

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

Tamiris Ferreira

**OPORTUNIDADES DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O
DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS VERTICALMENTE
EXPOSTAS AO HIV**

Santa Maria, RS
2018

Tamiris Ferreira

**OPORTUNIDADES DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O DESENVOLVIMENTO
MOTOR DE CRIANÇAS VERTICALMENTE EXPOSTAS AO HIV**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ferreira, Tamiris

OPORTUNIDADES DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O
DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS VERTICALMENTE EXPOSTAS
AO HIV / Tamiris Ferreira. - 2018.

89 f.; 30cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Desenvolvimento infantil 2. Transmissão vertical 3.
HIV 4. Meio ambiente 5. Família I. Paula, Cristiane
Cardoso de. II. Título.

© 2018

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

E-mail: tamirisf26@hotmail.com

Tamiris Ferreira

**OPORTUNIDADES DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O DESENVOLVIMENTO
MOTOR DE CRIANÇAS VERTICALMENTE EXPOSTAS AO HIV**

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

Aprovado em 22 de fevereiro de 2018:

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

Analú Lopes Rodrigues, Dr^a. (UFSM)

Maria da Graça Corso da Motta, Dr^a. (UFRGS)

Santa Maria, RS
2018

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por guiar meus passos e escolhas, por me dar força e discernimento diante das dificuldades, além de colocar pessoas tão especiais durante esta caminhada.

Aos meus pais **João e Nelci**, meus maiores exemplos, que sempre me incentivaram a estudar e seguir meus sonhos. E a minha irmã **Tamira**, por todo carinho, amizade e motivação. Obrigada por todo amparo, compreensão, força e incentivo diante dos momentos difíceis, mesmo que a distância por meio de longas conversas ao telefone. Eu amo vocês!

Ao meu amigo e companheiro **Lucas**, por todo amor, compreensão, paciência e incentivo. Obrigada por estar sempre ao meu lado e acreditar no meu potencial. Te amo!

A minha orientadora **Cristiane Cardoso de Paula**, por todos os ensinamentos e oportunidades, incentivando-me a buscar novos conhecimentos e possibilidades desde a graduação. És um exemplo para mim, tens toda a minha admiração.

Ao professor **Paulo Sérgio Ceretta**, pelo auxílio na análise quantitativa dos dados. As professoras **Analú Lopes Rodrigues, Maria da Graça Corso da Motta e Stela Maris de Mello Padoin**, pela disponibilidade e por todas as contribuições com esta dissertação.

Ao **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade**, GP-PEFAS, pelos ensinamentos, aprendizagem, parceria e convivência diária. Em especial aos colegas **Marcelo, Daiani e Iris**, que além de colegas foram amigos nesta caminhada. Agradeço pelo convívio, conversas, risadas e amizade.

As companheiras de pesquisa, **Marília e Clécia**, por todo esforço diante das dificuldades, no planejamento e na execução da pesquisa, assim como, aos acadêmicos de iniciação científica, **Thomaz, Fernanda, Thayla, Daiane, Marina e Rose**, pela disponibilidade e persistência na realização da coleta dos dados de deste estudo.

Aos **profissionais** do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), em especial aqueles do Ambulatório de Doenças Infeciosas Pediátricas, que possibilitaram a realização deste estudo.

Aos **cuidadores familiares**, participantes deste estudo, pela atenção e disponibilidade.

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

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

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

Muito Obrigada!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.
Albert Einstein

RESUMO

OPORTUNIDADES DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS VERTICALMENTE EXPOSTAS AO HIV

AUTORA: Tamiris Ferreira

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

O desenvolvimento motor infantil pode ser influenciado por fatores biológicos e ambientais. Dentre os biológicos está a exposição vertical ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os ambientais, aqueles proporcionados pelo domicílio no qual a criança encontra-se inserida. Assim, considerando o ambiente domiciliar da criança verticalmente exposta ao HIV, o objetivo foi avaliar as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, de três a 18 meses de idade, em acompanhamento em serviço de saúde. Estudo transversal realizado no Sul do Brasil entre dezembro de 2015 a setembro de 2017 com 83 cuidadores familiares dessas crianças mediante caracterização do ambiente, sociodemográfica e clínica do cuidador familiar e da criança exposta. O instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale* foi utilizado para mensurar a quantidade e qualidade das oportunidades do ambiente quanto ao espaço físico, variedade de estimulação, brinquedos para motricidade fina e grossa e pontuação total. Inserção dos dados no programa Epi-info® e análise estatística no R, com frequência absoluta e relativa, correlação de *Pearson* e *Spearman* e regressão linear simples, com nível de significância de 5%. Todos os aspectos éticos foram respeitados. O ambiente foi caracterizado por casas (94%), com até dois quartos (72,3%) com um a dois adultos (74,7%) e uma a duas crianças (65,1%), das quais a maioria não frequenta creche (84,3%). Os cuidadores familiares caracterizam-se de mulheres (97,6%), com HIV (95,2%) idade de 27 a 36 anos (50,6%), escolaridade ensino médio (53,0%) e desempregadas (65,1%). As crianças nasceram a termo (71,1%), sem problemas de saúde (78,3%) e não possuem irmãos expostos ao HIV (60,2%). As oportunidades foram classificadas como moderadamente adequada para ambas as crianças, menores de um ano de idade (23,11) e maiores de um ano de idade (31,45). A variável significativa com influência positiva para oportunidade de espaço físico foi renda ($p = 0,007$ e $p = 0,011$). Variedade de estimulação mostrou associação positiva com possuir irmão exposto ao HIV ($p = 0,006$ e $p = 0,009$) e quanto maior a idade do cuidador ($p = 0,019$ e $p = 0,049$) e da criança ($p < 0,001$ e $p = 0,001$) maior esta oportunidade. Conforme aumenta a renda ($p = 0,008$ e $p = 0,005$) e a idade da criança ($p = 0,014$ e $p = 0,005$) aumenta a oportunidade de brinquedos de motricidade grossa, enquanto brinquedos de motricidade fina manteve associação somente com idade da criança ($p = 0,050$ e $p = 0,032$). Na regressão, as variáveis associadas a pontuação total foram: idade do cuidador ($p = 0,004$) e da criança ($p = 0,003$), escolaridade ($p = 0,000$) e possuir irmão exposto ao HIV ($p = 0,026$). As variáveis sociodemográfica e clínica do cuidador familiar e da criança influenciaram nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor, classificadas como moderadas. Tais achados salientam a necessidade de explorar o domicílio de acordo com cada família a fim de proporcionar oportunidades em qualidade e quantidade consideradas excelentes.

Palavras-Chave: Desenvolvimento infantil. Transmissão vertical. HIV. Meio ambiente. Família.

ABSTRACT

DOMICILIARY ENVIRONMENT OPPORTUNITIES FOR THE MOTOR DEVELOPMENT OF INFANTS VERTICALLY EXPOSED TO HIV

AUTHOR: Tamiris Ferreira

MENTHOR: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Infant motor development can be influenced by biological and environmental factors. The vertical exposure to human immunodeficiency virus (HIV) is among the biological factors. The environmental factors are those provided by the domicile in which the infant is inserted. Thus, considering the home environment of the infant vertically exposed to HIV, the objective was to evaluate the opportunities of the home environment for the motor development of infants vertically exposed to HIV, from 3 to 18 months of age, being followed up at the health service. A cross-sectional study carried out in southern Brazil between December 2015 and September 2017 with 83 family caregivers of these infants, characterizing the socio-demographic and clinical environment of the main caregiver and the exposed infant. The instrument Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale was used to measure the quantity and quality of the opportunities of the environment regarding physical space, stimulation variety, toys for fine and gross motor skills and total score. Data insertion in the Epi-info® program and statistical analysis in R, with absolute and relative frequency, correlation of Pearson and Spearman and simple linear regression, with a significance level of 5%. All ethical aspects have been respected. The environment was characterized by houses (94%), with up to two rooms (72.3%) with one to two adults (74.7%) and one to two children (65.1%), from those children (84.3%) do not attend day care centers. Family caregivers are characterized by women (97.6%), living with HIV (95.2%), aged from 27-36 years old (50.6%), with high school education (53.0%) and unemployed (65.1%). The infants were born full-term (71.1%), with no health problems and with no siblings exposed to HIV (60.2%). The opportunities were classified as moderately sparse for infants with less than one year old (23.11) and over one year old (31.45). The significant variable for the spatial opportunity were income ($p = 0.007$ and $p = 0.011$). Variety of stimulation showed positive association with having sibling exposed to HIV ($p = 0.006$ and $p = 0.009$) and the greater the age of the caregiver ($p = 0.019$ and $p = 0.049$) and the child ($p = 0.001$ and $p = 0.001$) greater this opportunity. As the income increases ($p = 0.008$ and $p = 0.005$) and the age of the child ($p = 0.014$ and $p = 0.005$) increases the opportunity of toys with gross motor skills, whereas fine motor skills toys maintained association only with the infant's age ($p = 0.050$ and $p = 0.032$). In the regression, the variables associated with the total score were: age of the caregiver ($p = 0.004$) and of the child ($p = 0.003$), schooling ($p = 0.000$) and having a sibling exposed to HIV ($p = 0.026$). The sociodemographic and clinical variables of the family caregiver and the infant influenced the opportunities of the home for motor development were classified as moderate. These findings emphasize the need to explore the household according to each family in order to provide opportunities in quality and quantity considered excellent.

Keywords: Child Development. Vertical Transmission. HIV. Environment. Family

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	14
2.2 A CRIANÇA VERTICALMENTE EXPOSTA AO HIV	17
2.3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	18
2.4 OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR INFANTIL NO AMBIENTE DOMICILIAR	22
3 MÉTODO	30
4 RESULTADOS	39
5 DISCUSSÃO	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DAS PRODUÇÕES	57
APÊNDICE B – QUADRO DE SELEÇÃO DAS PRODUÇÕES	58
ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	67
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	71
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	72
ANEXO D - EMENDA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	73
ANEXO E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	77
ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
ANEXO G – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA ..	79
ANEXO H – INSTRUMENTO AFFORDANCES IN THE HOME ENVIRONMENT FOR MOTOR DEVELOPMENT- INFANT SCALE	82
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO AFFORDANCES IN THE HOME ENVIRONMENT FOR MOTOR DEVELOPMENT- INFANT SCALE	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização quanto ao ano de produção, procedência, área de conhecimento, formação, titulação/qualificação profissional das produções. LILACS, SCOPUS, PubMed e WoS. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.	23
Tabela 2 – Frequência de respostas por questão do instrumento <i>Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale</i> , Santa Maria, RS, 2017. (n = 83).....	40
Tabela 3 – Descrição e classificação descritiva por dimensão da avaliação de crianças verticalmente expostas ao HIV segundo <i>Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale</i> , Santa Maria, RS, 2017. (n = 83)	42
Tabela 4 – Correlações de <i>Spearman</i> e de <i>Pearson</i> para as variáveis de caracterização com os resultados das dimensões do instrumento <i>Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale</i> , Santa Maria, RS, 2017. (n = 55)	43
Tabela 5 – Método dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) para associação entre variáveis de caracterização e pontuação total do instrumento <i>Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale</i> , e reamostragem de <i>Bootstrap</i> , de crianças verticalmente expostas ao HIV maiores de um ano, Santa Maria, RS, 2017. (n = 54)	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Representação dos descritores controlados e não controlados quanto a sua indicação de uso nas 21 publicações analisadas	25
Figura 2 – Apresentação por dimensões do AHEMD-IS e AHEMD-SR em destaque nas produções LILACS, SCOPUS, PubMed e WoS. Santa Maria, RS, Brasil, 2017	25
Figura 3 – Fluxograma de acesso aos possíveis locais de coleta de dados e dos participantes. Santa Maria, RS, 2017.....	31
Figura 4 – Fluxograma de participantes do estudo de avaliação das oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, Santa Maria, RS, 2017.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AHEMD-IS	<i>Affordances in the Home Environment for Motor Development - Infant Scale</i>
AHEMD-SR	<i>Affordances in the Home Environment for Motor Development - Self-Report</i>
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIDPI	Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zidovudina
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
EBBS	Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal
PIM	Primeira Infância Melhor
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PubMed	<i>Publisher Medline</i>
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SCOPUS	<i>Elsevier SciVerse Scopus</i>
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMEP	Universidade Metodista de Piracicaba
WoS	<i>Web of Science</i>

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), configura-se como uma doença infecciosa e ainda sem cura. Reconhecida, mundialmente, como um problema de saúde pública decorrente do número de casos notificados, ao seu potencial epidêmico e ao impacto na sociedade, resultante da morbidade, mortalidade e custos para o tratamento (COSTA; VICTORA, 2006; GRECO, 2016).

Segundo dados epidemiológicos, no Brasil, de 2000 até junho de 2016 foram notificadas 99.804 gestantes com HIV, configurando um aumento de 28,6% na taxa de detecção em gestantes nos últimos dez anos (BRASIL, 2016). Por outro lado, em igual período, a taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos, indicador utilizado para o monitoramento da transmissão vertical (TV) do HIV, apresentou tendência de queda de 42,7% no país (BRASIL, 2016). Entretanto, não foi possível alcançar o objetivo de erradicar a TV do HIV até o ano de 2015, assumido pelo Brasil no documento lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU) com a Declaração do Milênio, em 2000, visto que no ano de 2015 foram notificados 358 casos de Aids em menores de cinco anos, destes, 35 casos estão localizados no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2015a).

No primeiro semestre de 2016 foram notificados 152 casos de Aids em menores de cinco anos, destes, 12 somente no Rio Grande do Sul, ainda, considerando que a principal via de infecção em menores de 13 anos é a TV (BRASIL, 2016). Deve-se dar continuidade as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para que se alcance uma taxa de transmissão inferior a 2% (BRASIL, 2017a). Entre as medidas empregadas após o nascimento da criança destacam-se: o não aleitamento materno e uso de fórmula láctea, zidovudina xarope (AZT) associada à nevirapina de acordo com o caso, tratamento profilático para pneumonia e acompanhamento periódico em serviço de saúde visando atender as especificidades da exposição, garantir que as medidas para prevenção da TV sejam efetivas, além de considerar os demais fatores que podem influenciar o adequado desenvolvimento infantil (BRASIL, 2017b).

O desenvolvimento infantil compreende um processo complexo, contínuo, interdependente e sujeito a frequentes adaptações nos aspectos cognitivo, emocional, social e motor (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007). Quanto ao desenvolvimento motor compõe um processo sequencial relacionado à idade cronológica, em que o ser humano adquire

habilidades motoras a partir de movimentos simples e desorganizados até habilidades motoras altamente organizadas e complexas (HAYWOOD; GETCHELL, 2004).

O desenvolvimento motor permeia uma combinação de fatores orgânicos, genéticos, fisiológicos e ambientais (ADOLPH; ROBINSON, 2008). Dentre os fatores ambientais, existem estudos que apontam esse como resultante da interação do sistema biológico em mudança com os contextos ambientais em que está inserido (LERNER, 2002; GABBARD, 2008; BRONFENBRENNER, 2011). Assim, as influências ambientais são relevantes, inclusive aquelas vivenciadas no ambiente familiar, especialmente nos primeiros anos de vida (BRADLEY; BURCHINAL; CASEY, 2001; RODRIGUES; GABBARD, 2007; MORI et al., 2013). Este é o período em que os principais vínculos, cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento infantil são fornecidos pela família (ANDRADE et al., 2005), na qual um ou mais de seus membros assumem o papel de cuidador diante das necessidades cotidianas da criança.

As características sociais, econômicas e culturais de cada família, interação da criança com outras pessoas e crianças, disponibilidade e variedade de brinquedos, condições de moradia e a estrutura física do domicílio podem influenciar no desenvolvimento da criança (RODRIGUES; SARAIVA; GABBARD, 2005; CAÇOLA et al., 2011). Conforme pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a qualidade do ambiente domiciliar nos primeiros anos de vida é um indicador crítico do desenvolvimento na infância e pode ser utilizado como medida indireta do desenvolvimento infantil (ILTUS, 2006).

