

ARTIGO DE REVISÃO**PRÁTICAS ALIMENTARES PARA CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Juliana Pereira Goularte Gomes dos Santos*

Bibiana Sales Antunes**

Andressa Peripolli Rodrigues***

Stela Maris de Mello Padoin****

Cristiane Cardoso de Paula*****

Raquel Einloft Kleinubing*****

RESUMO

Objetivou-se analisar as evidências a respeito das práticas alimentares para crianças expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Trata-se de um estudo de revisão integrativa desenvolvido nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS. O levantamento dos estudos ocorreu em janeiro de 2014. As produções demonstraram a existência de três tipos de alimentação predominante em crianças expostas ao HIV: aleitamento materno, aleitamento artificial e alimentação básica da família. As práticas alimentares de crianças expostas ao HIV não correspondem às práticas preconizadas nacionalmente. É necessário instituir um aconselhamento alimentar pela equipe de saúde, como também um planejamento alimentar adequado, inclusão das crianças nas consultas de puericultura e acesso às fórmulas infantis.

Palavras-chave: Nutrição em Saúde Pública. Criança. HIV. Alimentação. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

INTRODUÇÃO

Até o final de 2012, foram notificados no Brasil 39.185 casos acumulados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tendo a região Sul maior taxa de detecção. Em crianças menores de cinco anos, indicador utilizado no Brasil para monitorar a transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), houve redução em 35,8% de casos em relação a 2003⁽¹⁾.

O índice de casos de infecção pelo HIV, mesmo que decrescente durante a infância, fortalece a ideia de que se tornou imprescindível a definição de estratégias e terapêuticas objetivas aos serviços de saúde que visem aprimorar a qualidade de atenção às crianças^(2,3). Na infância, seria necessário que as crianças que vivem com HIV tivessem acesso regular ao serviço de saúde para que

recebessem acompanhamento contínuo pela equipe e que elas e seus familiares fossem orientados a respeito de uma alimentação adequada e equilibrada que favoreça o seu crescimento e desenvolvimento⁽⁴⁾.

A alimentação deve ser balanceada e adequada às necessidades de cada indivíduo. No caso de crianças vivendo com HIV, há uma relação com os níveis de células T-CD4 do organismo na absorção intestinal de nutrientes, podendo amenizar ou mesmo reverter sinais e sintomas, como diarreia, Síndrome da Lipodistrofia e reações adversas dos antirretrovirais⁽⁵⁾. Por isso, devido às suas características biológicas, as crianças menores de cinco anos de idade merecem atenção, tendo em vista que uma alimentação inadequada pode colocar em risco o seu crescimento e desenvolvimento⁽⁶⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde,

*Enfermeira. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jueedipo@gmail.com

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: bibianaantunes@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Instituto Federal Farroupilha. Santo Ângelo, RS, Brasil. E-mail: andressaufsm@hotmail.com

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com

*****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail:

é indicado para crianças até seis meses de idade o aleitamento materno exclusivo (AME). A partir dos seis meses é indicado que as crianças recebam alimentos complementares e mantenham o aleitamento materno até completarem os dois anos de idade⁽⁷⁾.

Entretanto, há recomendações específicas para alimentação de crianças expostas 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 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 morbimortalidade infantil⁽⁸⁾.

Porém, no Brasil, para prevenção de transmissão do HIV pelo leite materno ao recém-nascido e também a transmissão cruzada (aleitamento da criança por uma lactante infectada), o Ministério da Saúde contraindica o aleitamento materno às crianças expostas ao HIV, substituindo-o por fórmula infantil específica para recém-nascido, distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde^(9,10).

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências a respeito das práticas alimentares para crianças expostas ao HIV.

MATERIAIS E MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por desenvolver uma revisão integrativa visando sintetizar e analisar o conhecimento produzido sobre as práticas alimentares oferecidas às crianças expostas ao HIV. Este tipo de estudo é uma estratégia para a identificação e análise das evidências de práticas de saúde a partir de pesquisas relevantes, as quais são incorporadas na prática clínica, oferecendo suporte na tomada de decisão e na melhoria da assistência^(10,11).

Para a realização da revisão, seguiu-se a etapa: definição do tema alimentação de crianças expostas ao HIV. Para orientar este estudo, a segunda etapa foi a seleção da

questão de pesquisa: **Quais as práticas alimentares oferecidas às crianças expostas ao HIV?**

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PUBMED) e SciVerse Scopus (SCOPUS). Foi preenchido o formulário avançado com as seguintes palavras-chaves: crianças *and* nutrição *and* HIV. Optou-se por utilizar palavras-chaves a fim de ampliar a busca de estudos nas bases de dados.

Para selecionar os estudos, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos de pesquisas disponíveis na íntegra e nos idiomas inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou com resumo incompleto.

O levantamento dos estudos foi desenvolvido no mês de janeiro de 2014, totalizando 903 produções, e proporcionou a composição de uma lista de 23 artigos que atenderam à temática para serem analisados e discutidos (Figura 1). O recorte temático apresentado na figura abaixo se refere aos estudos que não respondiam à questão de pesquisa apresentada.

