

Insegurança alimentar em famílias de crianças verticalmente expostas ao HIV***Food insecurity in families of children vertically exposed to HIV****Inseguridad alimentaria en familias de niños expuestos verticalmente al VIH****Recebido: 29/06/2020****Aprovado: 10/02/2021****Publicado: 18/06/2021****Clécia de Oliveira Sampaio¹****Marília Alessandra Bick²****Vanessa Ramos Kirsten³****Stela Maris de Mello Padoin⁴****Cristiane Cardoso de Paula⁵**

Este é um estudo quantitativo transversal analítico, com amostragem não probabilística por conveniência realizado no município de Santa Maria - RS, de 2016 a junho de 2018, com o objetivo de analisar a ocorrência de insegurança alimentar nos domicílios de famílias com crianças expostas ao HIV e fatores associados. Utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar versão curta, caracterização dos familiares e dados antropométricos das crianças. Foram entrevistados 88 familiares: 52,2% dessas famílias apresentavam insegurança alimentar. Uma renda familiar menor que um salário mínimo ($p < 0,001$), considerar moderadamente difícil manter o seu acompanhamento em saúde ($p = 0,009$), realizar menos de oito consultas da criança no último ano ($p = 0,011$), e o absenteísmo nas consultas ($p = 0,030$) foram fatores significativamente associadas à insegurança alimentar. Não houve associação com o estado nutricional das crianças. Sugere-se ampliação do acesso e longitudinalidade nos serviços para favorecer os cuidados à saúde das crianças expostas.

Descritores: HIV; Transmissão vertical de doença infecciosa; Segurança alimentar e nutricional; Nutrição do lactente; Família.

This is a quantitative analytical cross-sectional study, with non-probabilistic sampling for convenience carried out in the municipality of Santa Maria, RS, Brazil, from 2016 to June 2018. It aimed to analyze the occurrence of food insecurity in the homes of families with children exposed to HIV and associated factors. The short version of the *Escala Brasileira de Insegurança Alimentar* (Brazilian Food Insecurity Scale), characterization of family members and children's anthropometric data were used. 88 family members were interviewed: 52.2% of these families suffered from food insecurity. A family income equivalent to less than one minimum wage ($p < 0.001$), to consider it moderately difficult to maintain the monitoring of the child's health ($p = 0.009$), to take the child to less than eight medical appointments in the last year ($p = 0.011$), and to be absent in consultations ($p = 0.030$) were factors significantly associated with food insecurity. There was no association with the children's nutritional status. Expansion of access and longitudinality in services is suggested to favor health care for exposed children.

Descriptors: HIV; Infectious disease transmission, Vertical; Food and nutrition security; Infant nutrition; Family.

Este es un estudio cuantitativo transversal analítico, con muestreo no probabilístico de conveniencia realizado en el municipio de Santa María, RS, Brasil, entre 2016 y junio de 2018, con el objetivo de analizar la ocurrencia de inseguridad alimentaria en hogares con niños expuestos al VIH y factores asociados. Se utilizó la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria - versión corta, la caracterización de los miembros de la familia y los datos antropométricos de los niños. Fueron entrevistados 88 familiares; el 52,2% de estas familias presentaban inseguridad alimentaria, ingresos familiares menores a un salario mínimo ($p < 0,001$), consideran moderadamente difícil mantener su seguimiento en salud ($p = 0,009$), realizaron menos de ocho consultas del niño en el último año ($p = 0,011$) y el absentismo en las consultas ($p = 0,030$) estaban significativamente asociados la inseguridad alimentaria. No hubo asociación con el estado nutricional de los niños. Se sugiere ampliar el acceso y la longitudinalidad de los servicios para favorecer la atención a la salud de los niños expuestos.

Descriptores: VIH; Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; Seguridad alimentaria y nutricional; Nutrición del lactante; Familia.