É necessário ponderar, também, o contexto familiar da criança exposta ao HIV, o qual pode estar permeado por receios e incertezas, visto que, sua vulnerabilidade social potencializa-se quando os pais também tem HIV. Situações de orfandade, bem como o medo da discriminação e do preconceito, fortalecem a manutenção do silenciamento sorológico dos pais como forma de proteção, o que pode ocasionar isolamento social e limitação na rede de apoio para compartilhar as demandas de cuidado da criança (LANGENDORF et al., 2011; PAULA et al., 2012; GOMES et al., 2012).

Cabe ao profissional enfermeiro, juntamente com os demais profissionais de saúde, na sua atribuição legal em realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, proporcionar uma assistência individualizada e integral, cuja prioridade é o bem estar da criança. Considerando além das questões biológicas e clínicas, as condições do ambiente, de sua família e da sociedade em que está inserida (SUTO; LAURA; COSTA, 2014). Para tanto, a utilização de instrumentos já validados que permitem avaliar as oportunidades para o

desenvolvimento motor presentes no ambiente domiciliar podem apontar novas perspectivas quanto ao desenvolvimento infantil. Uma vez que, tais oportunidades domiciliares são tão importantes quanto os fatores biológicos (SACCANI et al., 2013) e podem, inclusive, gerar um impacto positivo no futuro comportamento motor e cognitivo das crianças (MIQUELOTE et al., 2012). Sendo, portanto, necessária tal avaliação também na população de crianças expostas ao HIV.

Assim, tem-se como **objeto de estudo** as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV. Justifica-se a relevância da temática com base no panorama epidemiológico, social, clínico e político dessa população. Bem como na necessidade de investimentos em estudos para o alcance dos resultados almejados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Convergente com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, especialmente pelos subitens voltados à saúde da criança e do adolescente, a saber: determinantes da condição de vida e do desenvolvimento da criança, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, biológicos, nutricionais e psicossociais; transmissão vertical de doenças como sífilis, hepatites, infecção pelo HIV e outras retrovíroses; e impacto da morbidade no desenvolvimento infantil e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2015b).

O **objetivo geral** desta dissertação foi avaliar as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, de três a 18 meses de idade, em acompanhamento em serviço de saúde. Como **objetivos específicos**: traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos cuidadores familiares e crianças expostas ao HIV; e correlacionar as oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV com as variáveis do ambiente e o perfil dos cuidadores familiares e das crianças.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação deste relatório de dissertação de mestrado versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: Políticas públicas de atenção à saúde da criança; A criança verticalmente exposta ao HIV; Crescimento e desenvolvimento infantil; e Oportunidades para o desenvolvimento motor infantil no ambiente domiciliar.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A infância corresponde a um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas (VIEIRA et al., 2012). Compreende a primeira idade da vida, permeada por particularidades e individualidades (AIRÈS, 1981). Em seu contexto histórico mundial, por volta do século XI, a criança era considerada como um adulto em miniatura, principalmente pelo fato da linguagem ainda não ser bem desenvolvida, não havia distinção na alimentação, vestuário, realização de atividades trabalhistas, ou até mesmo no ingresso precoce na comunidade sexual dos adultos (ARAÚJO et al., 2014; AIRÈS, 1981).

No Brasil, durante o período colonial, as crianças eram percebidas com instrumentos para as famílias, submetidas ao trabalho, castigos físicos, abandono, precárias condições sanitárias e uma alta taxa de mortalidade infantil (ARAÚJO et al., 2014). Já no século XVII, houve o reconhecimento e importância do cuidado infantil, sendo a criança percebida como o centro da família, merecedora de amor e carinho, apesar disso, por muito tempo perdurou o abandono infantil como uma prática aceita pela sociedade (ARAÚJO et al., 2014; AIRÈS, 1981).

Dentre os principais motivos para o abandono, no século XVIII, destaca-se a extrema pobreza, o nascimento de um filho sem um casamento, o abandono de filhos de escravas, para que estas pudessem ser mães de leite para os filhos das famílias da elite, adoecimento ou morte dos pais. As crianças eram deixadas em um local chamado Roda dos Enjeitados, presente em instituições de caridade e hospitais (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1927, surgiu o primeiro Código de Menores voltado aos menores infratores e delinquentes ou mesmo as crianças abandonadas, os quais deveriam ser ajustados à ordem social por meio de privação de suas liberdades (BRASIL, 1927). Este código perdurou até as últimas décadas do século XX, quando com a promulgação da Constituição Federal de 1988,

a criança tornou-se legalmente um sujeito com direitos e deveres, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que revogou o Código de Menores (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, as políticas públicas brasileiras de atenção à saúde da criança, sinalizam mudanças, decorrentes das influências de cada período histórico, avanços técnico-científicos, da sociedade e das diretrizes das políticas sociais (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; BARROS et al., 2012). Assim, em 1983, foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) com o objetivo de diminuir a morbimortalidade infantil e alcançar melhores condições de saúde em crianças na faixa etária de zero a cinco anos, com ações básicas voltadas ao aleitamento materno e orientação alimentar, controle da diarreia e doenças respiratórias, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; BRASIL, 2011a).

Em 1990 com a Lei nº 8690 foi criado o ECA que dispõe a atenção integral a saúde da criança e do adolescente. Visa o tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais, buscando a formação de adultos conscientes e participativos do processo inclusivo. E principalmente, assegura o direito a proteção à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento em condições dignas de existência (BRASIL, 1990). Segundo o ECA, considera-se criança aquela com zero a 12 anos de idade incompletos e adolescentes de 12 a 18 anos de idade, já para o MS, no desenvolvimento de suas ações, criança é o sujeito de zero a nove anos de idade, e primeira infância o período de zero a cinco anos de idade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2015c).

No ano de 1996 foi adotada no Brasil a Estratégia de Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), baseia-se em um conjunto de doenças de maior prevalência na infância, tratando-as de maneira simultânea e integrada (OPAS, 2005). A AIDPI visa a redução da mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade, a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonias, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculose, malária, sarampo e também distúrbios nutricionais (OPAS, 2005; FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Criado em 2000, por meio da Portaria nº 569, o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000). Em sequência, no ano de 2002, integrando as ações propostas pela AIDPI o MS lançou o Caderno de Atenção Básica -

Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (FIGUEIREDO; MELLO, 2007), com a adoção de medidas para garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2002).

Em 2003 tem-se o Projeto Nascer com o objetivo de diminuir a TV do HIV, a morbimortalidade da sífilis congênita e a assistência perinatal. Suas ações compreendem o acolhimento, aconselhamento e utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2003a). No mesmo ano, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Estado do Rio Grande do Sul criou o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) visando à atenção ao desenvolvimento infantil integral de crianças de zero a seis anos, considerando os aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais das crianças e suas famílias (SES-RS, 2009).

Em 2004 foi lançada a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil como uma ferramenta de orientação para todos os profissionais que atuam com a criança em cenários como a unidade de saúde, o domicílio, a creche, pré-escola e a escola baseando-se no princípio da integralidade. Estrutura-se mediante linhas de cuidado direcionadas em ações prioritárias e estratégias para o cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis (BRASIL, 2004).

Em 2009 teve início a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS), instituída mediante a Portaria nº 2.395, com o objetivo de fortalecer um conjunto de ações voltadas à saúde da mulher e de crianças de zero a cinco anos, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral (BRASIL, 2009). E, em junho de 2011 foi implementada pelo MS, a Rede Cegonha, a qual assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto, puerpério e na ocorrência de abortamento. À criança, prevê o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011b).

Mais recentemente, em 2014, foi lançada pela UNICEF a Agenda pela Infância 2015-2018, a qual apresenta um conjunto de temas que precisam ganhar maior visibilidade para potencializar o desenvolvimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014). Assim, sinaliza-se que somente a sobrevivência das crianças, não é suficiente, sendo necessária também, a oferta de condições para que as mesmas vivam com qualidade, permitindo o desenvolvimento de seu potencial e o usufruto de bens que a sociedade produz (FALBO et al., 2012).

Estas políticas, estratégias e programas têm o intuito de garantir uma assistência à saúde da criança de forma integral e qualificada, nos mais diferentes âmbitos e ações, inclusive diante da exposição vertical ao HIV, a fim de assegurar que todas as medidas profiláticas sejam realizadas no acompanhamento à saúde da criança exposta.

2.2 A CRIANÇA VERTICALMENTE EXPOSTA AO HIV

No Brasil, desde o início da epidemia do HIV, em 1980, até junho de 2016 foram notificados 842.710 casos de Aids. A maior concentração dos casos, para ambos os sexos, compreende indivíduos de 25 a 39 anos, no caso das mulheres em plena idade reprodutiva. Fato que converge com a taxa de detecção de gestantes com HIV no país, a qual vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos (BRASIL, 2016).

Do total de gestantes notificadas no período de 2000 até junho de 2016, 30,8% dos casos estão concentrados na região sul do país, com o Estado do Rio Grande do Sul a maior taxa de gestantes com HIV obtendo um valor de 10,1 casos/mil nascidos vivos, e sua capital, Porto Alegre, atingindo uma taxa de 22,9 casos/mil nascidos vivos, um valor 8,4 vezes maior que a taxa nacional e 2,3 vezes maior que a taxa do próprio estado (BRASIL, 2016).

Mesmo que a taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos tenha apresentado tendência de queda nos últimos dez anos, foram registrados no Brasil, somente no ano de 2015, 44 óbitos por Aids em crianças menores de cinco anos. A TV é a principal via de infecção em menores de 13 anos, aproximadamente, 100% dos casos (BRASIL, 2016), a qual pode ocorrer durante a gestação, parto e após o nascimento pelo leite materno. A possibilidade de TV é de aproximadamente 35% durante a gestação, 65% durante o trabalho de parto e parto e entre 7% a 22% na amamentação por exposição a cada mamada (BRASIL, 2007).

De acordo com o MS, para prevenção da TV recomenda-se: testagem anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste, utilização de antirretrovirais durante a gestação, AZT intravenoso no trabalho de parto e parto considerando as particularidades de cada gestação, AZT xarope para o recém-nascido e a contra-indicação de aleitamento materno (BRASIL, 2017a). Os cuidados imediatos à criança compreendem: necessidade de higiene corporal logo após o nascimento; aspiração de vias áreas delicadamente, quando necessário; iniciar a primeira dose de AZT solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, de 12 em 12 horas até o final da quarta semana de vida; e uso de nevirapina adicionado ao esquema, até as primeiras 48 horas de vida, para aquelas crianças em que a mãe apresentou má adesão ou não

fez uso de antirretrovirais, carga viral maior que 1.000 cópias/ml documentada, infecção sexualmente transmissível (IST) e/ou parturiente com resultado de teste reagente no momento do parto (BRASIL, 2017b).

Ainda na maternidade, deve-se realizar notificação compulsória de criança exposta ao HIV, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); administração das primeiras vacinas, mantendo esquema diferenciado até definição sorológica da criança; e alojamento conjunto até o momento da alta, para fortalecimento de vínculo entre a mãe e a criança. Como o aleitamento materno é desaconselhado, será substituído por fórmula infantil, a qual é distribuída gratuitamente pelo governo até a criança completar seis meses de idade (BRASIL, 2017b).

A partir de 28 dias de vida realiza-se a profilaxia medicamentosa para pneumonia, por *Pneumocystis jiroveci* até que a criança possua duas cargas virais indetectáveis. O diagnóstico do HIV é realizado por testes quantitativos de carga viral, sendo a primeira colhida duas semanas após o término da profilaxia com antirretrovirais e a segunda pelo menos seis semanas após o término da profilaxia. A criança será considerada infectada pelo HIV caso obtenha-se dois resultados consecutivos de carga viral acima de 5.000 cópias/mL, e não infectada mediante duas cargas virais indetectáveis. Nas situações de carga viral de até 5.000 cópias/ml poderá ser realizado teste de DNA pro-viral e contagem de linfócitos para confirmação. Ainda, todas as crianças com duas cargas virais indetectáveis deverão realizar sorologia para o HIV, após os 18 meses de idade, para documentar que houve sororreversão (BRASIL, 2017b).

O acompanhamento dessa criança exposta em Serviço de Assistência Especializada (SAE) deve ser mensal no primeiro semestre e, no mínimo, bimensal até confirmação sorológica da criança, aquelas com resultado negativo manterão consultas anuais até o final da adolescência devido à exposição ao HIV e antirretrovirais (BRASIL, 2017b). Tal acompanhamento deve ser realizado em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que, o serviço especializado contemplará as especificidades da exposição ao HIV e a APS os cuidados habituais em puericultura. Possibilitando a avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, detecção de alterações e condutas em tempo hábil, oferecendo oportunidades para um desenvolvimento adequado durante a infância.

2.3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O ser humano passa por transformações quantitativas e qualitativas, principalmente, durante as primeiras duas décadas de vida. Em decorrência da interação entre o crescimento e desenvolvimento, algumas vezes ambos os conceitos acabam sendo empregados com o mesmo significado. Todavia, crescimento e desenvolvimento referem-se a processos que, embora indissociáveis e cuja ocorrência isolada é impossível, são fenômenos diferentes que demonstram correspondência direta entre si (GUEDES, 2011).

O crescimento é um processo biológico de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal, o qual se avalia mediante a mensuração e acompanhamento das medidas antropométricas da criança, tais como: peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, relacionando-os entre si (BRASIL, 2002). O desenvolvimento, por sua vez, é compreendido como uma mudança e expansão graduais, de transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva que ocorre desde a concepção, envolvendo o crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social, afetiva e social da criança, podendo ser influenciado tanto por fatores biológicos quanto ambientais (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; OPAS, 2005). A avaliação do desenvolvimento pode ser de difícil mensuração, apesar disso, é possível estabelecer uma sequência de marcos do desenvolvimento esperados na criança ao decorrer do tempo, como exemplo: aos seis meses ser capaz de alcançar um brinquedo, levá-lo a boca, localizar um som e rolar; já, aos 12 meses, imitar gestos, fazer o movimento de pinça, expressar jargões e andar com apoio, entre outros a depender da idade (OPAS, 2005).

Entre os fatores biológicos, diretamente voltados à saúde materna, encontra-se a infecção pelo HIV, o qual compromete o sistema imunológico, e pode ser transmitido para a criança durante a gestação, assim, é necessário um adequado acompanhamento pré-natal garantindo o diagnóstico precoce da infecção materna, início do tratamento em tempo oportuno e adesão aos antirretrovirais (BRASIL, 2017a). A presença de falhas na assistência pré-natal como: dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, podem comprometer a prevenção da TV e conseqüentemente a saúde da criança (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012).

Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, a via de parto indicada é a vaginal, caso não haja outro motivo de indicação para cesárea. Já em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias/ml após as 34 semanas de gestação recomenda-se cesárea eletiva na 38ª semana de gestação, pois diminui o risco de TV (BRASIL, 2017a), todavia, pode aumentar os riscos de problemas respiratórios neonatais

como a síndrome respiratória e a taquipneia transitória sendo necessário um maior período de hospitalização da criança, uma vez que no parto vaginal a passagem do bebê pelo canal de parto ajuda a expelir o líquido presente nos pulmões, fato que não ocorre na cesárea (BRASIL, 2012).

As crianças expostas ao HIV podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos como: o *Treponema pallidum*, vírus das hepatites B e C, vírus HTLV-1/2, vírus do herpes simples, citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*, além de alguns efeitos adversos atribuídos à exposição e uso de antirretrovirais como: risco de prematuridade, toxicidade mitocondrial, convulsões febris, alterações cardíacas e redução dos níveis séricos de insulina no recém-nascido (BRASIL, 2017b). Ainda, os cuidados com a alimentação da criança devem considerar as questões de adequado preparo e administração da fórmula láctea infantil e, após os seis meses, a introdução da alimentação complementar para que todas as necessidades nutricionais sejam supridas preservando o sistema imunológico, diminuindo a possibilidade do acometimento de distúrbios nutricionais e demais doenças prevalentes na infância como: diarreia, pneumonia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária e sarampo (BRASIL, 2003b).