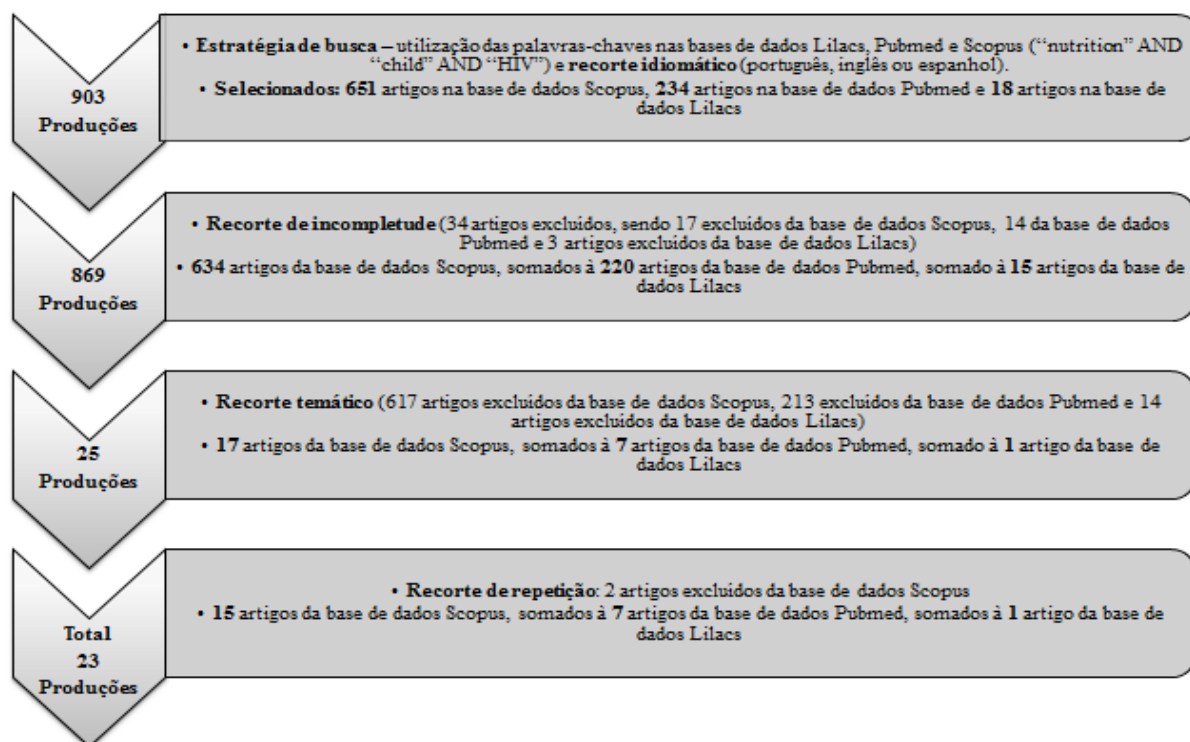


Figura 1. Fluxograma do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, PUBMED e SCOPUS, 2014.

Para o estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, foi preenchida uma ficha de extração documental com as variáveis: identificação do artigo; procedência do estudo; área do conhecimento; objetivo e delineamento do estudo; nível de evidência⁽¹²⁾; e principais resultados (Figura 2). Para minimizar qualquer viés de seleção (erro de interpretação dos resultados), dois pesquisadores realizaram a

leitura e preenchimento do instrumento de forma independente, sendo comparados posteriormente. Diante de divergências, um terceiro pesquisador (orientador do estudo) foi consultado.

Quanto aos aspectos éticos, foram asseguradas ideias, conceitos e definições de autoria de cada artigo analisado, os quais foram apresentados e referenciados fidedignamente.

Quadro 1 – Informações dos artigos incluídos no estudo. LILACS, PUBMED, SCOPUS, 2014.

Referências	Procedência	Área	Objetivo	Delineamento	Nível	Resultados
Multiple micronutrient supplementation in Tanzanian infants born to HIV-infected mothers: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial ⁽¹³⁾ .	Tanzania	Nutrição	Avaliar se a suplementação direta de micronutrientes para crianças expostas ao HIV reduz mortalidade e morbidade.	Estudo quantitativo duplo-cego randomizado, com n=1193 crianças que receberam micronutrientes e n=1194 crianças que receberam placebo.	2	Taxas de AME eram comparáveis entre os dois braços do estudo.