* Este artigo integra o projeto matricial intitulado *Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV*, o qual recebeu incentivo à pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo Edital Universal MCTIC/CNPq nº 01/2016; da Chamada CNPq/MCTIC nº 016/2016 Segurança Alimentar e Nutricional no Âmbito da UNASUL; e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) Edital 03/2017 Programa de Pesquisa para o SUS FAPERGS/MS/CNPq/SESR.

1. Nutricionista. Mestre em Enfermagem. Especializanda em Nutrição pela Diretoria de Vigilância em Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-2303-1590 E-mail: sampaioclecia@yahoo.com.br

2. Nutricionista. Especialista em nutrição em Alimentação Escolar. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGE) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Santa Maria, RS, Brasil. ORCID: 0000-0002-8744-7790 E-mail: mariliabick@gmail.com

3. Nutricionista. Especialista em Alimentação e Nutrição em Atenção Básica. Mestre em Medicina e Ciências da Saúde. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Associada do curso de Nutrição da UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. ORCID: 0000-0002-6737-1039 E-mail: kirsten.vr@gmail.com

4. Enfermeira. Especialista em Pedagogia da Enfermagem Médico Cirúrgica. Mestre, Doutora e Pós Doutora em Enfermagem. Professora Associada do PPGE e Departamento de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-3272-054X E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

5. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente. Mestre, Doutora e Pós Doutora em Enfermagem. Professora Associada do PPGE e do Departamento de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-4122-5161 E-mail: cristiane.paula@ufsm.br

INTRODUÇÃO

A prática de não amamentar está associada com a inadequação da alimentação infantil, déficits nutricionais e imunológicos¹, que potencializam o risco de atraso no crescimento e desenvolvimento infantil e podem repercutir na saúde em longo prazo. Porém, há contraindicação de aleitamento materno para lactentes com exposição vertical ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que os torna sujeitos à insegurança alimentar. Assim, esses lactentes compõem um grupo populacional prioritário para a garantia do direito humano à alimentação adequada^{2,3}.

Na população de crianças expostas ao HIV, devido a condição clínica materna e o uso de fórmula láctea infantil, há necessidade de orientação e monitoramento das práticas alimentares e dos parâmetros de crescimento, especialmente nos primeiros mil dias de vida^{4,5}. As intervenções são convergentes com as Metas 2 (fome zero e agricultura sustentável) e 3 (saúde e bem-estar) dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁶.

A Insegurança Alimentar é definida como a situação em que as pessoas, a qualquer momento, não têm acesso a alimentos suficientes, seguros e nutritivos, os quais atendam às suas necessidades nutricionais para uma vida ativa e saudável, e pode ter uma relação importante com o crescimento destas crianças³.

Estudo apontou vulnerabilidade programática para insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV e demonstrou que três fatores aumentam ou diminuem tal condição vulnerável: opções de alimentação, conhecimentos de atitudes e práticas dos profissionais e estrutura dos serviços⁷. 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 insuficientes⁷.

Ao considerar a família como corresponsável pela saúde das crianças, os pais devem ser foco das orientações do preparo e administração da fórmula láctea e no início da alimentação complementar saudável. Para tanto, é imprescindível que eles disponham de conhecimentos e condições para tal prática, incluindo: saneamento básico, acesso à fórmula láctea e aos alimentos adequados e em quantidade suficiente para cada etapa da vida da criança⁸.

Saber se as famílias possuem segurança alimentar pode ser um fator determinante para o seu melhor cuidado e enfrentamento da doença. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência de insegurança alimentar nos domicílios de famílias com crianças expostas ao HIV e fatores associados.

MÉTODO

Estudo quantitativo transversal analítico, com amostragem não probabilística por conveniência realizado no município de Santa Maria - RS, Brasil. Os participantes foram familiares de crianças expostas ao HIV. Como critério de inclusão, o participante deveria ser o familiar que acompanha a rotina diária de crianças verticalmente expostas ao HIV, com até 18 meses de idade, em acompanhamento em um hospital universitário (HU). Foram excluídas do estudo crianças institucionalizadas, considerando que estas não apresentam um cuidador principal.