Após elucidar os fatores biológicos voltados ao desenvolvimento infantil, destacam-se aqueles de cunho ambiental permeado não apenas pelo ambiente físico em si, mas também, das relações e contextos sociais no qual a criança está inserida (BRONFENBRENNER, 2011). Os fatores ambientais podem ter um efeito significativo tanto positivo quanto negativo, sobre os aspectos do bem-estar infantil, inclusive para o desenvolvimento motor (SON; MORRISON, 2010; SEITZ et al., 2006). Nessa perspectiva, Gabbard (2008) definiu desenvolvimento motor como um processo de mudança resultante da interação da hereditariedade com o ambiente, sendo necessário para entender o comportamento motor, em qualquer fase da vida, valorizar, entre outras coisas, a história, a cultura e as oportunidades de prática de cada indivíduo.

As influências que o ambiente pode desencadear no desenvolvimento da criança convergem com a definição proposta por James Gibson (1986) a respeito da utilização do termo *affordance* para expressar as possibilidades ou oportunidades oferecidas pelo ambiente para o indivíduo exercer sua ação. Conferem ao indivíduo potenciais desafios para realização de uma ação que conseqüentemente proporcionaram o desenvolvimento de uma habilidade ou de parte do sistema biológico (STOFFREGEN, 2000), os quais podem ser providenciados através de objetos, eventos e locais (HIROSE, 2002) como brinquedos, jogos e materiais,

aparelhos, espaços, além de aspectos da variedade de estimulação, presença de pais, irmãos, familiares, entre outros (RODRIGUES; GABBARD, 2007).

O primeiro ano de vida da criança é marcado por importantes mudanças no comportamento motor, as quais dependem do contexto ambiental (ADOLPH; KARASIK; TAMIS-LEMONDA, 2010). Assim, o domicílio configura-se como o primeiro contexto no qual a criança encontra-se inserida, capaz de proporcionar oportunidades para o movimento que conduzem a estimulação natural do comportamento motor (RODRIGUES; GABBARD, 2007), além dos principais cuidados fornecidos pela família, uma vez que a criança ainda é um ser frágil e vulnerável, incapaz de prover seus próprios cuidados (NEVES; CABRAL, 2008).

Nesse sentido, o contexto da criança exposta ao HIV e de sua família pode estar permeado por medos e incertezas, principalmente porque a população em geral desconhece as categorias de transmissão do HIV, o que favorece o ocultamento do diagnóstico, ocasionando por vezes, isolamento social e rede de apoio restrita, bem como, interferir no bem estar dos indivíduos e nas próprias demandas de cuidados da criança (LANGENDORF et al., 2011; ALVARNGA et al., 2015).

As características socioculturais e econômicas da família também são capazes de promover ou condicionar oportunidades de estímulo para o desenvolvimento da criança de modo que, a qualidade do ambiente domiciliar pode representar um indicador crítico para o desenvolvimento infantil (ILTUS, 2006). Um estudo realizado com 239 crianças do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, sugere que famílias com melhores níveis econômicos e com maior nível de escolaridade apresentam oportunidades mais favoráveis ao desenvolvimento motor (DEFILIPO et al., 2012). Em contrapartida, crianças que vivem em um ambiente de pobreza podem ter menos acesso a brinquedos, material didático e espaço pessoal, como consequência receber menos estímulos e possibilidade de apresentar atrasos no desenvolvimento (BATISTELA, 2010; DEFILIPO et al., 2012).

Diante da importância das oportunidades presentes no ambiente domiciliar, salienta-se a existência de dois instrumentos já validados: *Affordances in the Home Environment for Motor Development - Self-Report* (AHEMD-SR) para crianças de 18 a 42 meses e o *Affordances in the Home Environment for Motor Development - Infant Scale* (AHEMD-IS) para lactentes de três a 18 meses, os quais permitem uma avaliação e classificação das oportunidades existentes no domicílio para o desenvolvimento motor infantil (RODRIGUES; SARAIVA; GABBARD, 2005; CAÇOLA et al., 2011).

Quantificar e qualificar tais oportunidades pode nortear os profissionais da saúde quanto a condutas e orientações, bem como aos cuidadores familiares, diante da possibilidade de autorresposta do questionário e descrição avaliativa ao final, com comentários e sugestões de como explorar o espaço físico, variedade de estimulação e brinquedos existentes no domicílio. Assim como na ausência dos mesmos, a fim de explorar outros espaços como pracinhas e parquinhos próximos à residência ou brincadeiras que estimulem as partes do corpo.

2.4 OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR INFANTIL NO AMBIENTE DOMICILIAR

A fim de conhecer as características das produções que utilizaram os instrumentos AHEMD-IS e AHEMD-SR, para avaliar as oportunidades presentes no domicílio em promover o desenvolvimento motor, realizou-se um estudo de revisão bibliográfica¹ no mês de março de 2017.

Foram analisadas 21 produções², após fluxograma de seleção (Apêndice A). O levantamento, seleção e extração das informações ocorreram de modo duplo independente, para evitar vieses. Todas as informações extraídas respeitaram os aspectos éticos, sendo estes apresentados fidedignamente, como também, citados e descritos de acordo com as ideias, definições e conceitos utilizados pelos autores dos artigos.

Quanto à caracterização, 47,6% (n = 10) das produções está entre 2014 e 2016, com procedência brasileira 80,9% (n = 17) e área de conhecimento multiprofissional 66,7% (n = 14). Dos autores, 34,3% (n = 23) são fisioterapeutas com titulação/qualificação profissional

¹ Revisão bibliográfica a partir dos métodos da bibliometria e cientometria com a seguinte questão: “Quais as características da produção da produção científica acerca da utilização do instrumento AHEMD?”. Foram incluídos artigos de pesquisa primários que aplicaram o AHEMD, disponíveis na íntegra e nos idiomas inglês, português ou espanhol. Busca realizada nas bases de dados eletrônicas *Publisher Medline* (PubMed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Elsevier SciVerse Scopus* (SCOPUS), e *Web of Science* Coleção Principal Thomson Reuters (WoS). As produções que se repetiram foram consideradas apenas uma vez. A recuperação dos artigos foi realizada na própria base de dados e quando indisponíveis por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), no site das revistas, ou por solicitação do manuscrito para o autor principal.

² Os dados foram analisados segundo o ano de publicação do artigo, respeitando a maior titulação/qualificação profissional e fator de impacto, correspondentes a este período. Para o fator de impacto dos periódicos buscou-se o *Journal Citation Reports* disponibilizado pela *Thomson Reuters*. A formação e titulação dos autores foram coletadas nos artigos e na página online da instituição de vínculo. Quando os autores eram de diferentes formações profissionais (exemplo: medicina, fisioterapia, educação física, entre outros) no mesmo artigo adotou-se como área do conhecimento multiprofissional. Para os autores presentes em mais de uma publicação com titulações diferentes, considerou-se a maior titulação acadêmica.

mestrado 32,8% (n = 22). Houve 13 autores que constavam em mais de uma publicação, e quando a titulação/qualificação profissional a ele atribuída diferia, foi contabilizada apenas aquela de maior nível (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização quanto ao ano de produção, procedência, área de conhecimento, formação, titulação/qualificação profissional das produções. LILACS, SCOPUS, PubMed e WoS. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.

Caracterização	n	%
Ano de publicação (n = 21)		
2005 – 2007	01	4,8
2008 – 2010	01	4,8
2011 – 2013	09	42,8
2014 – 2016	10	47,6
Procedência (n = 21)		
Brasil	17	80,9
Portugal	01	4,8
EUA	01	4,8
Taiwan	01	4,8
Irã	01	4,8
Área do conhecimento (n = 21)		
Multiprofissional	14	66,7
Educação Física	04	19
Fisioterapia	01	4,8
Não encontrado	02	9,5
Formação (n = 67)		
Biomedicina	01	1,5
Ciências Econômicas	02	3,0
Educação Física	21	31,3
Engenharia Civil	02	3,0
Fisioterapia	23	34,3
Matemática e Pedagogia	01	1,5
Medicina	02	3,0
Odontologia	01	1,5
Psicologia	01	1,5
Terapia Ocupacional	01	1,5
Estudante	01	1,5
Não informado	11	16,4
Titulação/qualificação profissional (n = 67)		
Pós-doutorado	02	3,0
Doutorado	20	29,9
Mestrado	22	32,8
Especialização	04	6,0
Graduação	08	11,9
Acadêmico	01	1,5
Não informado	10	14,9
Autoria em publicações (n = 67)		
Caçola P	08	11,9
Gabbard C	07	10,4
Santos DCC	05	7,5
Valentini NC	04	6,0
Montebello MIL	03	4,5
Nobre FSS	02	3,0
Nobre GC	02	3,0
Costa CLA	02	3,0
Frônio JS	02	3,0
Ribeiro LC	02	3,0
Chiquetti ES	02	3,0
Pereira KRG	02	3,0
Saccani R	02	3,0
Demais autores (n = 54)	01 (cada)	1,5 (cada)

Fonte: autora.

Os 67 autores estão vinculados a 25 instituições, sendo as mais frequentes: *Texas A&M University* 32% (n = 8), *University of Texas* 28% (n = 7), Universidade Metodista de Piracicaba 20% (n = 5), Universidade Federal do Rio Grande do Sul 20% (n = 5), Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Federal do Pampa com 8% (n = 2) cada. Demais instituições estiveram presentes uma única vez cada.

Os artigos foram publicados em 16 revistas, 62,5% (n = 10) brasileiras e 37,5% (n = 6) internacionais. Dentre as brasileiras: *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, *Revista da Educação Física*, *Revista de Saúde Pública*, *Pensar a Prática*, *Revista Paulista de Pediatria*, *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, *Brazilian Journal of Physical Therapy*, *Revista Neurociências* e *Revista Brasileira de Oftalmologia*. As internacionais: *Pediatrics International*, *Disability and Rehabilitation*, *International Journal of Mental Health and Addiction*, *Physical Therapy*, *Infant Behavior & Development* e *Research Quarterly for Exercise and Sport*. Todas as revistas internacionais apresentaram fator de impacto, todavia, somente a revista *Brazilian Journal of Physical Therapy* entre as brasileiras.

Dos 21 artigos, 38,1% (n = 8) receberam fomento, entre os quais estão: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) 62,5% (n = 5) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) 62,5% (n = 5), sendo que publicações receberam fomento de ambas, e *The National Science Council of Taiwan R.O.C* 12,5% (n = 1). Os 40 descritores controlados e não controlados encontrados nas produções estão representados na Figura 1, aqueles que foram encontrados com maior frequência estão representados com letra de maior fonte.

O instrumento AHEMD-IS esteve presente em 54,2% das produções (n = 11) e o AHEMD-SR em 52,4% (n = 10) delas. Por vezes, estes instrumentos estiveram associados à utilização de outros instrumentos sendo os mais frequentes: *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS) 33,3% (n = 7) e o Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 23,8% (n = 5). Os delineamentos de pesquisa utilizados com maior frequência foram os transversais 42,8% (n = 9), seguido daqueles de caráter metodológico 19% (n = 4), entre os quais apresentaram a criação, validação ou análise das propriedades do instrumento AHEMD, e longitudinais 19% (n = 4), os demais somente uma vez. A síntese dos principais resultados, objetos e métodos dos estudos estão detalhados no Apêndice B.

A caracterização das produções demonstrou um aumento de publicações a partir do ano de 2011, o que pode ser relacionado com a apresentação dos estudos de criação, validação e adaptações (RODRIGUES; SARAIVA; GABBARD, 2005; CAÇOLA et al., 2011; CAÇOLA et al., 2015a; HSIEH et al., 2011) no meio científico instigando o interesse por estudos que os aplicassem. Ainda assim, grande parte das produções permaneceram vinculadas as instituições de origem dos instrumentos. A maioria das publicações foi desenvolvida no Brasil, contudo, estudos realizados em outros países como Portugal (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015), EUA (RODRIGUES; SARAIVA; GABBARD, 2005), Taiwan (HSIEH et al., 2011) e Irã (ZOGHI; SHOJAEI; GHASEMI, 2015), sinalizam a utilização e divulgação destes, possibilitando a avaliação das oportunidades do ambiente domiciliar de crianças residentes em diferentes contextos culturais e sociais.

A formação dos autores esteve voltada à fisioterapia e educação física, profissões com foco no desenvolvimento motor. Em contrapartida, encontrou-se predomínio da área de conhecimento multiprofissional, apontando o interesse e envolvimento de outros profissionais na tangente do desenvolvimento infantil. A expressiva participação de autores com mestrado e doutorado mostra a presença de profissionais qualificados envolvidos com as investigações. A presença dos mesmos autores em algumas publicações além de apontar os nomes de referência, pode sinalizar que a produção deste conhecimento se mantém centralizada aos autores que desenvolveram os instrumentos.

A falta de informações quanto à formação e titulação dos autores nos artigos, incompletude e/ou indisponibilidade e falta de padronização de currículo representou um dificultador para a bibliometria, visto que, 16,4% das informações não foram encontradas. O que aponta a importância e a necessidade de inclusão de dados completos nos periódicos indexados nas bases de dados.

A presença de artigos com fator de impacto sinaliza a vinculação da produção em revistas que foram metricamente avaliadas pelo *Journal Citation Reports (JCR)* da *Thomson Reuters* por meio do número médio de vezes que os artigos da revista foram citados por outros em publicações subsequentes durante um período de tempo de dois anos (JONES, 2013), sinalizando uma probabilidade de leitura dos achados desses estudos internacionalmente.

Uma porcentagem considerável (38,1%) das produções recebeu fomento, configurando-se como uma temática relevante. Tal fato suscita a necessidade de investimento dos recursos públicos em outras pesquisas que abordem as oportunidades do ambiente

domiciliar para o desenvolvimento motor, uma vez que, converge com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), o qual norteia as políticas nacionais e internacionais de diferentes temáticas incluindo a saúde infantil.

Percebeu-se uma variedade de descritores controlados e não controlados para caracterização dos estudos, tal fato pode dificultar o acesso sistematizado desses estudos nas bases de dados, pela falta de homogeneidade nos descritores utilizados, o que pode comprometer a prática baseada em evidências. Esta lacuna deve ser superada para otimizar a utilização dos resultados das pesquisas junto à assistência à saúde em seus diferentes níveis, reiterando a importância da pesquisa para a prática clínica (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Os estudos utilizaram diferentes delineamentos metodológicos, dos quais se destacam estudos transversais que avaliam os fatos apenas em um único momento de tempo. Contudo, ao considerar o desenvolvimento infantil como um fenômeno contínuo torna-se necessário o investimento em estudos de acompanhamento como os longitudinais.

A utilização do AHEMD para avaliação das oportunidades do ambiente para o desenvolvimento motor obteve classificações baixas (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013; NOBRE et al., 2012; NOBRE et al., 2009), médias (NOBRE et al., 2012; NOBRE et al., 2009; SOARES et al., 2015; LAGE; NASCENTES; PEREIRA, 2016) e suficientes (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015). Tal fato suscita que as crianças avaliadas apresentam oportunidades no ambiente doméstico, todavia, em quantidade e variabilidade aquém do considerado excelente. Já a avaliação das oportunidades em cenário escolar apresentou classificação excelente (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015) para o estímulo do desenvolvimento motor infantil, possivelmente pelo fato de ser um local seguro, onde a criança pode brincar, alimentar-se e relacionar-se com outras crianças (MURTA et al., 2011).