The acceptance and feasibility of replacement feeding at 6 months as an HIV prevention method in Lilongwe, Malawi: results from the BAN study ⁽¹⁴⁾ .	Mala wi	Medi cina	Avaliar a viabilidade do AME, desmame precoce e uso de LNS como alimentos de substituição entre as mães HIV positivas para implementação de futuras diretrizes, aumentando assim a aderência e redução da infecção por HIV pediátrico.	Estudo quantitativo, ECR, n= 45 mães de RN com idade entre 6 e 12 meses.	2	Serviram LNS diluído em uma garrafa <i>baby</i> ; completaram com mingau, leite ou fórmula infantil; sumos, chá, água, e iogurte; e bananas. Incorporando LNS na dieta infantil tradicional: incluía mingau de milho, isma (uma versão mais espessa, rica em amido de mingau de milho) e de legumes, carne ou caldos de peixe, frutas e sucos açucarados.
Infant feeding practices among HIV-positive women in Dar es Salaam, Tanzania, indicate a need for more intensive infant feeding counselling ⁽¹⁵⁾ .	Tanza nia	Nutri ção	Avaliar práticas de alimentação de recém-nascidos de mulheres HIV positivas em Dar es Salaam, Tanzânia.	Estudo quantitativo descritivo transversal. Entrevista com n=196 mães com filhos entre 6 e 10 meses.	6	95,4% mães iniciaram a amamentação. Alimento à base de leite foi o mais frequente entre os não amamentados. Água foi introduzida no início, em uma idade mediana de 3,5 meses. Alimentos da família eram tipicamente introduzidos perto de 6º mês. Suco de fruta fresca foi o quarto alimento mais oferecido às crianças. De todos os alimentos, leite de vaca, chá, leite em pó e suco embalado eram os mais frequentemente introduzido entre 4-5 meses.
HIV-positive poor women may stop breast-feeding early to protect their infants from HIV infection although available replacement diets are grossly inadequate ⁽¹⁶⁾ .	Zimb abwe	Nutri ção	Analisar a viabilidade e segurança de cessar precocemente a amamentação como um meio de reduzir a transmissão vertical do HIV na zona rural do Zimbabwe.	Estudo quantitativo, ensaio clínico não randomizado . n=27 mães HIV positivo que amamentam crianças de 3-5 meses.	3	Alimentos mais consumidos: leite materno, farinha de milho, sopa, açúcar e óleo.
The practice of exclusive breastfeeding among mothers attending a postnatal clinic in Tswaing subdistrict, North West province ⁽¹⁷⁾ .	África do Sul	Medi cina	Determinar a prática de alimentação infantil relatada com referência ao AME, alimentação com fórmula exclusiva e alimentação mista em seis semanas pós-parto entre as	Estudo quantitativo, descritivo randomizado . n= 463 mães HIV positivo de crianças com 6 semanas de	3	A maioria das entrevistadas disse que estava amamentando exclusivamente em seis semanas. Alimentação infantil exclusiva com fórmula (n=103) foi a próxima prática alimentar mais prevalente, seguida de alimentação mista (n=78).

			mulheres que frequentavam uma clínica pós-natal no Tswaing.	vida.		
Multivitamin supplements have no effect on growth of tanzanian children born to HIV-infected mothers ⁽¹⁸⁾ .	Tanzania	Nutrição	Descrever o efeito da suplementação oral diária de vitaminas do complexo B, C e E sobre o crescimento de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV na Tanzânia.	ECR, n=2341 crianças expostas ao HIV. G1=1170 receberam multivitaminas. G2=1.171 receberam placebo.	2	Dos 6 aos 9 meses, 660 (28,2%) crianças do G1 e 114 (4,9%) crianças do G2 foram amamentadas.
Infant feeding practices were not associated with breast milk HIV-1 RNA levels in a randomized clinical trial in Botswana ⁽¹⁹⁾ .	Botswana	Medicina	Determinar se a nevirapina em dose única, dada para mães e bebês, fornece prevenção vertical adicional na definição de curta duração materna e infantil ZDV e se ZDV profilático dado a crianças amamentadas por seis meses previne transmissão vertical relacionada com a amamentação.	ECR, n=261 mulheres HIV-1 que praticavam AME.	2	Em duas semanas, 85% das mulheres estavam amamentando exclusivamente. Em momentos posteriores houve uma transição para a alimentação mista.
Breastfeeding practices of HIV-positive and HIV-negative women in Kabarole district, Uganda ⁽²⁰⁾ .	Uganda	Nutrição	Explorar a associação entre as práticas de aleitamento materno e <i>status</i> de HIV em Kabarole, Uganda.	Estudo de coorte prospectivo, n= 182 mulheres (44 HIV - positivos e 138 HIV-negativos) 3 meses pós-parto.	4	Das 65 mulheres que introduziram alimentos antes de 3 de meses, 93,8% introduziram leite de vaca. Os outros alimentos introduzidos foram leite em lata, mingau de soja e água. Aleitamento materno esteve presente em apenas 5 dos 44 prontuários de mães HIV positivas .
Relationship of exclusive breast-feeding to infections and growth of Tanzanian children born to HIV-infected women ⁽²¹⁾ .	Tanzania	Nutrição	Examinar as relações entre AME e riscos de doenças respiratórias, diarreia e morbidades nutricionais durante os primeiros 2 anos de vida entre crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV.	ECR, n=666 crianças de 0-2 anos.	2	A taxa de AME caiu rapidamente depois de 1 mês de vida e nenhuma criança foi exclusivamente amamentada após 5 meses.