Para compor uma lista de potenciais participantes, foram acessadas as fichas de notificação de gestantes infectadas pelo HIV e de crianças expostas e agenda de consultas no serviço do HU. Para aqueles sem consultas, foi realizado contato telefônico. O período de coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2016 e junho de 2018.

Para a avaliação da insegurança alimentar, foi utilizada uma proposta de escala curta construída a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar⁹ (EBIA), composta por cinco questões com respostas dicotômicas (sim e não). A presença de uma resposta positiva representa a ocorrência de insegurança alimentar no domicílio. Os fatores associados avaliados foram: características da população (criança e familiar), do cuidado e do estado nutricional.

Aplicou-se instrumento contendo as variáveis *da criança* (peso e estatura, prematuridade, uso de medicamentos, tipo e frequência de alimentação láctea e alimentação complementar e frequência)¹⁰, *do familiar* (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas que convivem com a renda, número de filhos, município e zona de residência, situação empregatícia, uso de álcool ou drogas, problema de saúde, condição sorológica, via de infecção, tempo de diagnóstico, tratamento para o HIV e grau de dificuldade para manter o acompanhamento) e *do cuidado* (parentesco com a criança, irmãos expostos ao HIV, serviço de saúde de acompanhamento da criança, idade no primeiro atendimento de infectologia, número de consultas, absenteísmo nas consultas, grau de dificuldade para manter o acompanhamento da criança, conhecer e acessar quando necessário o serviço de atenção primária, mais próximo da residência). Os dados de peso e estatura foram coletados no prontuário.

Para avaliar o estado nutricional de crianças a termo foi utilizado o indicador Índice de Massa Corporal/Idade (IMC/I), no *software* WHO Anthro versão 3.2.2, e classificados de acordo com os padrões de crescimento infantil¹¹. Para prematuros, foram utilizados os escores de Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I) utilizando a calculadora INTERGROWTH-21st *Postnatal Growth of Preterm Infants*.

A análise dos dados foi realizada no *Statistical Package for the Social Sciences* 22.0 (SPSS), utilizando-se o Teste Qui-quadrado de Pearson para verificar a relação das variáveis da criança, do familiar e do cuidado com a segurança alimentar e estado nutricional. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (50609615.1.0000.5346), e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi acordado contato com a equipe da vigilância e do serviço especializado em que as crianças mantêm acompanhamento para retorno dos resultados da pesquisa de modo a desenvolver a busca ativa das famílias para conclusão de desfecho da exposição vertical ao HIV e de encaminhamento dos casos de insegurança alimentar, considerando os relatos de dificuldade de cuidado e acesso.

RESULTADOS

Participaram 88 pessoas, majoritariamente mulheres (97,7%), mães (95,4%), com mais de 30 anos ($n=41$; 46,6%), escolaridade até o ensino médio (53,4%), desempregadas (63,7%), que compartilhavam a renda familiar entre 3 e 5 pessoas (69,3%) e possuíam entre 2 e 4 filhos (59,1%). Observou-se que a maioria não consumia bebida alcoólica (64,8%) ou drogas (96,6%), eram infectadas pelo HIV (96,6%) e faziam tratamento (88,6%).

Em relação às informações das crianças, a maioria não tinha irmãos expostos ao HIV (60,2%), estavam em uso de fórmula láctea infantil (67,0%) e recebiam alimentação complementar (82,9%). A frequência de oferta de alimentação foi inadequada para a idade, tanto para a láctea ($n=72$; 81,8%) quanto para a complementar (61,3%). Segundo a avaliação do índice de massa corporal para a idade (IMC/I), a maioria das crianças estava eutrófica (79,6%). A relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do familiar com a insegurança alimentar é descrita na Tabela 1.