A dimensão espaço físico interior, obteve classificação muito boa em vários estudos (NOBRE et al., 2012; SOARES et al., 2015; SILVA et al., 2015; NOBRE et al., 2009), inclusive como a dimensão mais pontuada em um estudo que avaliou as oportunidades presentes em casas e creches (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015). Já na dimensão espaço externo, independente do gênero (NOBRE et al., 2012) e nível econômico (NOBRE et al., 2009), a classificação foi fraca e muita fraca, ainda, outro estudo que avaliou as oportunidades de estímulo em crianças de mães adolescentes que convivem ou não com a avó, o espaço físico também foi classificado como muito fraco (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013).

Pesquisa que comparou as relações entre o desempenho motor e as características do ambiente familiar de lactentes de duas regiões do Brasil, não identificou diferenças significativas para a dimensão atividades diárias, a qual se refere à variedade de estimulação (ALMEIDA et al., 2015). Outro estudo realizado no Brasil analisou as oportunidades do ambiente doméstico de diferentes níveis socioeconômicos onde 65,9% dos lares obtiveram classificações boas e muito boas para a dimensão (NOBRE et al., 2009).

Contudo, em outros dois estudos (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013; NOBRE et al., 2012) os resultados para esta dimensão foram muito fracos, revelando baixas oportunidades, as quais podem ser melhoradas pelo simples fato de acrescentar à rotina da criança colocá-la para brincar na posição supina ou brincadeiras que estimulem as partes do corpo, por exemplo (CAÇOLA et al., 2015b).

As dimensões brinquedos para motricidade fina e brinquedos para motricidade grossa também variaram quanto os resultados com classificações muito fracas (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013; NOBRE et al., 2012; BUENO; CASTRO; CHIQUETTI, 2014; SOARES et al., 2015; SILVA et al., 2015), fracas (SILVA et al., 2015; NOBRE et al., 2012) e boas (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015) para crianças de diferentes grupos, faixas etárias e cenários. Assim, para aqueles com classificação muito fraca, independente do grupo, tanto os lactentes que residiam com a avó quanto aqueles que residem somente com os pais, a classificação foi a mesma (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013).

Na avaliação de pré-escolares do Rio Grande do Sul, Brasil, 91,7% dos lares demonstraram valores insatisfatórios para o desenvolvimento da motricidade fina, e 83,3% com prejuízos para o desenvolvimento da motricidade grossa (NOBRE et al., 2012). Ainda, no comparativo entre lactentes residentes em municípios de duas regiões do Brasil, as crianças da região Norte tiveram pontuações menores em brinquedos para motricidade fina e grossa em relação às crianças residentes na região Sudeste (ALMEIDA et al., 2015), e no comparativo entre cenários, tanto nas creches quanto nas residências, foram os brinquedos para a motricidade que receberam a pontuação média mais baixa no estudo, mesmo assim, inseridos na classificação de boas oportunidades (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015).

Certas variáveis podem influenciar nos resultados obtidos por meio do AHEND, especialmente nível socioeconômico e renda (FREITAS et al., 2013; SACCANI et al., 2013; DEFILIPO et al., 2012; PEREIRA; VALENTINI; SACCANI, 2016; SOARES et al., 2015; NACIMENTO et al., 2014; NOBRE et al., 2009), escolaridade materna (FREITAS et al.,

2013; SACCANI et al., 2013; DEFILIPO et al., 2012; SOARES et al., 2015; Nobre et al., 2009) e paterna (ALMEIDA et al., 2012; FREITAS et al., 2013; DEFILIPO et al., 2012; PEREIRA; VALENTINI; SACCANI, 2016). Nos achados de estudo com lactentes de uma cidade de Minas Gerais a união estável dos pais, maior escolaridade materna e paterna e maior nível econômico foram os fatores associados às melhores oportunidades de estimulação motora no domicílio (DEFILIPO et al., 2012).

Outro estudo também apontou que as famílias de maiores classes sociais forneciam maiores espaços físicos e disponibilidade de brinquedos e aquelas onde ambos os pais tiveram um curso de graduação forneciam significativamente mais brinquedos do que as famílias com ensino médio (FREITAS et al., 2013), tais achados corroboram com os resultados de uma pesquisa realizada com crianças da região Norte do Brasil, com diferenças significativas nas dimensões espaço interior e materiais de motricidade fina, indicando que as crianças de classe média alta possuem mais oportunidades motoras dentro de casa, além de possuírem maior quantidade de brinquedos relacionados à motricidade fina (NACIMENTO et al., 2014).

A utilização destes instrumentos mostrou-se extremamente válida, com novas perspectivas referentes aos aspectos que permeiam o desenvolvimento infantil, sinalizando que as oportunidades do ambiente domiciliar são tão importantes quanto os fatores biológicos (SACCANI et al., 2013) e podem, inclusive, gerar um impacto positivo no futuro comportamento motor e cognitivo das crianças (MIQUELOTE et al., 2012).

A ampla caracterização das produções científicas, a partir deste estudo de revisão, permite estabelecer um panorama acerca da produção quanto à utilização do instrumento AHEMD. As lacunas suscitam a necessidade de investimentos em novas pesquisas que avaliem as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor sob a perspectiva de diferentes delineamentos metodológicos, com crianças de diferentes características sociais e culturais, com comorbidades, condições crônicas de saúde e/ou exposições clínicas ainda não contempladas.

3 MÉTODO

Esta dissertação de mestrado está vinculada ao projeto matricial “Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV”, que teve como objetivo geral: avaliar a capacidade dos familiares para realizar o cuidado das crianças verticalmente expostas ao HIV. O projeto matricial foi contemplado com o Edital Universal 01/2016 (faixa A) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS 03/2017 (Faixa 02) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS), bem como, por editais internos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) para iniciação científica. Desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, sob coordenação da professora Cristiane Cardoso de Paula, insere-se na linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids” e possui Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 50609615.1.0000.5346 (Anexo A).

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Nesse tipo de estudo o pesquisador realiza a investigação em um particular momento sem nenhuma intervenção, atuando como expectador diante dos fatos. Possui como vantagens duração de tempo relativamente curto e com baixos custos (PEREIRA, 2012; POLIT; BECK, 2011).

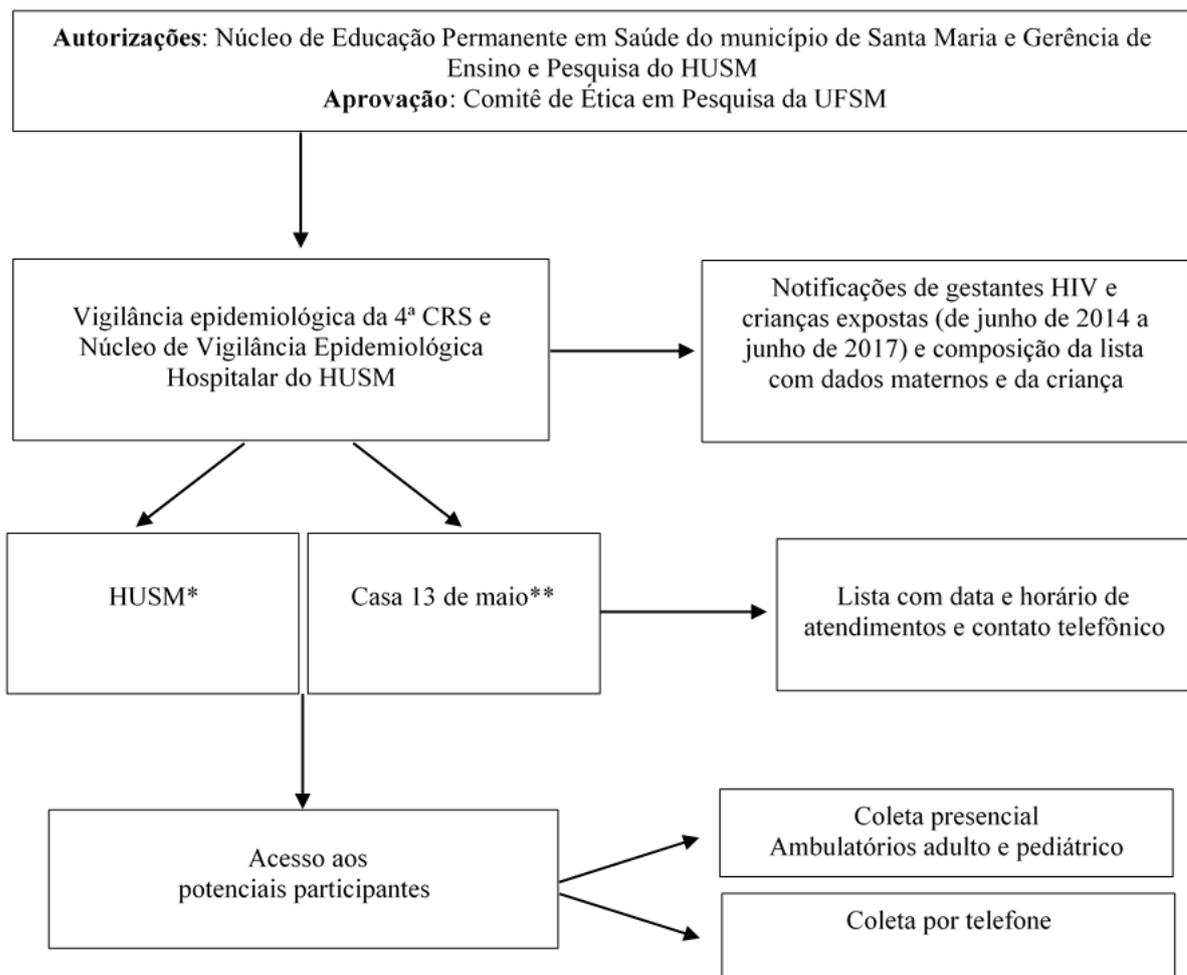
O local para coleta de dados foi definido a partir da classificação dos 100 municípios brasileiros com maior índice composto de HIV, o qual considera os seguintes indicadores: taxa de detecção, taxa de mortalidade e primeira contagem de CD4, para compor o *ranking* com as classificações dos municípios oferecendo parâmetros epidemiológicos e operacionais que permitam priorizar Estados e municípios para o enfrentamento da epidemia. Foram identificados os maiores índices em sete municípios do interior do Rio Grande do Sul, localizando Santa Maria na 71ª colocação (BRASIL, 2016). Salienta-se que este Estado ainda apresenta as maiores taxas de detecção e mortalidade do país, ocupando a 1º posição em número de casos e de óbitos por Aids no Brasil (BRASIL, 2016).

O município de Santa Maria situa-se na região central do Estado, possui uma área de 1.788,757 Km² e população estimada para o ano de 2016 de 277.309 habitantes (BRASIL, 2017c). Este município conta com o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), fundado no ano 1970, é um hospital público, de nível terciário, o qual faz parte da 4ª Coordenadoria

Regional de Saúde (4ª CRS). É considerado serviço de referência para os municípios da região e no atendimento de pessoas vivendo com HIV. Atua como hospital-escola vinculado à UFSM, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde pautada nos princípios e diretrizes do SUS. Santa Maria possui, também, a Casa 13 de Maio, considerada serviço de referência municipal para pessoas vivendo com HIV, configurando-se como um centro de testagem e aconselhamento com foco nas IST's, atendimento multiprofissional, tratamento e fornecimento de materiais (SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE, 2017).

O percurso de acesso aos possíveis locais de coleta de dados e dos participantes está representado na figura 3.

Figura 3 – Fluxograma de acesso aos possíveis locais de coleta de dados e dos participantes. Santa Maria, RS, 2017.



Legenda: * Serviço de infectologia federal; ** Serviço de infectologia do município.
Fonte: autora.

Mediante as autorizações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) da SMS (Anexo B) da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM (Anexo C) e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (Anexo A), buscou-se na Vigilância Epidemiológica da 4ª CRS e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) do HUSM o acesso às fichas de notificações das gestantes HIV positivas e das crianças expostas ao HIV notificadas no SINAN no período de junho de 2014 a junho de 2017, para compor a lista de prováveis participantes. O período foi estabelecido pelo limite de idade da criança (18 meses) para inclusão na pesquisa considerando o início da coleta de dados em dezembro de 2015.

A lista foi composta de informações referentes à mãe e à criança exposta, nome completo, data de notificação no SINAN, data de nascimento, nome completo da avó materna, município de residência, logradouro da residência, local onde a mãe realizou o pré-natal. Tais dados foram utilizados a fim de se obter informações quanto a datas e horários de consultas nos serviços.

O acesso aos possíveis participantes ocorreu majoritariamente no HUSM, mediante verificação das agendas de consulta no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) do HUSM. OS locais de coleta nesse serviço compreenderam os ambulatórios de infectologia pediátrico e adulto. No ambulatório pediátrico, as consultas ocorrem nas terças, quartas e quintas-feiras, nos turnos da manhã e tarde, e diariamente no ambulatório adulto.

Aqueles sem consultas agendadas no serviço tentou-se localizá-los por meio de contato telefônico para agendamento de data e local de coleta como uma estratégia de maximizar as possibilidades de acesso aos participantes. Assim, após emenda ao CEP (Anexo D), buscou-se informações de contatos telefônicos no HUSM por meio do AHGU e na Unidade de Dispensação de Medicamentos, local onde os cuidadores familiares retiram a fórmula láctea para as crianças, como também, na Casa 13 de Maio visando obter contatos daqueles não encontrados no HUSM.

A coleta de dados decorreu no período de dezembro de 2015 a setembro de 2017 de forma presencial e por telefone, a qual contou com a colaboração de sete coletadores devidamente capacitados (três mestradas e quatro bolsistas de iniciação científica). A capacitação foi realizada pela coordenadora deste projeto, que também supervisionou o andamento das atividades por meio de encontros semanais.

A coleta presencial ocorreu nos ambulatórios de infectologia adulto e pediátrico do HUSM. No dia da consulta uma dupla de coletadores acessava os possíveis participantes. Enquanto um coletador chamava o cuidador familiar, responsável pela criança, pelo nome e

convidava-o a se dirigir até uma sala reservada a fim de realizar a apresentação da pesquisa, o outro ficava no corredor do ambulatório controlando o horário de consulta. Durante a apresentação da pesquisa, eram explicados os objetivos do estudo, assegurado a confidencialidade dos dados (Anexo E), e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo F) para leitura, após, esclareciam-se as dúvidas e mediante aceite de participação aplicava-se o questionário, com duração de coleta de aproximadamente 30 a 40 minutos. Quando o cuidador ou a criança eram chamados para atendimento, interrompia-se a coleta de dados, encaminhando-os a sala de consulta. Após a consulta, retomava-se o questionário e nos casos em que o cuidador não dispunha de tempo para responder, agendava-se a finalização da coleta em outra data e local de sua preferência.

Aqueles cuidadores que foram localizados por meio de contato telefônico e que manifestaram interesse de responder a pesquisa utilizando tal tecnologia, procedeu-se com a coleta de dados. A abordagem por telefone ocorreu nas dependências do Centro de Ciências da Saúde, localizado na UFSM, em sala reservada e com telefone específico para tal finalidade, respeitando os preceitos éticos e sigilo diagnóstico. Inicialmente o coletador se apresentava, confirmava estar falando com o cuidador responsável pela criança e questionava-o acerca da disponibilidade de tempo para conversar. De modo a garantir o sigilo sugeria-o que estivesse em local reservado para manter a privacidade das informações. Diante de afirmativa para continuar a conversa, certificava-se de que este estava sozinho, que a rede telefônica não era compartilhada com outras pessoas e que a ligação não estivesse no modo viva-voz. Eram esclarecidos os objetivos, assegurada a confidencialidade dos dados e realizada a leitura explicativa do TCLE, bem como, sanadas todas as dúvidas, após o aceite em participar da pesquisa, aplicava-se o questionário com a leitura das perguntas e das possíveis respostas (quando estas não eram abertas ou no caso de figuras, descrevendo-as o mais semelhante possível das imagens).