Early weaning increases diarrhea morbidity and mortality among uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia ⁽²²⁾ .	Zambia	Medicina	Avaliar os efeitos do desmame precoce sobre diarreia, morbidade e mortalidade de crianças não infectadas nascidas de mães infectadas pelo HIV.	ECR, n= 958 mães HIV positivo que amamentaram até 1º, 4º e 6º mês da criança.	2	A duração mediana da amamentação foi de 4,5 meses entre as mães randomizadas para o grupo de curta duração e 16,2 meses para as mães no grupo de longa duração.
Infant-feeding practices and associated factors of HIV-positive mothers at Gert Sibande, South Africa ⁽²³⁾ .	África do Sul	Medicina	Avaliar o conhecimento, a educação e práticas de alimentação infantil.	Estudo quantitativo descritivo, transversal, n= 815 mães HIV positivo com filhos entre 3-6 meses.	6	50% forneciam exclusivamente a alimentação com fórmula, 35,6% AME e 12,4% alimentação mista.
Heat treatment of expressed breast milk is a feasible option for feeding HIV-exposed, uninfected children after 6 months of age in rural Zimbabwe ⁽²⁴⁾ .	Zimbabwe	Nutrição	Propiciar viabilidade para a prática do tratamento térmico do leite de mulheres HIV positivas.	Ensaio clínico não randomizado, n= 20 pares mãe/filho.	3	Eram fornecidos alimentos complementares junto com o tratamento térmico do leite da mãe HIV positivo, após os seis meses do bebê.
Adherence to feeding guidelines among HIV-infected and HIV uninfected mothers in a rural district in Uganda ⁽²⁵⁾ .	Uganda	Medicina	Descrever o comportamento de alimentação infantil de infectados e não infectados pelo HIV e identificar fatores que influenciam a adesão às diretrizes de alimentação infantil.	Estudo quantitativo, descritivo, n= 194 mães HIV positivo.	6	77,3%, das mães tinham crianças com menos de seis meses de vida, destas 31,5% estavam em AME e 68,5% realizavam alimentação mista.
Growth faltering due to breastfeeding cessation in uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia ⁽²⁶⁾ .	Zambia	Nutrição	O objetivo foi avaliar o efeito da cessação de amamentação precoce no crescimento das crianças expostas ao HIV.	ECR, n= 593 pares mãe/filho que pararam de amamentar no 1º, 4 e 6º mês.	2	A idade média no tempo que o aleitamento materno foi interrompido foi 4 meses.
High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV	Zambia	Medicina	Testar a hipótese de que o AME está associado a um menor risco de transmissão pós-natal do HIV do que	Estudo randomizado, n=958 mulheres infectadas pelo HIV e	2	613 (83,5%) das mulheres relataram ainda amamentar exclusivamente aos 4 meses. Leite animal foi o mais utilizado, seguido por outros líquidos não lácteos.

transmission ⁽²⁷⁾ .			os não AME.	seus bebês que foram encorajadas a AME por 4 meses.		
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, Abidjan, Côte d'Ivoire ⁽²⁸⁾ .	Costa do Marfim	Medicina	Descrever a natureza e as idades de introdução da alimentação complementar entre os desmamados precocemente, crianças amamentadas até seu primeiro e segundo ano de vida para avaliar a adequação nutricional, criando um índice de alimentação da criança, e investigar sua associação com o estado nutricional.	Estudo de coorte prospectivo, n=262 crianças com interrupção precoce da amamentação.	4	60% dos bebês foram predominantemente amamentados desde o nascimento até 3 meses de vida. Aos 4 meses de idade, 39% das crianças receberam complemento junto com o leite materno. 77 % das mães pararam completamente de amamentar aos 12 meses do bebê. Menos de 1/3 das crianças recebeu carne antes de um ano. Peixe e ovos foram amplamente utilizados.
Ready to Use Therapeutic Foods (RUTF) improves undernutrition among ART-treated, HIV-positive children in Dar es Salaam, Tanzania ⁽²⁹⁾ .	Tanzânia	Nutrição	Examinar a associação da intervenção RUTF com nanismo e baixo peso, entre as crianças HIV positivo tratadas com TARV, na Tanzânia.	Estudo quantitativo, descritivo, transversal, n=219 crianças menores de 5 anos soropositivas tratadas com TARV.	6	Entre as crianças que receberam RUTF (N = 140), 18% permaneceram atrofiadas depois de quatro ou mais meses de intervenção RUTF, comparado com 69% daqueles que receberam intervenção RUTF em menos de quatro meses.
Maternal knowledge on mother-to-child transmission of HIV and breastmilk alternatives for HIV positive mothers in Homa bay district hospital, Kenya ⁽³⁰⁾ .	Kenya	Medicina	Determinar o conhecimento materno sobre a transmissão vertical do HIV no ambiente rural e examinar alternativas viáveis do leite materno para as mães HIV positivo.	Estudo quantitativo, descritivo transversal, n= 112 mães com crianças de 0-12 meses.	6	88,4% disseram que fórmula infantil foi boa como uma alternativa ao leite materno no sentido de que foi higiênica e preparada para atender às necessidades nutricionais do bebê, mas lamentaram o preço. O uso de leite de cabra e leite materno ordenhado foi mencionado por 13,4% e 12,5% das entrevistadas.
Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS ⁽³¹⁾ .	Brasil	Enfermagem	O objetivo deste estudo foi conhecer as práticas alimentares de crianças de 0-2 anos, filhas de mães portadoras de HIV.	Estudo qualitativo descritivo. n=15 crianças de 0-2 anos, filhas de mães	6	Uso de alimentos ricos em carboidrato e laticínios na dieta das crianças. Alimentação da família oferecida precocemente às crianças.