A prevalência de insegurança alimentar encontrada nestas famílias foi de 52,2%. O familiar sem companheiro ($p=0,022$), a renda familiar menor de um salário mínimo ($p < 0,001$), considerar moderadamente difícil manter o seu acompanhamento em saúde ($p=0,009$), a criança ter realizado menos de oito consultas no último ano ($p=0,011$), absenteísmo nas consultas de acompanhamento da criança ($p=0,030$) e frequência inadequada de alimentação láctea ($p=0,033$) foram as variáveis significativamente associadas à insegurança alimentar.

Tabela 1. Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas do familiar e da criança exposta ao HIV e insegurança alimentar. Santa Maria - RS, 2018.

Variáveis sociodemográficas e clínicas do familiar	n avaliado	Insegurança alimentar	P
Estado civil			0,022
Convive com companheiro/esposo	62	27 (43,5)	
Sem companheiro	26	19 (73,1)	
Renda familiar			<0,001
Menos de 1 salário (≤ R\$ 879,00)	26	22 (84,6)	
Entre 1 e 2 salários (R\$ 880,00 - 1760,00)	37	21 (56,8)	
Mais de 2 salários (≥ R\$ 1761,00)	25	3 (12,0)	
Como é para você manter o acompanhamento?			0,009
Difícil	14	10 (71,4)	
Mais ou menos	22	16 (72,7)	
Fácil	49	19 (38,8)	
Nº consultas da criança no último ano			0,011
1-4	48	25 (52,1)	
5-8	25	18 (72,0)	
9-12	11	2 (18,2)	
A criança faltou alguma consulta no último ano			0,030
Sim	18	14 (77,8)	
Não	70	32 (45,7)	
Frequência da alimentação láctea			0,033
Adequada	16	4 (25,0)	
Inadequada	72	42 (58,3)	

Nota: Teste de Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Valores significativos para $p < 0,05$.

Quanto ao acesso da família aos alimentos no domicílio nos últimos três meses, as assertivas da escala de insegurança alimentar utilizada indicaram que houve preocupação com a falta de alimentos antes de ter condições para adquirir mais (44,3%, $n=39$) e houve carência de alimentos no domicílio em 28,4% ($n=25$) das famílias avaliadas. Por restrição de recursos financeiros, 40,9% ($n=36$) das famílias não dispunham de alimentação saudável e variada e algum adulto ($n=27$; 30,6%) ou o familiar de referência para o cuidado ($n=22$; 25,0%) reduziu a quantidade de alimentos consumidos ou pulou refeições. A relação entre o estado nutricional da criança e a insegurança alimentar é descrita na Tabela 2.

Tabela 2. Associação do estado nutricional das crianças verticalmente expostas ao HIV e a insegurança alimentar. Santa Maria - RS, 2018.

Classificação de Índice de massa corporal	N Avaliados	Insegurança alimentar	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?			0,86
Eutrofia/Magreza	60	28 (46,7)	
Risco de sobrepeso/sobrepeso	15	6 (40,0)	
Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?			0,999
Eutrofia/Magreza	60	19 (31,7)	
Risco de sobrepeso/sobrepeso	15	4 (26,7)	
Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?			0,999
Eutrofia/Magreza	60	24 (40,0)	
Risco de sobrepeso/sobrepeso	15	6 (40,0)	
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?			0,749
Eutrofia/Magreza	60	16 (26,7)	
Risco de sobrepeso/sobrepeso	15	5 (33,3)	
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?			0,999
Eutrofia/Magreza	60	13 (21,7)	
Risco de sobrepeso/sobrepeso	15	3 (20,0)	

Nota: Teste de Qui-quadrado de Pearson Valores significativos para $p < 0,05$.

A análise da insegurança e do estado nutricional das crianças não apresentou associação estatisticamente significativa.