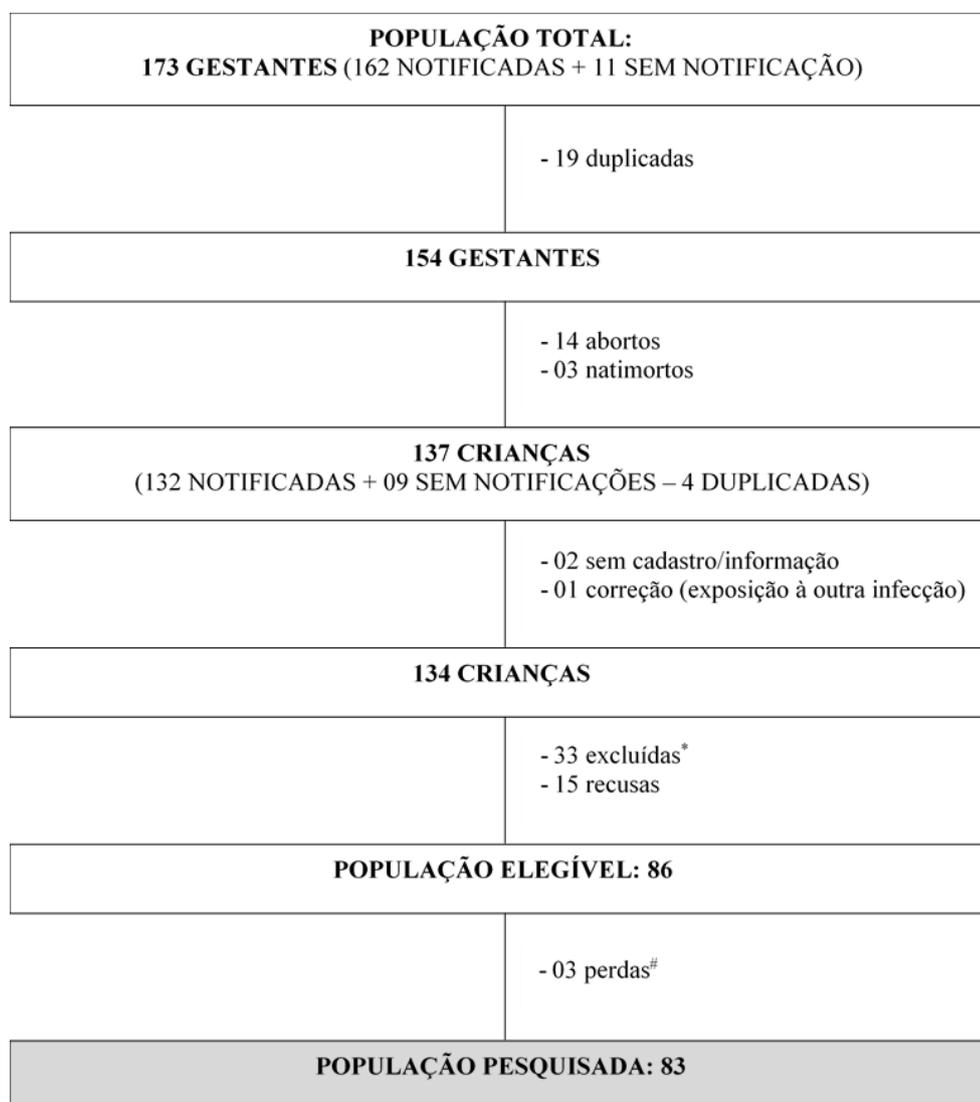
Considerando o acompanhamento da criança exposta no ambulatório de infectologia pediátrica do HUSM, com agenda de consultas preconizadas pelo MS antes de completar o primeiro mês de vida até confirmação de sua condição sorológica, após os 18 meses de idade, buscaram-se para este estudo, os cuidadores familiares de crianças expostas ao HIV, com idades entre três a 18 meses, em acompanhamento em serviço de saúde.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador familiar de criança verticalmente exposta ao HIV, acompanhar a rotina diária da criança e ser capaz de realizar sozinho os cuidados cotidianos. E como critérios de exclusão: crianças institucionalizadas (pois não possuem um cuidador principal), perda de seguimento ambulatorial (aquelas que

não acessam o serviço a mais de um ano) e/ou sem contato telefônico (após 10 tentativas em dias e turnos diferentes).

Para determinar os potenciais participantes buscou-se a totalidade da população de crianças nascidas expostas ao HIV, com base no número de notificações de partos em gestantes com HIV e crianças nascidas expostas ao HIV no período de junho de 2014 a junho de 2017, portanto não foi realizado cálculo amostral. A população total foi de 173 gestantes, sendo 86 crianças elegíveis para pesquisa, dentre as quais houve 03 perdas, constituindo a população pesquisada de 83 (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma de participantes do estudo de avaliação das oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, Santa Maria, RS, 2017.



Legenda: *Criança institucionalizada = 07 exclusões, sem contato telefônico e/ou perda de seguimento ambulatorial = 26 exclusões; [#] desistência de participação.

Fonte: autora.

A fim de garantir a equidade de acesso ao convite para participação da pesquisa, para todos os possíveis participantes, diante das situações em que as notificações não foram encontradas no SINAN, não inviabilizaram a coleta quando pelo menos a mãe ou a criança possuíam notificação. Como compromisso ético da pesquisa, todos aqueles identificados sem notificação no serviço de saúde, ou aqueles em que se observou a perda de segmento ambulatorial foram comunicados aos profissionais de saúde e ao núcleo de vigilância do hospital.

A população de 83 cuidadores familiares se caracterizou de mulheres (97,6%), com idade na faixa etária de 27 a 36 anos (50,6%), que vivem em união estável (71,1%), possuem entre dois a quatro filhos (60,2%), como escolaridade ensino médio (53,0%), residentes no município de Santa Maria (73,5%) em zona urbana (84,3%), desempregadas (65,1%), com renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (42,2%), sendo que três a cinco pessoas vivem com essa renda (72,3%).

Na caracterização clínica, a maioria possui diagnóstico positivo para HIV (95,2%), como via de infecção sexual (54,2%), com conhecimento do diagnóstico entre 1 a 5 anos (38,6%), realizando tratamento para a infecção (88,0%), sem problemas de saúde (85,5%), sem hábito de consumo de bebida alcoólica (65,1%) e sem uso de drogas (96,4%).

Com relação ao vínculo com a criança a maioria eram mães (95,2%), que também possuem outras crianças sob seus cuidados (66,3%), todavia, prevaleceu crianças sem irmãos expostos ao HIV (60,2%). A maioria das crianças não teve nascimento prematuro (71,1%), não possuem problemas de saúde (78,3%), e manter o acompanhamento de saúde da criança foi considerado fácil pelo cuidador familiar (61,4%). Em relação ao uso de medicamentos pelas crianças no momento da coleta destacam-se antibiótico e/ou antirretrovirais (39,8%). Entre aquelas com problemas de saúde prevaleceram as doenças do aparelho respiratório (12,0%).

O instrumento de pesquisa compreendeu: formulário de caracterização (Anexo G) e o instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale* (AHEMD-IS) (Anexo H), após autorização dos autores para sua utilização (Anexo I).

As variáveis da caracterização compreendem aquelas do ambiente, do cuidador familiar e da criança exposta. As do ambiente foram: tipo de residência (casa, apartamento), número de quartos (um a dois, três ou mais), número de adultos (um a dois, três ou mais), número de crianças (um a dois, três ou mais), tempo de residência no domicílio (menos de três meses, três a seis meses, sete a 12 meses, acima de 12 meses) e se a criança frequenta creche (nunca, menos de três meses, três a seis meses, sete a 12 meses, acima de 12 meses).

Para o cuidador familiar as variáveis sociodemográficas foram: sexo (masculino ou feminino), idade (17 a 26 anos, 27 a 36 anos, 37 a 46 anos), estado civil (convive com companheiro, divorciado, solteiro, viúvo), escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio, ensino superior), município de residência (Santa Maria ou outro), zona (urbana, rural, periurbana), situação empregatícia (desempregado, empregado com carteira assinada, empregado sem carteira assinada), renda familiar mensal considerando o salário mínimo no valor de R\$ 879,00 (sem renda, menos de um salário, entre um e dois salários, acima de dois salários), número de pessoas que convivem com a renda (até duas pessoas, entre três a cinco pessoas, acima de cinco pessoas), relação com a criança (mãe, pai, pais adotivos), possuir outra criança sob seus cuidados (sim ou não) e número de filhos (um filho, entre dois a quatro filhos, mais de cinco filhos). E as variáveis clínicas foram: possuir HIV (sim ou não), via de infecção (desconhece, sexual, ignorado), tempo de diagnóstico (menos de um ano, de um a cinco anos, de seis a 10 anos, 11 anos ou mais), faz tratamento para o HIV (sim ou não), algum problema de saúde (sim ou não), ingere bebidas alcoólicas (sim ou não) e faz uso de drogas (sim ou não).

Para a criança exposta as variáveis sociodemográficas foram idade e possuir irmãos expostos ao HIV (nenhum, de um a dois, três ou mais irmãos) e as variáveis clínicas foram: nascimento prematuro (sim ou não), problemas de saúde (sim ou não), qual problema de saúde (doença do aparelho respiratório, doença do aparelho geniturinário, alguma doença infecciosa e/ou parasitária, outro), manter o acompanhamento em saúde (difícil, mais ou menos, fácil) e uso de algum medicamento (nenhum, suplementos vitamínicos, antibiótico e/ou antirretroviral, suplemento e/ou antibiótico e/ou antirretroviral).

O instrumento AHEMD-IS, na versão em Português, *Affordances* no ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor - escala bebê, é um instrumento validado, composto por 35 itens divididos em quatro dimensões: espaço físico, variedade de estimulação, brinquedos para motricidade fina e brinquedos para motricidade grossa. O qual possibilita a avaliação das dimensões para crianças de três a 11 meses e crianças de 12 a 18 meses de idade (CAÇOLA et al., 2011; CAÇOLA et al., 2015a, CAÇOLA et al., 2015b).

A dimensão espaço físico compreende sete itens para avaliar espaço físico interno e externo; a dimensão variedade de estimulação tem oito itens; a dimensão brinquedos para motricidade grossa possui seis itens para crianças até 11 meses e nove itens para crianças maiores de 12 meses; já a dimensão brinquedos para motricidade fina tem cinco itens para crianças menores de 11 meses e 11 itens para crianças maiores de 12 meses (CAÇOLA et al., 2015a; CAÇOLA et al., 2015b).

É possível avaliar separadamente cada dimensão, além da avaliação da pontuação total, por meio da soma do total de pontos obtidos em cada dimensão. Para as questões dicotômicas (sim e não) atribui-se valores de zero e um; para as questões do tipo *likert* (nunca, às vezes, quase sempre e sempre) atribui-se valores de zero a três; e nas questões referentes a quantidade de brinquedos (nenhum, um ou dois e três ou mais) atribui-se valores de zero a dois. Após a atribuição das pontuações em cada dimensão e com a soma da pontuação total convertem-se as pontuações em categorias descritivas do ambiente, de acordo com a idade, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Pontuações e categorias descritivas por dimensão e faixa etária do instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*.

Idade	Categoria descritiva	Espaço físico	Variedade de estimulação	Brinquedos motricidade grossa	Brinquedos motricidade fina	Pontuação total
3-11 meses	Menos que adequado	0-1	0-9	0-3	0-2	0-18
	Moderadamente adequado	2-3	10-11	4-5	3	19-23
	Adequado	4-5	12-13	6-7	4-6	24-27
	Excelente	6-7	14-20	8-12	6-10	28-49
12-18 meses	Menos que adequado	0-2	0-10	0-6	0-6	0-27
	Moderadamente adequado	3-4	11-12	7-8	7-9	28-33
	Adequado	5	13-14	9-11	10-14	34-40
	Excelente	6-7	15-20	12-18	15-22	41-67

Fonte: Adaptado de Caçola et al, 2015b.

A inserção dos dados foi realizada no programa Epi-info®, versão 7,2, com dupla digitação independente para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências, foram exportados para o programa estatístico R para a análise. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas. Consideraram-se como variáveis independentes aquelas pertencentes à caracterização do ambiente, e as sociodemográficas e clínicas do cuidador familiar da criança exposta. Como variável dependente as pontuações por dimensão e total das oportunidades domiciliares obtidas pelo AHMED-IS.

A fim de respeitar os preceitos estatísticos, e maior número de observações referentes às crianças maiores de um ano, realizou-se apenas para estas a associação entre as variáveis de

caracterização com as pontuações totais de cada dimensão do instrumento mediante correlação de *Pearson* e *Spearman*. Na regressão linear simples utilizou-se o método dos Mínimos Quadrados Ordinários entre as variáveis de caracterização com a pontuação total obtida pelo instrumento, após aplicou-se o método de reamostragem de *Bootstrap*. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

4 RESULTADOS

Quanto às características do ambiente, a maioria reside em casas (94%), com até dois quartos (72,3%), convivendo com um a dois adultos (74,7%) e uma a duas crianças (65,1%), sendo o tempo de residência no domicílio acima de 12 meses (66,3%) com a permanência da criança somente nele, pois a maioria nunca frequentou creche (84,3%).

O espaço físico externo foi considerado seguro e adequado (88,0%), com diferentes tipos de piso (60,2%) e presença de suporte ou mobília de apoio (65,1%). Na parte interna, ausência de mais de um tipo de piso (62,7%) e degraus ou escadas (74,7%). Para estimulação, muitas crianças brincam com outras crianças (79,5%) e são encorajados a aprender as partes do corpo (91,6%), ficam livres para se movimentar pela casa (60,2%), sem necessidade de equipamento para ficar em pé (65,1%). Uma porcentagem considerável não possui nenhum dos brinquedos elencados, com exceção daqueles para motricidade grossa, como bonecos de pelúcia (72,3%), musicais (44,6%), ou que estimulam a se movimentar (55,4%), e para motricidade fina, chocalhos (53,0%), bonecos de personagens (41,8%) ou que imitem objetos da casa (36,4%). A Tabela 2 apresenta detalhadamente a frequência das respostas para cada dimensão do instrumento, lembrando que, as questões de espaço físico e de variedade de estimulação se aplicam a todas as crianças ($n = 83$) e aquelas referentes aos brinquedos seguiram a indicação de faixa etária, < 1 ano de idade ($n = 28, 33,7\%$) e ≥ 1 ano de idade ($n = 55, 66,3\%$).

A Tabela 3 apresenta os resultados dos somatórios das questões obtidos em cada dimensão do instrumento e por faixa etária da criança, com uma avaliação moderadamente adequada das oportunidades na pontuação total tanto para < 1 ano de idade (23,11) quanto para ≥ 1 ano de idade (31,45). Quando avaliada por dimensão se manteve moderadamente adequada, independente da idade, exceto na variedade de estimulação para crianças < 1 ano que foi adequada para oportunizar o desenvolvimento motor infantil (12,14).

Testes estatísticos foram aplicados somente nos dados oriundos das crianças ≥ 1 ano de idade, devido ao maior número de observações e preceitos estatísticos. A associação das variáveis de caracterização com os resultados obtidos em cada uma das dimensões do AHEMD-IS foram consideradas significativas somente quando presentes em ambos os testes (Tabela 4).