				soropositivas que recebem leite artificial.		
Growth patterns and anaemia status of HIV-infected children living in an institutional facility in India ⁽³²⁾ .	India	Medicina	Entender o estado de saúde dos órfãos de mães com HIV em uma unidade institucional na Índia.	Estudo quantitativo, prospectivo de coorte. N=85 crianças maiores de um ano entre junho de 2008 e maio de 2011.	4	Todas as crianças receberam adequadas quantidades de proteína e gordura por meio das fórmulas infantis.
Nutritional status and lipid profile of HIV-positive children and adolescents using antiretroviral therapy ⁽³³⁾ .	Brasil	Medicina	Descrever o estado nutricional, composição corporal e perfil lipídico em crianças e adolescentes HIV positivos tratados com inibidores da protease.	Estudo quantitativo, descritivo, longitudinal, n=59 crianças tratadas com inibidores da protease e não tratadas com inibidores de protease.	6	Crianças e adolescentes apresentaram semelhante consumo de energia e ingesta de proteínas e gordura quando alimentados com fórmula infantil.
The health of HIV-exposed children after early weaning ⁽³⁴⁾ .	Malawi	Nutrição	Analisar o crescimento e inadequação de nutrientes entre uma coorte de crianças desmamadas precocemente.	ECR, n=78 crianças, filhos de mães HIV positivas.	2	As dietas foram baseadas principalmente em farinha de milho consumidos na forma de mingau. A dieta sem leite materno era rica em carboidratos.
Nonbreast-fed HIV-1-exposed Burkinabe infants have low energy intake between 6 and 11 months of age despite free access to infant food aid ⁽³⁵⁾ .	Burkina Faso	Nutrição	Descrever o consumo de alimentos dos bebês expostos ao HIV e adequação da ingestão de nutrientes.	ECR, n=68 pares mãe/filho.	2	Alimentos na dieta das crianças no estudo: leite, mingau fino tradicional (denso mingau à base de milho fermentado de baixa energia). Alimentos sólidos foram dados em pequenas quantidades.

Notas: AME= Aleitamento Materno Exclusivo; LNS= Suplemento nutricional de lipídios; ECR= Estudo Clínico Randomizado; RUFT= Alimentos Prontos para Uso Terapêutico (pasta altamente energética composta de manteiga de amendoim, leite em pó, óleo, açúcar, minerais, vitaminas e proteínas); TARV= Terapia Antirretroviral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela abaixo mostra a caracterização dos artigos analisados, no que se refere à área do

conhecimento, país onde as pesquisas foram realizadas e delineamento dos estudos.

A análise dos estudos evidenciou três práticas alimentares mais comuns entre as crianças expostas ao HIV: aleitamento materno⁽¹³⁻²⁸⁾,

aleitamento artificial^(14,16,17,25,29,30) e alimentação básica^(31-35,14-16,20,25,28,30).

Tabela 1. Caracterização dos 23 artigos analisados. LILACS, PUBMED, SCOPUS, 2014.

Variáveis		N
Origem	África do Sul	19
	América do Sul	2
	África Oriental	1
	Ásia	1
Área	Medicina	11
	Nutrição	11
	Enfermagem	1
Delineamento do Estudo	Quantitativo	22
	Qualitativo	1

Na evidência de aleitamento materno foi encontrado, predominantemente, o AME como prática de alimentação infantil^(13,15-17,19,20-23,25-28) e o aleitamento materno misto^(14,17-19,23-25,28). Na prática de alimentação artificial foram encontrados dois tipos de condutas: substituição alimentar/fórmulas infantis^(16,17,25,29,30) e Suplemento Nutricional de Lipídios⁽¹⁴⁾.

Sendo assim, a pesquisa demonstrou que o aleitamento materno, seja exclusivo ou misto é uma prática alimentar comum aos países sul-africanos, pois mesmo a mãe sendo HIV positivo, essa conduta assegura menor risco de infecções respiratórias e intestinais, diarreias e mortalidade precoce. No presente estudo, 16 artigos apresentaram o aleitamento materno como prática alimentar das crianças expostas ao HIV.

Sabe-se da importância do aleitamento materno, principalmente, nos primeiros seis meses de vida da criança. A amamentação garante, em muitos casos, a sobrevivência das crianças, pois há anticorpos maternos no leite agindo como proteção contra agentes externos^(7,9).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, é indicado que o aleitamento materno seja oferecido às crianças por dois anos ou mais. Após os seis meses de idade, as crianças atingem o estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) adequado para receber outros alimentos além do leite materno⁽⁷⁾.

Em países subdesenvolvidos, onde as condições sanitárias e de acesso à fórmula infantil são restritas, há incentivo ao aleitamento materno para mulheres com HIV como forma de propiciar a sobrevivência da criança. Os anticorpos transferidos pelo leite materno da mãe para o filho auxiliam na prevenção de diarreias, como também reduz os riscos de mastites, a qual é um potencial risco para transmissão do HIV⁽²¹⁾.

A recomendação da Organização Mundial da Saúde para mulheres soropositivas é que amamentem de forma exclusiva durante os seis primeiros meses de vida da criança, caso o aleitamento artificial não for aceitável, factível, acessível, seguro e sustentável. Nesses casos, os serviços de saúde devem orientar as mães quanto aos riscos e benefícios, tanto do aleitamento materno quanto as terapêuticas disponíveis⁽⁷⁾.

Em casos de crianças expostas ao HIV, o leite materno pode ser substituído por fórmulas comerciais sem prejuízos maiores. No entanto, o custo das fórmulas alimentares é elevado, sendo um dos motivos para não representar uma opção válida para mães nos países sul-africanos. Outra forma de substituir o leite materno é a fórmula caseira que pode ser preparada com leite fresco, leite integral desidratado ou leite evaporado sem açúcar.

