, asesoramiento en grupos de apoyo favorecieron la alimentación adecuada de los niños^{23,30}.

Los aspectos programáticos están estrechamente relacionados con la vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria de niños expuestos verticalmente al VIH. Los estudios han demostrado que las familias buscan evitar la transmisión vertical del VIH para los hijos. Así, eligen un tipo de alimentación, sea por lactancia materna o por alimentación con fórmula láctea infantil. Independientemente de las condiciones sociales y económicas, las familias entienden la necesidad de mantener la exclusividad del tipo de alimento elegido y se esfuerzan por hacerlo.

Se indica la importancia de las orientaciones sobre la influencia de la opción de alimentación en la prevención de la transmisión vertical del VIH y de la influencia de las buenas prácticas de alimentación infantil en la promoción de la seguridad alimentaria. Estas orientaciones deben ser proporcionadas por profesionales de la salud desde prenatal hasta el puerperio y la puericultura.

Se destacaron las situaciones que aumentan la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de las familias de niños expuestos al VIH: burocracia para acceder a la fórmula láctea de forma gratuita; falta en el compromiso con pautas para buenas prácticas de alimentación infantil; estigma en los servicios de salud; cambios en las directrices de alimentación; acceso a diferentes servicios de salud; y el suministro insuficiente de insumos, especialmente la disponibilidad de sustitutos de la leche materna.

La burocracia para acceder a la fórmula láctea de forma gratuita se destacó como una barrera para la opción de alimentación de sustitución^{15,17,22,26,32}. En Brasil, los estudios han demostrado la inconsistencia del suministro de fórmula láctea^{18,29}. Las fallas en el suministro de fórmula láctea por parte del servicio de salud o de asistencia social fue un factor determinante de vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria, porque el alto costo semanal de la fórmula provocó la introducción precoz de alimentación complementaria^{16,18,22,28,29,32,34}. Se destaca la ocurrencia de violaciones al Código Internacional de Sustitutos de la Leche Materna, relatada por profesionales de la salud, a partir de la oferta masiva de muestras gratuitas de fórmula láctea infantil, derivados de las industrias fabricantes^{17,22}.

Sobre esto se infiere que no es suficiente la garantía por ley del libre acceso a la fórmula láctea infantil, que a nivel nacional es establecida por al menos seis meses. Es necesaria la articulación entre lo que está preconizado en la política pública y la organización de los servicios de salud para distribución eficaz de la fórmula láctea. Las fallas en esta articulación repercuten en las prácticas alimentarias en cantidad y frecuencia inadecuada para la edad del niño y la introducción precoz de otros alimentos.

La falla en el compromiso con orientaciones para buenas prácticas de alimentación infantil³² crea dudas y temor de enfermedad de los hijos para aquellas familias que han optado por la alimentación de sustitución, debido a las dificultades de preparación de la fórmula^{23,24,27} o alergias a la fórmula láctea infantil²⁸. En un servicio de salud, el criterio adoptado para la recomendación de la práctica alimentaria para cada niño expuesto era determinado por el nivel de carga viral materna. Cuando indetectable, se orientaba la lactancia materna exclusiva. La fórmula láctea era recomendada cuando la carga viral materna era alta, sin embargo, los profesionales de la salud relataron incertidumbre con respecto a la efectividad de la recomendación²⁶.

Las evidencias muestran la ocurrencia de orientaciones inadecuadas y inconsistentes, lo que indica la necesidad de mejorar la calidad del asesoramiento en salud realizado en los servicios^{15-17,19,20,27,29,33}. Muchas veces, en el mismo lugar, los profesionales orientaban las mujeres de manera contradictoria^{15,19,25,26,32}. Las divergencias y la falta de claridad entre las orientaciones que reforzaban la posibilidad de la lactancia materna dejaban subentendidos los riesgos para la transmisión del VIH^{15,19,20,22,25,36}.