Tabela 2 – Frequência de respostas por questão do instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*, Santa Maria, RS, 2017. (n = 83)

Dimensão	Questões	n (%)			
		Sim	Não		
Espaço físico	A sua residência tem algum espaço externo, seguro, adequado e amplo para seu bebê brincar e se movimentar livremente.	73 (88,0%)	10 (12,0%)		
	Mais do que um tipo de piso ou solo na área externa.	50 (60,2%)	33 (39,8%)		
	Uma ou mais superfícies inclinadas.	25 (30,1%)	58 (69,9%)		
	Algum suporte ou mobilha que seja seguro, onde seu bebê possa se apoiar para levantar e/ou andar.	54 (65,1%)	29 (34,9%)		
	Degraus ou escadas na área externa.	38 (45,8%)	45 (54,2%)		
	Mais do que um tipo de piso no espaço interno.	31 (37,3%)	52 (62,7%)		
	Degraus ou escada no espaço interno.	21 (25,3%)	62 (74,7%)		
Variedade de estimulação	O meu/nosso bebê brinca regularmente com outras crianças.	66 (79,5%)	17 (20,5%)		
	Eu/nós, regularmente, fazemos brincadeiras que encorajam nosso bebê a aprender sobre as partes do corpo.	76 (91,6%)	7 (8,4%)		
Variedade de estimulação	Carregado no colo por adultos ou por algum tipo de suporte, próximo ao corpo desse adulto.	18 (21,7%)	9 (10,8%)	43 (51,8%)	13 (15,7%)
	Sentado em algum tipo de cadeira/equipamento que mantenha a criança sentada.	15 (18,1%)	19 (22,9%)	40 (48,2%)	9 (10,8%)
	Em um equipamento para ficar em pé ou andar.	6 (7,2%)	8 (9,6%)	15 (18,1%)	54 (65,1%)
	Num cercado infantil, berço ou outro local semelhante, do qual a criança não possa sair sem ajuda.	10 (12,0%)	16 (19,3%)	26 (31,3%)	31 (37,3%)
	Brincando deitado de barriga para baixo.	19 (22,9%)	13 (15,7%)	27 (32,5%)	24 (28,9%)
	Livre para se movimentar pela casa.	50 (60,2%)	10 (12,0%)	10 (12,0%)	13 (15,7%)
Brinquedos de motricidade grossa	Brinquedos suspensos acima ou ao lado do bebê, móveis e/ou enfeites de berço.	40 (48,2%)	35 (42,2%)	8 (9,6%)	
	Bonecos de pelúcia, brinquedos emborrachados, de tecido ou outros materiais macios, de brincar na água.	9 (10,8%)	14 (16,9%)	60 (72,3%)	
	Cadeirinhas de balanço para bebês, estação de atividades, balanços para bebês.	51 (61,4%)	32 (38,6%)	-	
	Bolas de diferentes tamanhos, texturas, cores e formas.	34 (41,0%)	28 (33,7%)	21 (25,3%)	

	Materiais que estimulem a criança a se arrastar, rolar, engatinhar ou se levantar.	36 (43,4%)	46 (55,4%)	1 (1,2%)
	Materiais musicais: instrumentos, caixas de música e brinquedos que emitam sons e melodias em resposta às ações da criança.	22 (26,5%)	37 (44,6%)	24 (28,9%)
	Objetos ou brinquedos que estimulam a criança a se levantar e a caminhar com apoio*. (n = 55)	23 (41,8%)	25 (45,5%)	7 (12,7%)
	Mesinhas de atividades onde o bebê possa brincar em pé*. (n = 55)	38 (69,1%)	17 (30,9%)	-
	Balanços ao ar livre, cavalos de balanço, triciclos para bebês*. (n = 55)	18 (32,7%)	34 (61,8%)	3 (5,5%)
Brinquedos de motricidade fina	Brinquedos manipuláveis: chocalhos, mordedores, brinquedos com diferentes texturas e/ou com espelho.	9 (10,8%)	44 (53,0%)	30 (36,1%)
	Carros, trens, animais ou outros brinquedos que possam ser puxados ou empurrados.	43 (51,8%)	22 (26,5%)	18 (21,7%)
	Brinquedos de apertar, bater e acionar, peões e gira-gira.	45 (54,2%)	23 (27,7%)	15 (18,1%)
	Blocos de montar (plástico, espuma, tecido, madeira, borracha).	59 (71,1%)	22 (26,5%)	2 (2,4%)
	Livros para bebês (tecido, papel cartão ou plástico).	43 (51,8%)	18 (21,7%)	22 (26,5%)
	Brinquedos educativos para encaixar de formas variadas*. (n = 55)	25 (45,5%)	22 (40,0%)	8 (14,5%)
	Fantoches e marionetes macios*. (n = 55)	41 (74,5%)	9 (16,4%)	5 (9,1%)
	Bonecos (as) e outros personagens com acessórios*. (n = 55)	15 (27,3%)	17 (30,9%)	23 (41,8%)
	Brinquedos que imitam objetos existentes na casa: telefones, ferramentas, utensílios de cozinha, etc*. (n = 55)	18 (32,7%)	17 (30,9%)	20 (36,4%)
	Brinquedos de empilhar*. (n = 55)	34 (61,8%)	17 (30,9%)	4 (7,3%)
	Quebra-cabeças para bebês (2-6 peças)*. (n = 55)	45 (81,8%)	9 (16,4%)	1 (1,8%)

Legenda: *Brinquedos recomendados somente para crianças maiores de um ano.

Fonte: autora.

Tabela 3 – Descrição e classificação descritiva por dimensão da avaliação de crianças verticalmente expostas ao HIV segundo *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*, Santa Maria, RS, 2017. (n = 83)

Dimensão	< 1 ano de idade (n = 28)			≥ 1 ano de idade (n = 55)		
	Média ± DP	Mín-Máx	Categoria	Média ± DP	Mín-Máx	Categoria
Espaço físico	3,39 ± 1,499	0-7	Moderadamente adequado	3,58 ± 1,652	0-7	Moderadamente adequado
Variedade de estimulação	12,14 ± 2,353	9-19	Adequado	12,96 ± 2,981	8-20	Moderadamente adequado
Brinquedos de motricidade grossa	4,50 ± 2,269	1-9	Moderadamente adequado	7,09 ± 2,737	0-13	Moderadamente adequado
Brinquedos de motricidade fina	3,07 ± 1,999	0-7	Moderadamente adequado	7,82 ± 4,037	1-18	Moderadamente adequado
Pontuação total	23,11 ± 4,848	14-31	Moderadamente adequado	31,45 ± 7,972	14-50	Moderadamente adequado

Legenda: DP: Desvio Padrão; Mín-Max: mínimo e máximo.

Fonte: autora.

Assim, a variável estatisticamente significativa para oportunidades de espaço físico foi renda (p 0,007 e p 0,011) com influência positiva. Variedade de estimulação mostrou associação positiva com possuir irmão exposto ao HIV (p 0,006 e p 0,009) e quanto maior a idade do cuidador (p 0,019 e p 0,049) e da criança (p < 0,001 e p 0,001) maior esta oportunidade. Conforme aumenta a renda (p 0,008 e p 0,005) e a idade da criança (p 0,014 e p 0,005) aumenta a oportunidade de brinquedos de motricidade grossa, enquanto brinquedos de motricidade fina manteve associação somente com idade da criança (p 0,050 e p 0,032).

As variáveis de caracterização idade do cuidador (p 0,004) e da criança (p 0,003), escolaridade (p 0,000) e possuir irmão exposto ao HIV (p 0,026) apresentaram influência na pontuação total do instrumento AHEMD-IS para as crianças ≥ 1 ano de idade, mediante regressão, segundo método dos Mínimos Quadrados Ordinários, com resultados semelhantes após método de reamostragem de *Bootstrap* (Tabela 5). No momento da análise observou-se uma ausência ou incompletude de resposta, restando assim, dados referentes a 54 crianças.

Tabela 4 – Correlações de Spearman e de Pearson para as variáveis de caracterização com os resultados das dimensões do instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*, Santa Maria, RS, 2017. (n = 55)

Variável	Espaço Físico		Variedade de estimulação		Brinquedos motricidade grossa		Brinquedos motricidade fina	
	r	p	r	p	r	P	r	p
Idade do cuidador (n = 55)								
<i>Spearman</i>	0,267*	0,049	0,315*	0,019	0,248	0,068	0,176	0,198
<i>Pearson</i>	0,219	0,109	0,266*	0,049	0,259	0,056	0,176	0,199
Renda (n = 54)								
<i>Spearman</i>	0,362**	0,007	0,204	0,140	0,357**	0,008	0,174	0,209
<i>Pearson</i>	0,342*	0,011	0,211	0,126	0,375**	0,005	0,185	0,181
Idade da criança (n = 55)								
<i>Spearman</i>	- 0,131	0,340	0,511**	< 0,001	0,331*	0,014	0,265	0,050
<i>Pearson</i>	- 0,079	0,566	0,428**	0,001	0,372**	0,005	0,289*	0,032
Irmão exposto ao HIV (n =55)								
<i>Spearman</i>	0,018	0,898	0,364**	0,006	0,082	0,552	0,195	0,154
<i>Pearson</i>	0,052	0,708	0,347**	0,009	0,080	0,561	0,148	0,279

Legenda: * Correlação é significativa ao nível de 0,05 (2-tailed), ** Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

Fonte: autora.

Tabela 5 – Método dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) para associação entre variáveis de caracterização e pontuação total do instrumento *Affordances in the home environment for motor development-Infant Scale*, e reamostragem de Bootstrap, de crianças verticalmente expostas ao HIV maiores de um ano, Santa Maria, RS, 2017. (n = 54)

	Coefficiente (MQO)	Erro padrão	Valor de p	Reamostragem ^a <i>Bootstrap</i>	IC 95% <i>Bootstrap</i>
Constante	-6,079	6,612	0,362		
Idade do cuidador	0,418	0,141	0,004	0,423	(0,189 – 0,684)
Escolaridade	2,572	0,836	0,003	2,536	(0,710 – 4,425)
Idade da criança	0,774	0,196	0,000	0,780	(0,436 – 1,142)
Irmão exposto ao HIV	3,206	1,405	0,026	3,384	(0,087 – 5,712)

Legenda: ^a1000 replicas *Bootstrap*. IC - intervalo de confiança. Média variável dependente 31,48148; desvio padrão 8,044078; Soma resíd. Quadrados 1985,142; E.P. da regressão 6,364991; R-quadrado 0,421154; R-quadrado ajustado 0,373901; F(4, 49) 8,912788; P-valor (F) 0,000017; Log. da verossimilhança -173,9432; Critério de Akaike 357,8863; Critério de Schwarz 367,8312; Critério Hannan-Quinn 361,7217. Teste RESET para especificação: hipótese nula: a especificação é adequada; estatística de teste: F(2,47) = 0,100627 com p-valor = P(F(2, 47) > 0,100627) = 0,904465. Teste de Breusch-Pagan para a heteroscedasticidade: hipótese nula: sem heteroscedasticidade; estatística de teste: LM = 1,61182 com p-valor = P (Qui-quadrado (4) > 1,61182) = 0,806667. Teste da normalidade dos resíduos: hipótese nula: o erro tem distribuição normal; Shapiro-Wilk W = 0,980122, com p-valor 0,5056; e Teste de Lilliefors = 0,0816073, com p-valor = 0,480.

Fonte: autora.

5 DISCUSSÃO

As características referentes ao ambiente, das crianças verticalmente expostas ao HIV encontradas neste estudo, assemelham-se ao descrito em outras produções, quanto ao principal tipo de residência ser casa (MIQUELOTE et al., 2012; DEFILIPO et al., 2012; BORBA; PEREIRA; VALENTINI, 2017; FREITAS et al., 2013), possuir um número de um a dois adultos e uma a duas crianças na residência (DEFILIPO et al., 2012; FREITAS et al., 2013), bem como ao fato dessas crianças não frequentarem creche (BORBA; PEREIRA; VALENTINI, 2017; FREITAS et al., 2013; BUENO; CASTRO; CHIQUETTI, 2014). Configurando ao domicílio o principal local de estímulo e interação para promover o seu desenvolvimento.

A existência de diferentes oportunidades referentes ao espaço físico, variedade de estimulação e disponibilidade de brinquedos pode favorecer o desenvolvimento motor infantil. Achados de um estudo, realizado na região Sul do Brasil com 561 lactentes, apontaram que o desenvolvimento motor estava significativamente relacionado a várias dessas oportunidades ambientais, como número de brinquedos para motricidade fina e grossa, possibilidade de escolha dos mesmos, estimulação com brincadeiras acerca das partes do corpo, interação com outras crianças e disponibilidade de espaço físico no domicílio para se mover livremente (SACCANI et al., 2013).

A avaliação das oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças expostas ao HIV em sua maioria foi classificada como moderadamente adequada, exceto na dimensão variedade de estimulação para crianças menores de um ano, classificada como adequada. Tais achados indicam que o ambiente oferece algumas oportunidades, todavia, com necessidades de melhoria para que todas as oportunidades disponíveis sejam amplamente exploradas, resultando em um ambiente domiciliar com quantidade e qualidade classificadas como excelentes para proporcionar o desenvolvimento motor dessas crianças (CAÇOLA et al., 2015a).

Ao encontro dos achados disponíveis na literatura, as avaliações das oportunidades presentes no ambiente domiciliar também se configuraram aquém do considerado excelente. Segundo um estudo realizado em Minas Gerais, região Sudeste do Brasil, com 239 lactentes, as oportunidades foram avaliadas como relativamente baixas (DEFILIPO et al., 2012). Em outro, na região Sul do país, com 17 lactentes de mães adolescentes, as oportunidades foram classificadas como baixas e todas as dimensões do AHEMD-IS obtiveram classificações muito fracas (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013), semelhante a avaliação encontrada

no Paraná, utilizando uma versão do AHEMD, com 72 crianças de 38 a 42 meses, as oportunidades foram classificadas em sua maioria como fracas pra os meninos e muito fracas para as meninas (SILVA et al., 2017).

Em panorama internacional, a avaliação das oportunidades do ambiente domiciliar de crianças de diferentes culturas compreendendo 225 crianças do Líbano com 367 crianças dos Estados Unidos e Portugal, utilizando a versão do AHEMD validada para crianças entre 18 e 42 meses, apresentou pontuações maiores nas dimensões espaço exterior e variedade de estimulação para as crianças americanas e portuguesas, sendo maior a disponibilidade de oportunidades quanto ao espaço físico interno, brinquedos para motricidade fina e grossa para as crianças libanesas (AMMAR; ACEVEDO; CORDOVA, 2013). Ainda, no comparativo entre domicílio e creche de 97 lactentes de Portugal, as oportunidades foram classificadas como médias no domicílio, ou seja, não em quantidade e qualidade suficientes diante das ofertadas pela creche, classificadas como boas (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015). Tal classificação descritiva quanto às oportunidades disponíveis na creche correspondiam a maior categoria possível para o instrumento validado em 2011 (CAÇOLA et al., 2011), adaptado e validado em 2015, versão utilizada no presente estudo.

Diante das variáveis significativas com correlação positiva nas oportunidades presentes no domicílio por dimensão quanto maior a idade do cuidador familiar melhor foi o resultado para a variedade de estimulação. Assim, no caso deste estudo, supõe-se ao fato da experiência adquirida ao longo do tempo quanto aos cuidados e promoção de diferentes estímulos ao desenvolvimento infantil, visto que a maioria dos cuidadores familiares foi composta por mulheres que já possuíam mais de um filho. Ao encontro disso, um estudo acerca dos fatores preditores para o desenvolvimento motor e cognitivo de bebês de mães adultas e adolescentes apontou que as crianças de mães adolescentes viviam em situações de maior privação de estímulo e seus cuidadores mostraram menos conhecimento sobre o desenvolvimento infantil (BORBA; PEREIRA; VALENTINI, 2017).

A idade da criança e possuir irmão exposto ao HIV também influenciaram na variedade de estimulação e disponibilidade de brinquedos, o que é coerente com o processo de desenvolvimento infantil, pois conforme a criança aumenta a sua idade e adquire novas habilidades consequentemente aprimora suas interações com o ambiente em que está inserida. Semelhante, ao encontrado em outras produções da idade para variedade de estimulação (FREITAS et al., 2013) e brinquedos (CORRER et al., 2014; FREITAS et al., 2013), bem como maior número de crianças no domicílio para variedade de estimulação (GIORDANI; ALMEIDA; PACHECO, 2013).