A prática de aleitamento artificial também foi uma prática alimentar encontrada em seis artigos incluídos neste estudo. Os motivos apresentados pela família/cuidador para não utilizar este tipo de alimentação geralmente faziam referência à dificuldade de distribuição, custo elevado e más condições para o preparo^(14,16,17,25,29,30).

Em controvérsia, as políticas brasileiras por não preconizarem o aleitamento materno para crianças nascidas de mãe soropositivas ao HIV, recomendam a utilização do aleitamento artificial (fórmula de leite infantil ou leite de pasteurizado) com a finalidade de que sejam garantidas as condições de crescimento e desenvolvimento^(8,9). Também, uma opção às mulheres que não podem amamentar são os bancos de leite humano, sendo o Brasil o país com a maior Rede de Bancos de Leite Humano⁽⁷⁻⁹⁾.

Para reduzir o risco de transmissão do HIV às crianças, algumas estratégias nutricionais são utilizadas em alguns países subdesenvolvidos, como África do Sul e Costa do Marfim.

Pesquisas observacionais têm demonstrado que a prática do AME está relacionado com um risco menor de transmissão do vírus, quando comparado à introdução de outros leites ou alimentos^(17,28).

No entanto, em países onde essa forma de alimentação não é adotada, os serviços de saúde devem acompanhar as crianças e assistir os cuidadores sobre a forma correta e preparo dos alimentos com o objetivo de evitar a desnutrição e a mortalidade⁽³¹⁾.

A alimentação básica esteve presente em 11 resultados encontrados. Referem-se àquela alimentação preparada para a criança e demais membros da família e apresentaram os seguintes componentes: carboidratos e laticínios^(15,16,20,27,31,34,35); proteínas e gorduras^(14,28,32-34); alimentação da família⁽³¹⁾; frutas e sucos^(14,15,34); legumes^(14,34); mingau^(15,16,20,35).

A alimentação básica da família é composta por um conjunto de alimentos que são oferecidos à criança, somada ou não ao leite materno. Os alimentos podem ser os mesmos consumidos pela família, sendo necessário o seguimento sistemático de adequação alimentar para atender às necessidades da criança. A alimentação básica adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), reduzida quantidade de sal e condimentos, para fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável⁽³⁶⁾.

Entende-se por alimento complementar, introduzido a partir de seis meses de idade, qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada. Estudos evidenciam que a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses não oferece vantagens, como também pode ser prejudicial à saúde da criança^(37,38).

O Ministério da Saúde indica a introdução de alimentos complementares três vezes ao dia a partir dos seis meses em caso da criança estar recebendo leite materno, e cinco vezes se estiver desmamada, a partir dos quatro meses. Neste período, o organismo da criança está preparado

para receber alimentação complementar de forma lenta e em pequenas porções, iniciando com alimentos de consistência pastosa, como papas de legumes, verduras, carnes e cereais, papas de frutas, água e sucos de frutas, os quais irão suprir suas necessidades energéticas adequadamente⁽³⁶⁾.

A partir do oitavo mês de vida, a consistência dos alimentos deve mudar, não necessitando mais oferecer em forma de papa, mantendo alimentos variados, com misturas balanceadas, contendo cereais, tubérculos, alimento de origem animal e vegetal. Somente uma dieta diversificada assegura o suprimento de micronutrientes, favorece a formação de bons hábitos alimentares e previne o aparecimento de anorexia decorrente da monotonia alimentar⁽³⁶⁾.

Assim, é importante a realização de uma análise apropriada e detalhada pelos conselheiros de mães soropositivas ao HIV para que possam fornecer informações adequadas a respeito das opções alimentares para as crianças expostas ao HIV⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

As práticas alimentares de crianças expostas ao HIV não correspondem às práticas preconizadas a nível nacional devido à insegurança alimentar vivida pela família, falta de planejamento nutricional, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança exposta ao HIV e dificuldades encontradas pela família no recebimento da fórmula infantil. A criança exposta ao HIV necessita de uma alimentação que substitua o leite materno, sem que isso traga riscos a ela, que contenha nutrientes, forma e teor calórico específico para cada idade, de maneira que não seja prejudicial ao seu crescimento e desenvolvimento.

Ressalta-se a importância da inclusão e busca ativa das crianças expostas ao HIV nas consultas de puericultura para que seja realizado o aconselhamento alimentar com as famílias. Neste sentido, é importante o profissional enfermeiro sentir-se peça fundamental nesse contexto trabalhando com evidências nas pesquisas e conhecendo a realidade dessas famílias para apropriar-se das práticas alimentares que diminuam os índices de lipodistrofia, diarreia e infecções.

FOOD PRACTICE FOR CHILDREN EXPOSED TO HIV: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

The objective was the analysis of the evidence regarding feeding practices for children exposed to the Human Immunodeficiency Virus (HIV). It is an integrative review study, developed on the LILACS, PUBMED, and SCOPUS databases. The study took place on January 2014 and highlighted three predominant practices used on children that have been exposed to the HIV: breastfeeding, formula milk, and a basic family diet. The current feeding practices for children exposed to the HIV do not correspond to the country's recommended practices. The nutritional advice given by a health staff must be implemented, as well as an adequate feeding practice, the inclusion of the children on childcare medical consultations and easy access to child feeding formulas.