Com os fatores associados à insegurança alimentar na análise bivariada, foi realizada uma análise multivariável de Regressão de Poisson com Variância Robusta. Após ajuste do modelo, as variáveis que se mantiveram associadas à insegurança alimentar foram renda menor, dificuldade de manter o acompanhamento, menor frequência de consultas, e o fato de ter faltado a alguma consulta. A frequência do consumo adequado de lácteos, apesar de ter ficado no limite da significância estatística ($p=0,052$), parece ter uma tendência a proteger da insegurança alimentar. Na Tabela 3 são apresentados estes resultados.

Tabela 3 - Fatores associados à insegurança alimentar após ajuste do modelo estatístico. Santa Maria - RS, 2018.

Variáveis sociodemográficas e clínicas do familiar	RP ajustada (IC95%)	P
Estado civil		
Convive com companheiro/esposo	0,97 (0,71-1,32)	0,849
Sem companheiro	Ref*	
Renda familiar		
Menos de 1 salário (\leq R\$ 879,00)	3,87 (1,28-11,67)	0,016
Entre 1 e 2 salários (R\$ 880,00 – 1760,00)	3,12 (1,03-9,43)	0,044
Mais de 2 salários (\geq R\$ 1761,00)	Ref*	
Como é para você manter o acompanhamento		
Difícil	2,21 (1,52-3,19)	<0,001
Fácil	1,19 (0,87-1,65)	0,280
Mais ou menos	Ref*	
Nº consultas da criança no último ano		
1-4	3,54 (1,42-8,79)	0,006
5-8	3,25 (1,31-8,09)	0,011
9-12	Ref*	
A criança faltou alguma consulta no último ano		
Sim	1,68 (1,23-2,29)	0,001
Não	Ref*	
Frequência da alimentação láctea		
Adequada	0,49 (0,24-1,01)	0,052
Inadequada	Ref*	

Nota: RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de 95% de confiança. Valores de RP e P obtidos através da Regressão de Poisson com variância Robusta. *Ref. - valor de referência da regressão. Referência = 1,0 // Ref. = 1,0.

DISCUSSÃO

Acredita-se que as condições sociais vivenciadas pelas famílias são determinantes da efetivação das práticas de alimentação das crianças expostas ao HIV e, conseqüentemente, na segurança alimentar destas famílias. Avaliar fatores relacionados a esta condição podem orientar profissionais e serviços para auxiliar na gestão desta demanda, principalmente de maneira intersetorial.

No presente estudo, a insegurança alimentar no domicílio de crianças expostas ao HIV apresentou associação para o familiar sem companheiro. Em outros estudos realizados na região nordeste brasileira, essa associação não foi encontrada para adultos com HIV^{12,13}. Em âmbito internacional, estudos na África apontaram tendências significativas para um risco de insegurança alimentar quando o chefe de família é solteiro^{14,15}. Isso permite inferir que tentativas conjuntas de suprir as necessidades alimentares da família aumentam as chances de segurança alimentar. O estado civil poderá incrementar a renda e/ou o apoio das atividades cotidianas. Entretanto, considera-se que o ambiente dessas crianças é influenciado pelo

preconceito e ocultamento do diagnóstico, o que pode favorecer o isolamento social¹⁶. Isso indica a necessidade de fortalecimento da rede de apoio das famílias para promover a segurança alimentar de crianças expostas ao HIV.

A insegurança alimentar também esteve associada a renda familiar inferior a um salário mínimo; o que corrobora outros estudos brasileiros, em que as pessoas que vivem com HIV que dispõem de renda familiar mensal menor de 1,5 salários mínimo obtiveram maior probabilidade de insegurança alimentar¹³, e a renda per capita inferior a meio salário mínimo aumentou em 83,1% a prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave¹². A restrição de recursos financeiros e as desigualdades sociais implicam em obstáculo para alimentação adequada, expondo as famílias aos distúrbios nutricionais, bem como o acesso à saúde, educação e moradia. Aponta-se a necessidade de investimentos nas áreas de saúde infantil e nutrição com estratégias de geração de renda e de educação.