A correlação significativa da renda com melhores resultados para espaço físico e brinquedos de motricidade grossa, converge com o encontrado em outros estudos acerca da presença significativa da renda para as mesmas dimensões (GIORDANI; ALMEIDA; PACHECO, 2013; FREITAS et al., 2013), o que possibilita às crianças uma probabilidade maior de melhores condições de moradia com espaços amplos e seguros para se movimentar e brincar, assim como na aquisição de brinquedos em variedade e quantidade. Conforme estudo realizado na região Norte do Brasil, a renda apresentou-se associada ao atraso no desenvolvimento motor de 300 crianças com idade de 36 a 42 meses (DUARTE et al., 2016).

Na regressão, as variáveis de caracterização, idades do cuidador familiar e da criança, escolaridade e a criança possuir irmão exposto ao HIV, juntas explicaram em 37% o resultado obtido para pontuação total do instrumento. Dentre as quais, salienta-se a escolaridade, neste estudo especificamente representado pela escolaridade materna. Quanto maior o grau de instrução, maiores são as possibilidades de acesso às informações e das diferentes maneiras de oportunizar condições para promover o desenvolvimento da criança, convergindo assim, com outros estudos (SACCANI et al., 2013; BORBA et al., 2017; GIORDANI; ALMEIDA; PACHECO, 2013; FREITAS et al., 2013) em que a escolaridade materna também se apresentou associada a melhores oportunidades de estímulos para o desenvolvimento motor infantil.

A presença de um diagnóstico positivo para o HIV repercute diretamente no crescimento e desenvolvimento da criança, o qual pode estar comprometido pela baixa imunidade, necessidade de hospitalizações frequentes bem como dos próprios efeitos adversos aos medicamentos (LARA et al., 2017). Segundo dados oriundos de um estudo realizado com 195 crianças menores de dois anos infectadas pelo HIV que foram avaliadas pré e pós início a terapia antirretroviral, continuaram a apresentar risco para atraso no desenvolvimento motor grosso e fino, interação social e resolução de problemas, mesmo após a supressão viral (STREHLAU et al., 2016).

Acrescido às condições clínicas, tem-se as questões voltadas ao estigma e preconceito, que limitam a interação social restringindo a criança a brincadeiras apenas dentro de casa, somente com os irmãos na supervisão do familiar (PACHECO et al., 2016). Ainda, um estudo longitudinal, com 989 crianças relacionou a presença do HIV na família a uma série de resultados negativos no desenvolvimento da criança, muitas vezes mediados pelos níveis de depressão do cuidador, hospitalização, tratamento e a morte do cuidador responsável (SHERR et al., 2016).

Percebe-se que o desenvolvimento da criança repercute além de suas próprias condições clínicas, mas também aquelas existentes em seu ambiente. Portanto, avaliar as oportunidades presentes no ambiente domiciliar da criança exposta ao HIV, quando o diagnóstico ainda não existe, fornece subsídios para reforçar as oportunidades no espaço físico, variedade de estimulação e brinquedos, de forma que continuem se perpetuando mesmo diante de um diagnóstico positivo, a fim de que a criança possa continuar a brincar com outras crianças e explorar diferentes espaços físicos e brinquedos.

A existência da disponibilidade de diferentes oportunidades no domicílio reforça a importância de considerar os aspectos ambientais referentes ao desenvolvimento infantil, neste estudo especificamente às crianças verticalmente expostas ao HIV, em particular sob o enfoque da enfermagem, a qual tem entre suas atribuições também o cuidado à saúde da criança com diferentes características e contextos.

Citam-se como limitações o fato de não observar diretamente o domicílio, bem como a impossibilidade de maiores inferências de como e quanto os resultados encontrados podem realmente favorecer ou dificultar o desempenho motor dessas crianças, visto que não fora utilizado nenhum instrumento validado, neste estudo, para avaliar o desempenho motor dessas crianças. Todavia os resultados encontrados servem de base e suscitam a necessidade de novas pesquisas, as quais devem ser realizadas em caráter longitudinal e comparativo considerando o desenvolvimento como contínuo e multifatorial, além das particularidades dessas crianças, inseridas em um contexto de uma doença ainda sem cura e por vezes vinculada a diferentes vulnerabilidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo apontaram a existência de oportunidades moderadamente adequadas no domicílio para promover o desenvolvimento motor infantil de crianças verticalmente expostas ao HIV, aquém do considerado excelente, sinalizando a necessidade de melhorias para não implicar em risco no desenvolvimento dessas crianças. Ainda, as características pertencentes ao perfil sociodemográfico e clínico do cuidador familiar e da criança exposta influenciaram de forma significativa positiva as oportunidades do domicílio.

Os achados reforçam a necessidade de considerar os diferentes fatores vinculados ao desenvolvimento infantil, principalmente aqueles de cunho ambiental, para os envolvidos, direta ou indiretamente, na saúde da criança. O que implica aos cuidadores familiares reconhecer e utilizar o disponível no domicílio para promover o desenvolvimento da criança a partir do espaço físico, ações e atividades cotidianas para variedade de estimulação e na oferta de brinquedos para motricidade fina e grossa.

Para os profissionais da saúde, certificar-se acerca da quantidade e qualidade das oportunidades do ambiente domiciliar oferecidas à criança, a fim de nortear as orientações aos familiares para potencializar o disponível no domicílio. Assim, na ausência de espaço físico amplo, sugerir a possibilidade de levar a criança brincar em um parque ou praça, recomendar a utilização de brinquedos seguros e adequados para cada idade, brincadeiras que estimulem as partes do corpo, bem como, atentar para os riscos a acidentes quando a criança realizar novas atividades como sentar, engatilhar, levantar e andar seja com ou sem apoio.

Para a pesquisa, sugere-se a necessidade de investimentos em novos estudos a fim de ultrapassar as limitações encontradas nesta pesquisa, como a ausência de observação diretamente no domicílio e a impossibilidade de maiores inferências de como e quanto os resultados encontrados podem de fato comprometer o desenvolvimento motor dessas crianças. Ainda assim, representam o primeiro passo em ultrapassar as barreiras do conhecimento, em avaliar as oportunidades do ambiente domiciliar considerando a condição clínica de exposição vertical ao HIV destas crianças.

REFERÊNCIAS

- ADOLPH, K. E.; KARASIK, B. L.; TAMIS-LEMONDA, S. C. **Motor skills**. In: Bornstein M. Handbook of cultural developmental science. New York: Psychology Press; 2010. p. 61-88.
- ADOLPH, K. E.; ROBINSON, S. R. In defense of change processes. **Cilhd Dev.**, v. 79, n. 6, p. 1648-1653, 2008.
- AIRÈS, P. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.
- ALMEIDA, T. G. A. et al. Comparações entre o desempenho motor e oportunidades de estimulação motora no ambiente domiciliar de lactentes residentes nas regiões Sudeste e Norte do Brasil. **Fisioter Pesqui**, v.22, n.2, p. 147-147, 2015.
- ALVARENGA, W. A. et al. Rede social fragilizada: a experiência do cuidador da criança nascida exposta ao HIV. **Texto contexto enferm.**, Santa Catarina, v. 24, n. 3, p. 775-783, 2015.
- AMMAR, D.; ACEVEDO, G.A.; CORDOVA, A. Affordances in the home environment for motor development: a cross-cultural study between american and lebanese children. **Child Development Research**, v. 2013, p. 1-5, 2013.
- ANDRADE, A. S. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 39, p.606-611, 2005.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n.6, p. 1000-7, 2014.
- BARROS, A. J. et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. **The Lancet.**, v. 379, n. 9822, p. 1225-33, 2012.
- BATISTELA, A. C. T. **Relação entre as oportunidades motora no lar e o desempenho motor de lactentes – um estudo exploratório**. [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Unimep, 2010, 102p.
- BORBA, L.S.; PEREIRA, K.R.G.; VALENTINI, N.C. Motor and cognitive development predictors of infants of adolescents and adults mothers. **J Phys Educ.**, v.28, n. e281, p.1-16, 2017.
- BRADLEY, R.; BURCHINAL, M.; CASEY, P. Early intervention: the moderating role of the home environment. **Appl Dev Sci.**, v. 5, p.2-9, 2001.
- BRASIL. **Código de Menores**. Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Agenda pela infância: 2015-2018**. Brasília, 2014.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 1990, Seção 1, p. 13563.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância- curso de capacitação- introdução: módulo 1**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 240p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 250p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, 2007. 180 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascir**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 80 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431690>>. Acesso em: 03 nov. 2017c.

_____. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015c, Seção 1, p 37.

_____. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Portaria Nº 2.395, de 07 de outubro de 2009**. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Humanização do Pré-Natal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2000, nº 110-E, Seção 1, p.4-6.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed, 4. imp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b. 68p.

BRONFENBRENNER, U. **Ecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Tradução André de Carvalho-Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BUENO, E. A.; CASTRO, A. A. M.; CHIQUETTI, E. M. S. Influência do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor de lactentes nascidos pré-termo. **Revista Neurociências**, v.22, n.4, p. 45-52, 2014; 22(1).

CAÇOLA, P. et al. Development of the affordances in the home environment for motor development - Infant Scale. **Pediatr. Int.**, v. 53, n. 6, p. 820- 825, 2011.

CAÇOLA, P. M. et al. Further Development and Validation of the Affordances in the Home Environment for Motor Development-Infant Scale (AHEMD-IS). **Physical Therapy**, v.95, n.6, p. 901-923, 2015a.

CAÇOLA, P. et al. The new affordances in the home environment for motor development – infant scale (AHEMD-IS): Versions in English and Portuguese languages. **Braz J Phys Ther**. v.19, n.6, p. 507-525, 2015b.

CORRER, M. T. et al. A disponibilidade de brinquedos no ambiente domiciliar representa oportunidades para o desenvolvimento motor de lactentes? **Temas sobre Desenvolvimento**, v.20, n.108, p. 25-29, 2014.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **R. Bras. Epidemiol.**, Brasília, v.9, n.1, p. 144-51, 2006.

COUTINHO, T. et al. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 563-569, 2010.

DEFILIPO, E. C. et al. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 4, p. 633-641, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p. 425-437, 2012.

DUARTE, M. G. et al. Desenvolvimento motor e fatores associados de crianças entre 36 e 42 meses em um contexto do baixo Amazonas. **J Phys Educ.**, v.27, n. e2751, p. 1-10, 2016.

FALBO, B.C.P. et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 148-54, 2012.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde das crianças no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-am. Enferm**, São Paulo, v. 12, n. 6, 2007.

FREITAS, T. C. B. et al. Family socioeconomic status and the provision of motor affordances in the home. **Braz J Phys Ther**, v.17, n.4, p. 327-327, 2013.

GABBARD C. **Lifelong motor developmental**. 5 ed. São Francisco: Benjamin Cummings, 2008.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.37, n.4, p. 43-50, 2003.

GIBSON, J. J. **The ecological approach to visual perception**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1986.

GIORDANI, L.G.; ALMEIDA, C. S.; PACHECO, A.M. Avaliação das oportunidades de desenvolvimento motor na habitação familiar de crianças entre 18 e 42 meses. **Motricidade**, v. 9, n. 3, p. 96-104, 2013.

GOMES, G. C. et al. Face singular do cuidado familiar à criança portadora do vírus HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.25, n.5, p. 749-754, 2012.

GUEDES, D. P. Crescimento e desenvolvimento aplicado à educação física e ao esporte. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v.25, p.127-40, 2011.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first five years for children in developing countries. **The Lancet**, v. 369, n. 9555, p.60-70, 2007.

GRECO, D.B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p.1553-1564, 2016.

HAYWOOD, K. M.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HIROSE, N. An ecological approach to embodiment and cognition. **Cognitive Systems Research**, v.3, n.3, p.289-299, 2002.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **História**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 14 out. 2017.

HSIEH, Y. H. et al. Psychometric properties of a Chinese version of the home environment measure for motor development. **Disabil Rehabil**, v.33, n.25-26, p. 2454-2463, 2011.

ILTUS, S. **Significance of home environments as proxy indicators for early childhood care and education**. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report, Strong foundations: Early childhood care and educations. Unesco; 2006.

JONES, J.F. The impact of impact factors and the ethics of publication. **Ir J Med Sci**, v.182, p. 541, 2013.

LAGE, J. B.; NASCENTES, G. A. N.; PEREIRA, K. Influência dos estímulos ambientais domiciliares na mobilidade de crianças com baixa visão: habilidade funcional e assistência do cuidador. **Rev Bras Oftalmol.**, v.75, n.4, p. 290-295, 2016.

LANGENDORF, T. F. et al. Rede de Apoio de Mulheres que Têm HIV: Implicações na Profilaxia da Transmissão Vertical. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, n.23, v.1, p.16-22, 2011.

LARA, M. M. et al. Percepção do familiar cuidador acerca dos problemas enfrentados pela criança frente o diagnóstico de HIV/Aids. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 4, p. e50882, 2017.

LERNER, R. M. **Concepts and theories of human development**. 3ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 2002.

MIQUELOTE, A. F. et al. Effect of the home environment on motor and cognitive behavior of infants. **Infant Behav Dev.**; v.35, n. 3, p.329-334, 2012.

MORI, S. et al. Influence of affordances in home environment on motor development of young children in Japan. **Hindawi Publishing Corporation**, Nasr City, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2013.

MURTA, A. M. et al. Cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização no desenvolvimento de crianças em creche. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, v. 21, 220-229, 2011.

NASCIMENTO, J. R. A. et al. Nível Socioeconômico e affordances do ambiente domiciliar: implicações para o desempenho motor infantil. **Rev Educ Fis**, v.25, n.4, p. 662-662, 2014.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. A fragilidade clínica e vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.2, p.182-90, 2008.

NOBRE, F. S. S. et al. Affordances em ambientes domésticos e desenvolvimento motor de pré-escolares. **Pensar Prat**, v.15, n. 3, p. 652-668, 2012.

NOBRE, F. S. S. et al. Análise das oportunidades para o desenvolvimento motor (affordances) em ambientes domésticos no Ceará – Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, v.19, n.1, p.9-18, 2009.

OLIVEIRA, S. M. S.; ALMEIDA, C. S.; VALENTINI, N. C. Programa de fisioterapia aplicado no desenvolvimento motor de bebês saudáveis em ambiente familiar. **Rev Educ Fis**, v.23, n. 1, p. 25-35, 2012.

OLIVEIRA, A. S.; CHIQUETTI, E.M.S.; SANTOS, H. Caracterização do desenvolvimento motor de lactentes de mães adolescentes. **Fisioter Pesqui**, v.20, n.4, p. 349-354, 2013.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual para vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005. 54 p.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Objetivos do desenvolvimento sustentável. Brasil, 2015.

PACHECO, B. P. et al. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 378-383, 2016.

PAULA, C.C. et al. Acompanhamento ambulatorial de crianças que tem HIV/aids: Cuidado centrado na criança e na família. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n.1, p. 196-201, 2012.

PEDROSA, C.; CAÇOLA, P.; CARVALHAL, M.I.M.M. Factors predicting sensory profile of 4 to 18 month old infants. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v.33, n.2, p.166-166, 2015.

PEREIRA, K. R. G.; VALENTINI, N. C.; SACCANI, R. Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. **Pediatrics International**, v.58, p. 1297–1306, 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre. ArtMed, 2011.

RODRIGUES, L.; GABBARD, C. Avaliação das oportunidades de estimulação motora presentes na casa familiar: Projecto affordances in the home environment for motor development. In BARREIROS, J.; CORDOVIL, R.; CARVALHEIRA, S. **Desenvolvimento Motor da Criança**. Lisboa: Edições FMH, 2007b. p. 51-60.

RODRIGUES, L. P.; SARAIVA, L.; GABBARD, C. Development and construct validation of an inventory for assessing the home environment for motor development. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 76, n. 2, p. 140-148, 2005.

SACCANI, R. et al. Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. **Pediatr Int**, v.55, n.2, p. 197-203, 2013.