Keywords: Nutrition Public Health. Child. HIV. Feeding. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

PRÁCTICAS ALIMENTARES PARA NIÑOS EXPUESTOS AL VIH: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

RESUMEN

El objetivo fue analizar las evidencias al respecto de las prácticas alimentarias para niños expuestos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un estudio de revisión integradora desarrollada en las bases de datos LILACS, PUBMED y SCOPUS. La recopilación de los estudios ocurrió en enero de 2014. Las producciones demostraron la existencia de tres tipos de alimentación predominante en niños expuestos al VIH: lactancia materna, lactancia artificial y alimentación básica de la familia. Las prácticas alimentarias de niños expuestos al VIH no corresponden a las prácticas preconizadas nacionalmente. Se vuelve necesario instituir un asesoramiento alimentario por el equipo de salud, así como una planificación alimentaria adecuada, inclusión de los niños en las consultas de puericultura y acceso a las fórmulas infantiles.

Palabras clave: Nutrición en Salud Pública. Niño. VIH. Alimentación. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em saúde. Programa nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Silva SFR, Pereira MRP, Motta Neto R, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PFTF, et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. *Rev bras anal clin.* [online]. 2010; 42(3):209-12. [citado em 2014 out 1]. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/rbac/020/302.pdf>
3. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev. Saude Publica* [online]. 2006; 40 Supl:9-17. [citado em 2014 out 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf>
4. Paula CC, Padoin SMM. Cuidado de enfermagem à criança com HIV/AIDS. *PROENF SCA* 2013; 7(3):117-62.
5. Ministério da saúde (BR). Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília(DF): MS; 2006.
6. Bernardi JR, Gama CM, Vitolo MR. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. *Cad saude publica* [online]. 2011; 27(6):1213-22. [citado em 2014 out 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/18.pdf>
7. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. PAHO [online]. 2014. [citado em 2014 out 2]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). 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): MS; 2010.
9. 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. Geneva: WHO [online]. 2010. [citado em 2014 out 3]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html
10. Paim BS, Souza GC. Práticas alimentares de crianças expostas à transmissão vertical do HIV acompanhadas em quatro serviços especializados de Porto Alegre/RS. *Rev. HCPA* [online]. 2010; 30(3):252-7. [citado em 2014 out 3]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/15577/9703>
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [online]. 2008; 17(4):758-64. [citado em 2014 out 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
12. Galvão CM. Editorial: níveis de evidencia. *Acta Paul. Enferm.* [online]. 2006; 19(2). [citado em 2014 out 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>
13. Duggan C, Manji KP, Kupka R, Bosch RJ, Aboud S, Kisenge R, et al. Multiple micronutrient supplementation in Tanzanian infants born to HIV-infected mothers: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Am J Clin Nutr* [online]. 2012. [citado em 2014 jan 14];