En este sentido, se destaca la necesidad de coherencia entre las recomendaciones de alimentación del niño para la profilaxis de la transmisión vertical y las orientaciones proporcionadas por los profesionales en los servicios de salud. Esto indica la necesidad de profesionales capacitados y permanentemente actualizados, o sea, que desarrollen orientaciones basadas en evidencias científicas, en lenguaje accesible para la comprensión de la familia y las condiciones de preparación y administración de la fórmula láctea y alimentación en el domicilio. Entonces, esta articulación tiende a disminuir la vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria de los niños, a través de orientaciones adecuadas, evitando dudas sobre la práctica alimentaria y minimizando temores de transmisión vertical del VIH.

El estigma experimentado por las mujeres en un lugar que debería recibirlas fue un factor determinante para la discontinuidad del seguimiento clínico^{21,23} en el servicio y la discontinuidad de la exclusividad de la opción de alimentación con fórmula láctea¹⁸.

En este caso, es reconocible la importancia de la capacitación de los profesionales para el desarrollo de una práctica ética, basada en evidencias científicas. Una vez más, el estigma de la enfermedad afecta negativamente en la longitudinalidad de la atención en salud y, en consecuencia, los resultados prevenibles como la transmisión vertical del VIH y la inseguridad alimentaria.

El cambio en las directrices de alimentación de niños expuestos al VIH, posibilitando que una mujer infectada por el VIH amamante, se consideró sorprendente en algunas situaciones^{20,22,25,30}.

Se observó conexiones entre los factores de riesgo para la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de las familias de niños expuestos al VIH a través de diferentes situaciones discutidas hasta ahora discutidas y que refuerzan la necesidad de profesionales capacitados y permanentemente actualizados.

La necesidad de acceso a diferentes servicios de salud en corto período de tiempo, para el seguimiento clínico, obtención de la fórmula láctea infantil y de los medicamentos antirretrovirales, fue destacada negativamente por las mujeres, debido a la desorganización, la falta de preparación y la falta de recepción de los servicios^{18, 29-30}. La necesidad de revelar el diagnóstico en estos servicios causó vergüenza, debido a la actitud prejuiciosa y recriminatoria asumida por algunos profesionales de la salud^{18,21,31}.

Se destaca la conexión entre la organización de los servicios y capacitación de profesionales para una práctica ética basada en evidencia.

En cuanto al suministro insuficiente de insumos, en lugares donde no hay suministro gratuito de fórmula láctea infantil, las madres que no tenían condiciones financieras para asumir el costo de esta elección de alimentación, no tenían otra opción, excepto optar por la lactancia materna mixta^{15,22-23,25-26,31-32,35}.

En vista de lo expuesto, se entiende que esto refuerza el reconocimiento mundial de la política pública brasileña de prevención de la transmisión del VIH y el tratamiento del SIDA. Y, todavía, sustenta la razón de la recomendación de lactancia materna para aquellos escenarios que no tienen esta cobertura de atención para las personas que viven con VIH. Las evidencias aquí mencionadas de alimentación mixta debido al suministro insuficiente de insumos son principalmente provenientes de estudios en países del continente africano, lo que contextualiza esta situación indica la necesidad de orientación adaptada a las situaciones de cada familia, para que mantenga la exclusividad del tipo de alimentación, en este caso, la lactancia materna.

También se evidenciaron situaciones que reducen la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de las familias de niños expuestos al VIH: la disponibilidad de recursos financieros para adquisición de los alimentos y de recursos en el domicilio para la preparación y administración de la alimentación del niño; apoyo de profesionales de la salud desde prenatal hasta puerperio y puericultura; y estructura adecuada de los servicios de salud.

La disponibilidad de recursos financieros para adquisición del alimento, además de electricidad y utensilios domésticos necesarios para su preparación y administración facilitó la opción de alimentar a los niños con fórmula láctea infantil^{15,16,24,26}. Las madres se mostraron autoconfiantes y aliviadas por ofrecer una forma adecuada de alimentación a sus hijos, además de no representar un riesgo de transmisión del VIH^{15,24,28,31}. Más importante que los conocimientos sobre los riesgos de transmisión del virus y el deseo de amamantar o no amamantar, las condiciones socioeconómicas y de vivienda definieron las prácticas adoptadas^{22,23,25,26,31,34}. La hiperdilución de la fórmula para satisfacer las necesidades de los demás hijos o aumentar su período de duración aumentaron el riesgo de inseguridad alimentaria de los niños que ya tienen un sistema inmunitario deficiente^{18,31}.