O familiar considerar moderadamente difícil manter o seu acompanhamento em saúde também esteve associado à insegurança alimentar. Estudo no oeste dos EUA, ao investigar a relação de insegurança alimentar e desfechos clínicos relacionados ao HIV, concluiu que insegurança alimentar está associada à diminuição do acesso aos serviços especializados¹⁷.

Enquanto a insegurança alimentar se mostrou associada ao distanciamento do cuidado a saúde, há evidências da segurança alimentar como efeito protetor ao acompanhamento clínico¹⁸. No estudo em tela, a insegurança alimentar foi associada ao comparecimento da criança em menos de oito consultas no último ano e o absenteísmo, o que expressa a necessidade de os serviços programarem uma forma de monitorar o absenteísmo e de estratégias que aproximem as famílias para dar seguimento aos cuidados profissionais até o desfecho da situação sorológica da criança. Os serviços devem ser capazes de identificar e gerenciar de maneira precoce e oportuna as disparidades de saúde das crianças¹⁹, especialmente quanto à alimentação.

Outra variável que obteve significância estatística na prevalência de insegurança alimentar foi a frequência inadequada de alimentação láctea. A oferta de alimentação para essas crianças foi classificada, majoritariamente, como inadequada tanto para frequência de alimentação láctea quanto para a alimentação complementar. Esse resultado se assemelhou ao descrito em outras produções nacionais e internacionais.

Investigação realizada no nordeste brasileiro identificou 57,8% das crianças expostas ao HIV com consumo inadequado do leite (diluição e frequência) e 64,5% possuíam idade para introdução da alimentação complementar; porém, 25% destas ainda consumiam apenas o leite²⁰. Um estudo desenvolvido na África do Sul mostrou que, aos seis meses de idade, 100% das crianças expostas recebiam a frequência adequada de fórmula láctea infantil, reduzindo para 80% aos 12 e 18 meses idade²¹. Infere-se que a ocorrência de insegurança alimentar nos domicílios expõe as crianças à frequência inadequada de alimentação láctea e à introdução tardia e insuficiente de alimentação complementar. Assim, não basta ter o acesso gratuito a fórmula láctea pelo Sistema Único de Saúde (SUS), há necessidade de esclarecimento para a correção de práticas inadequadas, que poderão provocar alterações no estado nutricional.

A correlação entre a insegurança alimentar e o estado nutricional das crianças expostas ao HIV não apresentou significância estatística. Possivelmente, porque tal relação pode ser mais complexa devido a determinantes como idade da criança, consumo alimentar, medicamentos utilizados, tempo da doença e renda. Em países de média ou baixa renda, a insegurança alimentar pode se relacionar com déficits nutricionais e em nações desenvolvidas com o excesso de peso.

O perfil antropométrico e dietético de crianças de 0 a 18 meses expostas ao HIV, residentes no norte brasileiro, apresentou predomínio de eutrofia/adequação. O risco de magreza foi de 23%, de baixa estatura de 15% e sobrepeso de 8%²². Já no sul da África, nenhum lactente exposto ao HIV apresentou baixo peso com 6, 12 e 18 meses²¹. Por outro lado, pesquisa

que comparou o crescimento longitudinal de crianças expostas e não expostas evidenciou que o sobrepeso era comum em ambos os grupos aos 12 meses²³.

Assim, o monitoramento de crianças expostas ao HIV é importante para identificar as possíveis situações de risco e alterações antropométricas e a intervenção precoce para promover o desenvolvimento infantil ou reestabelecer o estado nutricional, quando inadequado.