- 96(6):1437-46. Disponível em: <http://ajcn.nutrition.org/content/96/6/1437.full.pdf+html>
14. Parker ME, Bentley ME, Chasela C, Adair L, Piwoz EG, Jamieson DJ, et al. The acceptance and feasibility of replacement feeding at 6 months as an HIV prevention method in Lilongwe, Malawi: results from the BAN study. *AIDS Educ Prev* [online]. 2011; [citado em 2014 jan 14]; 23(3):281-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197736/pdf/nihms324232.pdf>
15. Young SL, Israel-Ballard KA, Dantzer EA, Ngonyani MM, Nyambo MT, Ash DM, et al. Infant feeding practices among HIV-positive women in Dar es Salaam, Tanzania, indicate a need for more intensive infant feeding counselling. *Public Health Nutr* [online]. 2010; 13(12):2027-33. [citado em 2014 jun 14]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289716/pdf/nihms357847.pdf>
16. Lunney KM, Jenkins AL, Tavengwa NV, Majo F, Chidhanguro D, Iliff P, et al. HIV-positive poor women may stop breast-feeding early to protect their infants from HIV infection although available replacement diets are grossly inadequate. *J Nutr* [online]. 2008; 138(2):351-7. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/content/138/2/351.full.pdf+html>
17. Ahmadu-Ali UAA, Couper IDB. The practice of exclusive breastfeeding among mothers attending a postnatal clinic in Tswaing subdistrict, North West province. *South African Family Practice* [online]. 2013; 55(4):385-90. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786204.2013.10874381>
18. Kupka RA, Manji K, Bosch RJB, Aboud SG, Kisenge RF, Okuma JA, et al. Multivitamin supplements have no effect on growth of Tanzanian children born to HIV-infected mothers. *J. Nutr.* [online]. 2013; 143(5):722-7. [citado em 2014 jun 14]. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/content/143/5/722.full.pdf+html>
19. Rossenkhan RABC, Novitsky VAC, Sebunya TKB, Leidner JD, Hagan JEA, Moyo SA, et al. Infant feeding practices were not associated with breast milk HIV-1 RNA levels in a randomized clinical trial in Botswana. *AIDS Behav* [online]. 2012; 16(5):1260-4. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523667/pdf/nihms427090.pdf>
20. Lanktree EA, Ssebuko AB, Alibhai AA, Jhangri GA, Kipp WA, Saunders LDA. Breastfeeding practices of HIV-positive and HIV-negative women in Kabarole district, Uganda. *Maternal and Child Nutrition* [online]. 2011; 7(4):378-88. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2010.00245.x/pdf>
21. Mwiru RSA, Spiegelman DBC, Duggan CAD, Peterson KAEF, Liu EA, Msamanga GG, et al. Relationship of exclusive breast-feeding to infections and growth of Tanzanian children born to HIV-infected women. *Public Health Nutr* [online]. 2011; 14(7):1251-8. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FFPHN%2FFPHN14_07%2FS136898001000306Xa.pdf&code=e82c5d1c3952b935954f7b01a59f9543
22. Fawzy AA, Arpadi SA, Kankasa CB, Sinkala MC, Mwiya MB, Thea DMD, et al. Early weaning increases diarrhea morbidity and mortality among uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia. *J infect dis.* [online]. 2011; 203(9):1222-30. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3069726/pdf/jir019.pdf>
23. Ladzani RA, Peltzer KAB, Mlambo MGA, Phaweni, KA. Infant-feeding practices and associated factors of HIV-positive mothers at Gert Sibande, South Africa. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* [online]. 2011; 100(4):538-42. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2010.02080.x/pdf>
24. Mbuya MNNA, Humphrey JHAB, Majo FA, Chasekwa BA, Jenkins AAF, Israel-Ballard KC, et al. Heat treatment of expressed breast milk is a feasible option for feeding HIV-exposed, uninfected children after 6 months of age in rural Zimbabwe. *J. Nutr* [online]. 2010; 140:1481-8. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/content/140/8/1481.full.pdf+html>
25. Babirye JNA, Nuwaha FA, Grulich AEB. Adherence to feeding guidelines among HIV-infected and HIV uninfected mothers in a rural district in Uganda. *East Afr. med. j.* 2009; 86 (7):337-43.
26. Arpadi SAF, Fawzy AA, Aldrovandi GMB, Kankasa CC, Sinkala MD, Mwiya MC, et al. Growth faltering due to breastfeeding cessation in uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia. *Am J Clin Nutr* [online]. 2009. [citado em 2014 jan 14]; 90:344-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709311/pdf/ajcn9020344.pdf>
27. Kuhn LA, Sinkala MB, Kankasa CC, Semrau KD, Kasonde PC, Scott ND, et al. High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLOS ONE* [online]. 2007. [citado em 2014 jan 14]; 2(12):1-9. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001363&representation=PDF>
28. Becquet RAE, Leroy VA, Ekouevi DKB, Viho IB, Castetbon KC, Fassinou PD, 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, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Pediatrics.* 2006; 117(4):701-10.
29. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Otsuka K, Yasuoka J, Urassa DP, et al. Ready to Use Therapeutic Foods (RUTF) improves undernutrition among ART-treated, HIV-positive children in Dar es Salaam, Tanzania. *Nutr J* [online]. 2012. [citado em 14 jan 2014]; 11(60):2-8. Disponível em: <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-11-60.pdf>
30. Omwega AMA, Oguta TJB, Sehmi JKA. Maternal knowledge on mother-to-child transmission of HIV and breastmilk alternatives for HIV positive mothers in Homa bay district hospital, Kenya. *East Afr med j.* 2006;

83(11):610-8.

31. Machado MMT, Galvão MTG, Kerr-Pontes LRS, Cunha AJLA, Leite ÁJM, Lindsay AC, et al. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. *Rev eletrônica enferm* [online]. 2007; 9(3):699-711. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7477/5297>

32. Kapavarapu PK, Bari O, Perumpil M, Duggan C, Dinakar C, Krishnamurthy S, et al. Growth patterns and anaemia status of HIV-infected children living in an institutional facility in India. *Trop Med Int Health* [online]. 2012; 17(8):962-71. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2012.03022.x/pdf>

33. Contri PV, Berchielli EM, Tremeschin MH, Negrini BV, Salomão RG, Monteiro JP. Nutritional status and lipid profile of HIV-positive children and adolescents using antiretroviral therapy. *Clinics (Sao Paulo)* [online]. 2011; 66(6):997-1002. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3129963/pdf/cln-66-06-997.pdf>

34. Parker MEA, Tembo MB, Adair LC, Chasela CD, Piwoz EGE, Jamieson DJF, et al. The health of HIV-exposed children after early weaning. *Maternal and Child Nutrition* [online]. 2013; 9(2):217-32. [citado em 2014 jan

14]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3787136/pdf/nihms339767.pdf>

35. Cames CA, Cassard FA, Cournil AA, Mouquet-Rivier CB, Ayassou KC, Meda NC, et al. Nonbreast-fed HIV-1-exposed Burkinabe infants have low energy intake between 6 and 11 months of age despite free access to infant food aid. *J Nutr* [online]. 2011; 141:674-9. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em:

<http://jn.nutrition.org/content/141/4/674.full.pdf+html>

36. Ministério da Saúde (BR). Secretária de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

37. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar para crianças menores de dois anos. *Rev Nutri* [online]. 2010; 23(3):475-86. [citado em 2014 out 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/15.pdf>

38. Heitor SFD, Rodrigues LR, Santiago LB. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. *Cienc cuid saúde*. [online]. 2011; 10(3):430-6. [citado em 2014 nov 4]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11347/pdf>.

Endereço para correspondência: Stela Maris de Mello Padoin. Avenida Roraima nº 1000, Cidade Universitária, prédio 26, sala 1336. Bairro Camobi. CEP: 97105-900. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

Data de recebimento: 07/11/2014

Data de aprovação: 27/09/2015