Se acredita que las condiciones sociales experimentadas por las familias son determinantes de las prácticas efectivas de alimentación de los niños expuestos al VIH. Los recursos financieros para la adquisición de alimentos y de recursos en el domicilio para la preparación y administración de la alimentación del niño necesitan ser considerados por los profesionales en la orientación acerca de la opción de alimentaria, del mantenimiento de su exclusividad por un tiempo oportuno y en la práctica cotidiana de cuidados, para promover la seguridad alimentaria.

El apoyo de los profesionales, desde el prenatal, fue considerado esencial para ayudar en la prevención de la transmisión vertical del VIH^{23,28} y en el afrontamiento de los desafíos y las presiones que la elección alimentaria causó^{16,32}, siendo que el apoyo psicosocial fue un factor fundamental para promover la autonomía en cuanto a la elección alimentaria realizada^{15,24,28}.

Los profesionales mostraron apertura para permitir que la mujer elija la mejor opción de alimentación para su hijo, considerando las circunstancias del domicilio y las restricciones prácticas de cada una de las opciones^{16,25}. También reforzaron la importancia de la relación de empatía y confianza que tuvieran con los profesionales de la salud del servicio^{24,28,32}. Los enfermeros fueron considerados fundamentales para la atención de la salud de las mujeres en el puerperio³³. Y los nutricionistas fueron indicados por los demás profesionales de la salud como titulares y responsables por la orientación de la alimentación infantil, y todos los entrevistados presentaron conocimientos adecuados acerca de las recomendaciones^{26,27}.

Por el contrario, algunos orientaron la práctica alimentaria que consideraban adecuada, sin considerar el deseo de la madre^{16,19,25-27,30-31}. Aún, las madres relataron fuerte represión realizada por los profesionales de la salud cuando no cumplían las recomendaciones indicadas para la alimentación infantil^{15,27,33}. Sentimientos como agotamiento, estrés y frustración también fueron demostrados por los profesionales de la salud en esta situación¹⁹.

Cabe agregar que, el apoyo de los profesionales ocurrió a través del aporte de informaciones acerca de los riesgos de transmisión del VIH que la alimentación mixta proporciona. Esto repercutió en el éxito de la exclusividad de la elección alimentaria y en la capacidad de resistir a las presiones de la familia para la introducción de otros alimentos y líquidos¹⁶. Para las madres que optaron por la lactancia materna exclusiva, fue esencial el aporte de informaciones acerca de sus beneficios, destacando el vínculo entre madre e hijo, además del desarrollo de niños nutricionalmente saludables^{16,20,25,26,31}, incluso ante la preocupación recurrente con la posibilidad de transmisión del VIH al niño²²⁻²⁴.

Así, se infiere que el apoyo psicosocial de los profesionales, incluso mediante el aporte de informaciones, promueve autonomía para elegir la opción de alimentación y su mantenimiento exclusivo durante el tiempo recomendado para la seguridad alimentaria del niño. Para esto, es

necesario el conocimiento para que el profesional oriente de manera adecuada y que la familia confíe y se sienta segura para la práctica alimentaria.

La estructura adecuada de los servicios de salud y el suministro suficiente de insumos, incluidos los antirretrovirales y la fórmula láctea infantil fueron destacados por todas las madres como factores protectores de la práctica alimentaria elegida. La disponibilidad de fórmula infantil por parte del gobierno requiere además de las inversiones en la compra de este alimento, en una infraestructura y logística diferenciada para el almacenamiento y distribución adecuados³³.