A participação de familiares de crianças acompanhadas em uma única instituição de saúde pode restringir a generalização dos resultados, por elas receberem um cuidado especializado de padrão institucional. Diante disso, o projeto matricial de pesquisa foi ampliado para os demais municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul presentes no rol de 100 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, que apresentaram os maiores índices compostos de HIV, do boletim epidemiológico de HIV do Ministério da Saúde e assim, futuramente, poderão ser analisados estes fatores em uma amostra aleatória.

CONCLUSÃO

A mãe biológica é, majoritariamente, o familiar de referência para o cuidado de crianças expostas ao HIV. Observou-se prevalência de insegurança alimentar no domicílio quando a renda é inferior a um salário, o familiar considera moderadamente difícil manter o acompanhamento de sua saúde e o absentismo nas consultas da criança.

Como limitações deste estudo destaca-se a amostragem por conveniência, cuja variabilidade amostral não foi pré-estabelecida e a utilização de uma proposta de escala curta para insegurança alimentar. A escala utilizada apresenta limitações em relação à Escala Brasileira de Insegurança Alimentar não é específica para famílias com crianças e, portanto, não dimensiona este fator em seus resultados, dificultando a identificação de grupos por níveis de risco.

No entanto, independentemente do tamanho da versão curta utilizada, os modelos mostraram alta sensibilidade e especificidade quando comparados à Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, método considerado padrão-ouro. Ademais, os modelos propostos foram precisos ao medirem a prevalência de insegurança alimentar, mostrando resultados semelhantes àqueles encontrados pela versão original. A escolha pela proposta curta deu-se por facilitar (tempo e recurso) a mensuração da insegurança alimentar.