Se refuerza la indicación de articulación entre lo que está preconizado en la política públicas y la organización de los servicios de salud. Las fallas en esta articulación repercuten negativamente en la prevención de la transmisión vertical del VIH y en la seguridad alimentaria.

Los recursos sociales disponibles de manera efectiva y democrática protegen a los niños expuestos al VIH de la exposición a otros problemas como la inseguridad alimentaria. Así, las acciones programáticas necesitan articular planificación, recursos, capacidad, gestión y evaluación de forma permanente desde la esfera política, atravesando los servicios y culminando en la actuación profesional para promover acciones con las familias, contextualizadas a la situación geográfica, demográfica, socioeconómica, cultural y clínica que vivencian.

CONCLUSIÓN

Las opciones de alimentación, los conocimientos, las actitudes y prácticas de los profesionales y la estructura de los servicios, aumentan o disminuyen la vulnerabilidad programática para la inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH. Los factores de riesgo evidenciados fueron: burocracia para el acceso gratuito de la fórmula láctea, falla en las orientaciones para buenas prácticas de alimentación, estigma, cambios en las directrices, acceso a diferentes servicios de salud y suministro insuficiente de insumos. Los factores protectores fueron: la disponibilidad de recursos en el domicilio para la preparación y administración de la alimentación del niño; el apoyo de profesionales de la salud; la estructura adecuada de los servicios y la disponibilidad de recursos financieros para adquisición de los alimentos.

Se verificó la necesidad de calificar las orientaciones de opciones de alimentación para las familias de estos niños, articulando las directrices de las políticas públicas con las prácticas de los profesionales de la salud y la estructura de los servicios.

Como posibles generalizaciones, entre las acciones programáticas para la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional de los niños expuestos al VIH, se señala que es necesario invertir en actualización de los profesionales y adecuación de los servicios de salud para satisfacer adecuadamente las demandas de esta población vulnerable. Las orientaciones deben adaptarse a las situaciones de cada familia. En contextos en que las mujeres infectadas por el VIH son orientadas a no amamantar, como en Brasil, se destaca la necesidad de suministro continuo e ininterrumpido de la fórmula láctea infantil.

En la evaluación crítica de los artículos, se señala que el nivel cuantitativo ≤ 4 indica la necesidad de desarrollo de estudios experimentales, cohorte, caso-control y revisiones sistemáticas. Entre los 22 artículos incluidos, 11 fueron clasificados con nivel 2, considerado fuerte, siendo en su mayoría cualitativos, lo que indica la necesidad de inversión en estudios de intervención, de modo que además de ampliar las evidencias, se fortalezca la toma de decisiones en la práctica de alimentación de niños expuestos al VIH, para minimizar la vulnerabilidad programática a la inseguridad alimentaria.

Esta revisión integradora presenta limitaciones que se refieren a la complejidad de analizar artículos que utilizan diferentes enfoques metodológicos; además de la pluralidad de escenarios con diferentes recomendaciones de alimentación (lactancia materna o fórmula

lática) para niños expuestos al VIH, pero por otro lado, apunta el escenario de estudios sobre el tema, de gran importancia para acciones políticas y sociales.

REFERENCIAS

1. 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 [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [consultado en 05 mar 2019]. 58p. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/
2. World Health Organization. HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [consultado en 05 mar 2019]. 8p. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590777/en/
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016 [consultado en 05 mar 2019]; 387(10017):475-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
4. Santos GM, Cavalcanti AL, Vianna RPT, Silva CCS. Aleitamento materno exclusivo e (in) segurança alimentar e nutricional. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [consultado en 05 mar 2019]; 20(4):293-8. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8602/dc5e8fdcb12a7cc5b98613414ebb476cf4a2.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.04.05>
5. World Health Organization. Guideline updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [consultado en 05 mar 2019]. 68p. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/
6. Doherty T, Chopra M, Jackson D, Goga A, Colvin M, Persson LA. Effectiveness of the WHO/UNICEF guidelines on infant feeding for HIV-positive women: results from a prospective cohort study in South Africa. *AIDS* [Internet]. 2007 [consultado en 05 mar 2019]; 21(13):1791-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32827b1462>
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS [Internet]. 2018 [consultado en 05 mar 2019]; 49(53):5-72. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
8. Ministério da Saúde (Brasil), 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [consultado en 05 mar 2019]. 222p. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>
9. Freitas JG, Cunha GH, Lemos LA, Barroso LMM, Galvão MTG. Alimentação de crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2014 [consultado en 05 mar 2019]; 23(3):617-5. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00617.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000600013>
10. Brasil. Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 14 nov 1996 [consultado en 05 mar 2019]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm
11. Ayres JRCM, Paiva V, França Junior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 [consultado en 05 mar 2019]; 96(6):1001-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.060905>
12. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* [Internet]. 1987 [consultado en 05 mar 2019]; 10(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. *Plos Med.* [Internet]. 2009 [consultado en 05 mar 2019]; 6(7): e1000097. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/pdf/pmed.1000097.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2nded Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott; Williams & Wilkins, 2011.
15. Muko KN, Tchanqwe GK, Nqwa VC, Njova L. Preventing mother-to-child transmission: factors affecting mothers' choice of feeding - a case study from Cameroon. SAHARA J. [Internet]. 2004 [consultado en 05 mar 2019]; 1(3):132-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2004.9724836>
16. Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson LA. A Longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa. J Nutr. [Internet]. 2006 [consultado en 05 mar 2019]; 136(9):2421-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jn/136.9.2421>
17. Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me". Bull World Health Organ. [Internet]. 2006 [consultado en 05 mar 2019]; 84(2):90-6. DOI: <http://doi.org/10.2471/blt.04.019448>
18. Machado MMT, Galvão MTG, Kerr-Pontes LRS, Cunha AJLA, Leite AJM, Lindsay AC, et al. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. Rev Eletrônica Enferm. [Internet]. 2007 [consultado en 05 mar 2019]; 9(3):669-711. Disponible en: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3a10.htm
19. Réa MF, Santos RG, Sanchez-Moreno C. Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements. Acta Paediatr. [Internet]. 2007 [consultado en 05 mar 2019]; 96(1):94-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00017.x>
20. Chopra M, Rollins N. Infant feeding in the time of HIV: rapid assessment of infant feeding policy and programmes in four African countries scaling up prevention of mother to child transmission programmes. Arch Dis Child. [Internet]. 2008 [consultado en 05 mar 2019]; 93(4):288-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.096321>
21. Buskens I, Jaffe A. Demotivating infant feeding counselling encounters in southern Africa: Do counsellors need more or different training? AIDS Care [Internet]. 2008 [consultado en 05 mar 2019]; 20(3):337-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09540120701660346>
22. Sibeko L, Coutsooudis A, Nzuza S, Gray-Donald K. Mothers' infant feeding experiences: constraints and supports for optimal feeding in an HIV-impacted urban community in South Africa. Publ Health Nutr. [Internet]. 2009 [consultado en 05 mar 2019]; 12(11):1983-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980009005199>
23. Desclaux A, Alfeiri C. Counseling and choosing between infant-feeding options: overall limits and local interpretations by health care providers and women living with HIV in resource-poor countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon). Soc Sci Med. [Internet]. 2009 [consultado en 05 mar 2019]; 69(1):821-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.007>
24. Cames C, Saher A, Avassou KA, Cournil A, Meda N, Simondon KB. Acceptability and feasibility of infant-feeding options: experiences of HIV-infected mothers in the World Health Organization Kesho Bora mother-to-child transmission prevention (PMTCT) trial in Burkina Faso. Matern Child Nutr. [Internet]. 2010 [consultado en 05 mar 2019]; 6(3):253-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00201.x>
25. Chisenga M, Siame J, Baisley K, Kasonka L, Filteau S. Determinants of infant feeding choices by Zambian mothers: a mixed quantitative and qualitative study. Matern Child Nutr. [Internet]. 2011 [consultado en 05 mar 2019]; 7(2):148-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00264.x>
26. Ijumba P, Doherty T, Jackson D, Tomlinson M, Sanders D, Persson LA. Free formula milk in the prevention of mother-to-child transmission programme: voices of a peri-urban community in South Africa on policy change. Health Policy Plan. [Internet]. 2012 [consultado en 05 mar 2019]; 28(7):761-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czs114>
27. Nor B, Ahlberg BM, Doherty T, Zembe Y, Jackson D, Ekstrom EC. Mother's perceptions and experiences of infant feeding within a community-based peer counselling intervention in South Africa. Matern Child Nutr. [Internet]. 2012 [consultado en 05 mar 2019]; 8(4):448-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-017-0109-x>
28. Zulliger R, Abrams EJ, Meyer L. Diversity of influences on infant feeding strategies in women living with HIV in Cape Town, South Africa: a mixed methods study. Trop Med Int Health [Internet]. 2013 [consultado en 05 mar 2019]; 18(12):1547-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12212>
29. Silva MR, Alvarenga WA, Dupas G. Experiência do cuidador no tratamento preventivo da criança exposta ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Rev RENE (Online) [Internet]. 2014 [consultado en 05 mar 2019]; 15(5):743-52. Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3232/2488> DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500003>