Assim, sugere-se a ampliação do acesso e longitudinalidade nos serviços de saúde, monitoramento do estado nutricional e estratégias para orientação de práticas oportunas, seguras e adequadas de alimentação láctea e complementar, reduzindo a insegurança alimentar e favorecendo o desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Silva DI, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. *Rev Bras Promoç Saúd.* [Internet]. 2015 [citado em 26 ago 2019]; 28(1):58-66. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3141/pdf> DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p58>
2. Shawar YR, Shiffman J. Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *Lancet* [Internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 389(10064):119-24. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31574-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31574-4)
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world 2019: safeguarding against economic slowdowns and downturns. Geneva: WHO; 2019. 239p. Disponível em: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000106760/download/?_ga=2.146261364.11207383.1612289862-1744217715.1612289862
4. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* [Internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 389(10064):77-90. Disponível em:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884058/pdf/nihms952170.pdf> DOI:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
5. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* [internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 389(10064):103-18. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31698-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31698-1/fulltext) DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
6. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015. 41p. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
7. Bick MA, Paula CC. Vulnerabilidade programática para insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV: revisão integrativa. *REFACS* [internet]. 2020 [citado em 26 mar 2020] 8(1):100-13. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/4404/pdf> DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4404>
8. Muehlhoff E, Wijesinha-Bettoni R, Westaway E, Jeremias T, Nordin S, Garz J. Linking agriculture and nutrition education to improve infant and young child feeding: lessons for future programmes. *Matern Child Nutr.* [Internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 13(Suppl 2):1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6865961/pdf/MCN-13-e12411.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12411>
9. Santos LP, Lindemann IL, Motta JVS, Mintem G, Bender E, Gigante DP. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 26 ago 2019]; 48(5):783-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0783.pdf. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005195>
10. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. 186p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
11. World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006. 336p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
12. Medeiros ARC, Lima RLFC, Medeiros LB, Trajano FMP, Salerno AAP, Moraes RM, et al. Insegurança alimentar moderada e grave em famílias integradas por pessoas vivendo com HIV/Aids: validação da escala e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 22(10):3353-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3353.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.02462017>
13. Costa LNF, Braga MM, Rocha M, Campêlo WF, Vasconcelos CMCS. Fatores associados à insegurança alimentar em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 26 ago 2019]; 31(1):1-8. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6884/pdf> DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6884>
14. Tantu AT, Gamebo TD, Sheno BK, Kabalo MY. Household food insecurity and associated factors among households in Wolaita Sodo town, 2015. *Agric Food Secur.* [Internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 6(19):1-8. Disponível em: <https://agricultureandfoodsecurity.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40066-017-0098-4>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40066-017-0098-4>
15. Sekhampu J. Association of Food Security and Household Demographics in a South African Township. *Int J Soc.* [Internet]. 2017 [citado em 26 ago 2019]; 9(2):157-70. Disponível em: <http://static.dergipark.org.tr/article-download/a9ea/e3f3/35d8/imp-JA85UT42RF-0.pdf?>
16. Alvarenga WA, Galvão MTG, Nascimento LC, Beretta MIR, Dupas G. Rede social fragilizada: a experiência do cuidador da criança nascida exposta ao HIV. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2015 [citado em 26 ago 2019]; 24(3):775-83. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00775.pdf DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015011160014>
17. Young S, Wheeler AC, McCoy SI, Weiser SD. 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.* [Internet]. 2014 [citado em 26 ago 2019]; 18(5):505-15. Disponível em:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888651/pdf/nihms504711.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0547-4>
18. Fielden SJ, Anema A, Fergusson P, Muldoon K, Grede N, Pee S. Measuring food and nutrition security: tools and considerations for use among people living with HIV. *AIDS Behav.* [Internet]. 2014 [citado em 26 ago 2019]; 18(Suppl 5):S490-S504. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-013-0669-8> DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0669-8>
19. Ramokolo V, Goga AE, Slogrove AL, Powis KM. Unmasking the vulnerabilities of uninfected children exposed to HIV. *BMJ* [Internet]. 2019 [citado em 26 ago 2019]; 366(14479):1-4. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l4479.full.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4479>
20. 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 [citado em 26 ago 2019]; 23(3):617-25. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00617.pdf. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000600013>
21. Rossouw ME, Cornell M, Cotton MF, Esser MM. Feeding practices and nutritional status of HIV-exposed and HIV-unexposed infants in the Western Cape. *S Afr J HIV Med.* [Internet]. 2016 [citado em 26 ago 2019]; 17(1):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843154/pdf/HIVMED-17-398.pdf> DOI: <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v17i1.398>
22. Souza MA, Gratão LHA, Pereira RJ. Perfil antropométrico e dietético de crianças expostas ao HIV. *Rev Cereus* [Internet]. 2018 [citado em 26 ago 2019]; 10(1):65-77. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/1593/612> DOI: <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v10n1p65-77>
23. Roux SM, Abrams EJ, Donald KA, Brittain K, Phillips TK, Nguyen KK, et al. Growth trajectories of breastfed HIV-exposed uninfected and HIV-unexposed children under conditions of universal maternal antiretroviral therapy: a prospective study. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2019 [citado em 26 ago 2019]; 3(4):234-44. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30007-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30007-0)

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Clécia de Oliveira Sampaio, Stela Maris de Mello Padoin e Vanessa Ramos Kirsten contribuíram na concepção e revisão. **Marília Alessandra Bick** participou da concepção do estudo, coleta e análise dos dados e redação. **Cristiane Cardoso de Paula** atuou na concepção, coleta e análise dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Sampaio CO, Bick MA, Kirsten VR, Padoin SMM, Paula CC. Insegurança alimentar em famílias de crianças verticalmente expostas ao HIV. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(3):533-541. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

SAMPAIO, C. O.; BICK, M. A.; KIRSTEN, V. R.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Insegurança alimentar em famílias de crianças verticalmente expostas ao HIV. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, n. 3, p. 533-541, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Sampaio, C.O., Bick, M.A., Kirsten, V.R., Padoin, S.M.M., & Paula, C.C. (2021). Insegurança alimentar em famílias de crianças verticalmente expostas ao HIV. *REFACS*, 9(3), 533-541. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