30. Pacheco BP, Gomes GC, Xavier DM, Nobre CMG, Aquino DR. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2016 [consultado en 05 mar 2019]; 20(2):378-83. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0378.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160052>
31. Rensburg LJ, Nel R, Walsh CM. Knowledge, opinions and practices of healthcare workers related to infant feeding in the context of HIV. Health SA Gesondheid [Internet]. 2016 [consultado en 05 mar 2019]; 21(1):129-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2015.12.001>
32. Chavanda A, Goon DT, Hoque ME. Infant feeding practices among HIV-positive mothers at Tembisa hospital, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. [Internet]. 2017 [consultado en 05 mar 2019]; 9(1):01278. DOI: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1278>
33. Suwankhong D, Liamputtong P. 'I was told not to do it but...': Infant feeding practices amongst HIV-positive women in southern Thailand. Midwifery [Internet]. 2017 [consultado en 05 mar 2019]; 48:69-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.007>
34. Lang'at PC, Ogada I, Steenbeek A, MacDonald NE, Ochola S, Bor W, et al. Infant feeding practices among HIV-exposed infants less than 6 months of age in Bomet County, Kenya: an in-depth qualitative study of feeding choices. Arch Dis Child. [Internet]. 2018 [consultado en 05 mar 2019]; 103(5):470-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-314521>
35. Nieuwoudt S, Manderson L. Frontline health workers and exclusive breastfeeding guidelines in an HIV endemic South African community: a qualitative exploration of policy translation. Int Breastfeed J. [Internet]. 2018 [consultado en 25 set 2019]; 13:20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0164-y>
36. Adeniyi OV, Ajayi AI, Issah M, Owolabi EO, Goon DT, Avramovic G, et al. Beyond health care providers' recommendations: understanding influences on infant feeding choices of women with HIV in the Eastern Cape, South Africa. Int Breastfeed J. [Internet]. 2019 [consultado en 25 set 2019]; 14(7):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-019-0201-5>

CONTRIBUCIONES

Todas las autoras tuvieron contribuciones iguales en el diseño, redacción y revisión del estudio.

Como citar este artículo (Vancouver)

Bick MA, Paula CC. Vulnerabilidad programática para inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH: una revisión integradora. REFACS [Internet]. 2020 [consultado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 8(1):100-113. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link do DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

BICK, M. A.; PAULA, C. C. Vulnerabilidad programática para inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH: una revisión integradora. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 1, p. 100-113, 2020. Disponible en: *insertar link de acceso*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link do DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Bick, M.A. & Paula, C.C. (2020). Vulnerabilidad programática para inseguridad alimentaria de niños expuestos al VIH: una revisión integradora. *REFACS*, 8(1), 100-113. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*. DOI: *insertar link do DOI*.