SES-RS (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul). **Plano Estadual de Saúde 2009 - 2011**. Porto Alegre, 2009.

SEITZ, J. et al. Correlations between motor performance and cognitive functions in children born <1250g at school age. **Neuropediatrics**, v.37, n. 1, p.6-12, 2006.

SHERR, L. et al. The effects of caregiver and household HIV on child development: a community-based longitudinal study of young children. **Child Care Health Dev**. v.42, n. 6, p. 890-899, 2016.

SILVA, J. et al. Oportunidades de estimulação no domicílio e habilidade funcional de crianças com potenciais alterações no desenvolvimento. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, v.25, n.1, p. 19-26, 2015.

SILVA, W.R.; et al. Oportunidades de estimulação motora no ambiente domiciliar de crianças. **J Hum Growth Dev.**, v.27, n.1. p. 84-90, 2017.

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

SON, S. H.; MORRISON, F.J. The nature and impact of changes in home learning environment on development of language and academic skills in preschool children. **Dev Psychol.**, v. 46, n. 5, p. 1103-1118, 2010.

SOARES, E. S. et al. Análise das oportunidades de estimulação motora em ambientes domiciliares na região central do Rio Grande do Sul. **Rev Bras Educ Fís Esp**, v.29, n.2, p.278-288, 2015.

STOFFREGEN, T. A. Affordances and events. **Ecological Psychology**, v.12, n.1, p. 1-28, 2000.

STREHLAU, R. et al. HIV-associated neurodevelopmental delay: prevalence, predictors and persistence in relation to antiretroviral therapy initiation and viral suppression. **Child Care Health Dev**, v.42, n. 6, p. 881-889, 2016.

SUTO, C.S.S.; LAURA, T.A.O.F.; COSTA, E. L. Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n. 9, p. 3127-33, 2014.

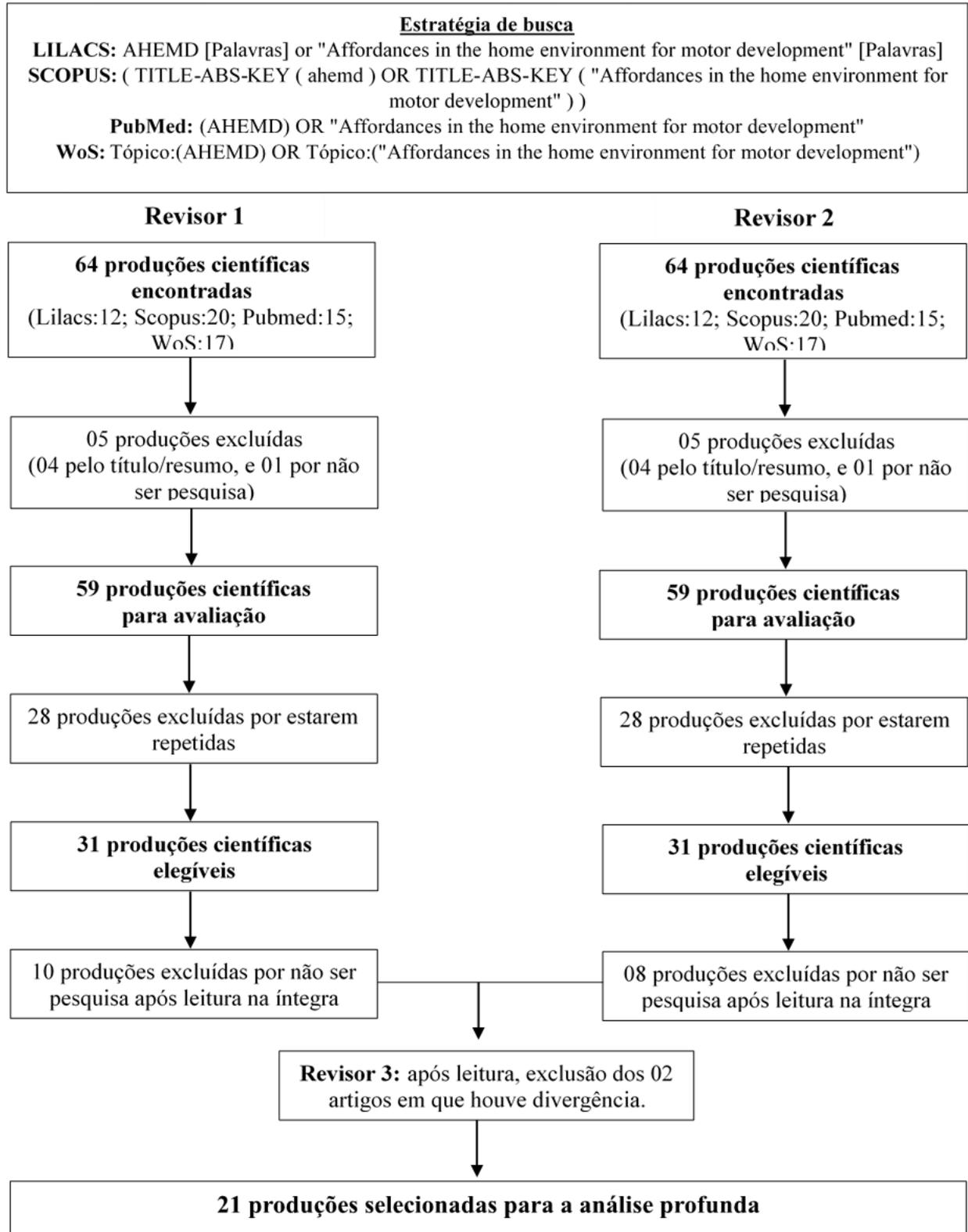
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 119-25, 2012.

ZOGHI, A.; SHOJAEI, M.; GHASEMI, A. The Impact of a Motor Affordance Intervention on Motor and Cognitive Development of Young Children. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v.1, n.8, 2015.

APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DAS PRODUÇÕES

Fluxograma de seleção das produções duplo independente com a estratégia de busca nas bases LILACS, SCOPUS, PubMed e WoS. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.



Fonte: autora.

APÊNDICE B – QUADRO DE SELEÇÃO DAS PRODUÇÕES

Criação / adaptação / validação do Instrumento AHEMD			
Referência por artigo (A)	Objetivo	Método	Síntese dos Resultados
A1 (RODRIGUES; SARAIVA; GABBARD, 2005)	Criar um instrumento de autorrelato dos pais para avaliar a qualidade e a quantidade de fatores (<i>affordances</i> e eventos) em casa que são favoráveis ao reforço do desenvolvimento motor de crianças com idades entre 18-42 meses.	Estudo metodológico. Local: Domicílio. Participantes: 18 especialistas e 321 famílias. Instrumento: AHEMD- SR.	AHEMD- SR é um instrumento válido e confiável para avaliar quão bem ambientes domiciliares podem potencializar e promover o desenvolvimento motor.
A2 (CAÇOLA et al., 2011)	Descrever o desenvolvimento e os testes psicométricos iniciais do AHEMD-IS, projetados para avaliar os domicílios de crianças de 3 a 18 meses.	Estudo metodológico. Locais: Creches públicas e privadas e domicílios. Participantes: 10 especialistas, 113 pais e 79 bebês. Instrumentos: AHEMD-IS, AIMS e o ABEP.	Os resultados sugerem que o AHEMD-IS tem confiabilidade e validade suficientes como instrumento para avaliar as oportunidades no ambiente doméstico.
A3 (CAÇOLA et al., 2015a)	Desenvolver e validar as <i>Affordances in the Home Environment for Motor Development-Infant Scale</i> (AHEMD-IS), um inventário que mede a quantidade e qualidade das <i>affordances</i> no ambiente domiciliar.	Estudo metodológico. Locais: Agências de saúde comunitárias e creches públicas e privadas em três estados brasileiros. Participantes: 17 expertises e 419 pais de crianças com idade entre 3 a 18 meses. Instrumento: AHEMD-IS.	A concordância média entre os especialistas foi de 95% em todos os critérios de avaliação. Após os valores dos coeficientes de correlação intraclasse e efeito de teto sobre três questões para a dimensão espaço interno e sobre três questões para a dimensão variedade de estimulação demonstraram a necessidade de redução do total de itens (de 41 para 35) e a combinação de dimensões espaciais. Após a remoção das questões, a consistência interna foi de 0,766 (IC 95%) para a pontuação total. As categorias globais de avaliação foram criadas como: menos do que adequado, moderadamente adequado, adequado e excelente. O AHEMD-IS é um instrumento confiável e válido para avaliar as oportunidades no ambiente doméstico.
A4 (HSIEH et al., 2011)	Examinar as propriedades psicométricas da versão chinesa do <i>Affordances in the Home</i>	Estudo metodológico. Local: Domicílio. Participantes: 115 díades pai e filho. Instrumentos: AHEMD-Toddler-C e o HOME.	As confiabilidades teste e reteste para AHEMD-Toddler-C foram adequadas, exceto para a subescala variedade de estimulação. Para convergência, os coeficientes de correlação entre AHEMD e HOME foram de 0,44 (p 50,05). As duas subescalas de brinquedos para motricidade do AHEMD demonstraram validade com a subescala material de aprendizagem do HOME e algumas variáveis

	<i>Environment for Motor Development - Toddler version</i> (AHEMD-Toddler-C) para crianças que se desenvolvem tipicamente (DT) ou que têm atrasos motores (MD).		familiares de crianças com atraso. A subescala espaço interno do AHEMD correlacionou-se com as variáveis familiares e a subescala espaço externo não teve correlação significativa com HOME ou variáveis familiares. O AHEMD-Toddler-C é uma nova opção de medida para explorar as relações entre o ambiente doméstico e desenvolvimento motor em países de língua chinesa. No entanto, as subescalas variedade de estimulação e espaço externo devem ser usadas com cautela.
Instrumento AHEMD-IS			
Referência	Objetivo	Método	Síntese dos Resultados
A5 (ALMEIDA et al., 2015)	Comparar as relações entre o desempenho motor e as características do ambiente familiar (espaço físico, atividades diárias, brinquedos) de lactentes residentes em duas regiões do Brasil, Norte (Marabá, PA) e Sudeste (Piracicaba, SP).	Estudo transversal. Locais: Município de Marabá (PA) e município de Piracicaba (SP). Participantes: 80 lactentes de 3 a 18 meses e suas respectivas famílias. Instrumentos: AHEMD-IS e AIMS.	Os grupos não diferiram quanto ao desempenho motor ($p > 0,05$). Houve diferenças significativas entre os grupos no que se refere à frequência em creches, à escolaridade paterna e ao número de quartos nas residências. Os resultados também indicaram diferenças significativas para as oportunidades no lar, com o grupo de Marabá obtendo pontuações significativamente menores na maior parte do AHEMD-IS: espaço externo ($p = 0,021$), brinquedos para motricidade fina ($p < 0,001$) e grossa ($p < 0,001$), e o escore total do AHEMD-IS ($p = 0,002$). Não foram encontradas diferenças entre os grupos nas atividades diárias e no espaço interno da residência. O desempenho motor e as oportunidades no ambiente domiciliar demonstraram uma correlação fraca para ambos os grupos.
A6 (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015)	Identificar os fatores ambientais preditores do perfil sensorial de lactentes dos quatro aos 18 meses de idade.	Estudo Transversal. Local: sete creches de Vila Real, Portugal. Participantes: amostra 1: 97 bebês, com uma média de idade de 12 meses, a amostra 2: 97 pais e a amostra 3: 11 educadoras de infância de sete creches. Instrumentos: TSFI e AHEMD-IS.	As oportunidades de estimulação na habitação foram classificadas como suficientes e nas creches foram avaliadas como boas. O domínio espaço físico interno foi o mais pontuado. Tal como na residência, foram os brinquedos para a motricidade grossa e fina que receberam a pontuação média mais baixa mesmo assim inserida na classificação de boas <i>affordances</i> . Os resultados da regressão revelaram que apenas os fatores “horas diárias na creche” e “espaço exterior de creche” influenciaram o perfil sensorial dos bebês, notadamente o controle oculomotor.
A7 (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013)	Caracterizar o desenvolvimento motor e as oportunidades ambientais de lactentes de mães adolescentes, bem como comparar o desenvolvimento motor dos lactentes que moram com as avós com o desenvolvimento dos que moram apenas com os	Estudo transversal. Local: domicílio. Participantes: 17 lactentes de ambos os sexos, com idade entre 3 e 12 meses, divididos em 2 grupos. Instrumentos: AIMS e AHEMD-IS.	A maioria dos lactentes filhos de mães adolescentes (58,82%) apresentou um desenvolvimento motor normal. Em relação às oportunidades ambientais analisadas por meio do AHEMD-IS, todas as residências apresentaram baixa oportunidade para o desenvolvimento motor. Quanto às dimensões do AHEMD-IS todas foram classificadas como muito fracas. Não se observaram correlações do desempenho motor e oportunidades ambientais pelo teste de Pearson ($p = 0,1665$).

	pais.		
A8 (FREITAS et al., 2013)	Avaliar a disponibilidade de <i>affordances</i> no domicílio para promover o desenvolvimento motor infantil e status socioeconômico da família.	Estudo transversal. Local: comunidade, faculdades e creches. Participantes: 300 famílias que continham 146 meninas e 154 meninos entre 3 e 18 meses de idade. Instrumentos: AHMED-IS e o ABEP.	A maioria das crianças nunca havia frequentado nenhuma creche (65,2). A maioria das famílias (82%) residia em casas e foram categorizadas nos níveis superiores das classes socioeconômicas. Na maioria dos casos (63%), os dois pais eram os únicos adultos que viviam no domicílio e os bebês da amostra eram a única criança (63%). A maioria dos pais tinha concluído o ensino médio (mães: 66,2%, pais: 76,2%) e o restante da amostra tinha um diploma universitário (mães: 33,8%, pais: 23,8%). As variáveis socioeconômicas influenciaram significativamente a disponibilidade de espaço físico e brinquedos. As atividades diárias não foram influenciadas por nenhum dos indicadores socioeconômicos. Atividades diárias e brinquedos foram influenciados pela idade da criança, onde lactentes mais velhos eram mais estimulados e tinham mais brinquedos.
A9 (BUENO; CASTRO; CHIQUETTI, 2014)	Avaliar a influência do ambiente familiar do desenvolvimento motor de crianças prematuras.	Estudo descritivo, analítico, quantitativo. Local: Domicílio. Participantes: 21 lactentes e 18 mães. Instrumentos: AIMS, AHMED-IS e o ABEP.	A maioria era filho único (42,84%) e 14,28% não contavam com a presença paterna. Ao nascerem, 12 lactentes necessitaram de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Nenhuma das mães relatou ter recebido orientações sobre como estimular adequadamente seu filho ou fazer parte de algum programa de acompanhamento. A maioria dos lactentes permaneceu sob os cuidados da mãe, apenas 9,52% frequentaram creche pelo menos por seis meses, estando essas dentro dos lactentes que obtiveram um desempenho superior na AIMS. A análise da proporção do desenvolvimento motor avaliados pelas variáveis das escalas de AIMS e AHMED- IS apresentou diferença ($p=0,02$) na dimensão “brinquedos”, onde os lactentes com desenvolvimento alterado pertenciam tanto às categorias “muito fraco e fraco” quanto à “bom e muito bom” de estímulos com brinquedos.
A10 (SACCANI et al., 2013)	Examinar a relação entre fatores de risco biológicos selecionados e <i>affordances</i> ambientais para desenvolvimento motor entre os recém-nascidos com idade até 18 meses.	Estudo longitudinal. Locais: Domicílio, creches e centro de saúde. Participantes: 561 lactentes e respectivos pais. Instrumentos: AIMS e AHMED-IS.	Foram observadas associações positivas e significativas, mas fracas para a renda familiar ($t = 0,21$, $p = 0,002$) e educação materna ($t = 0,28$, $p < 0,001$). Interação dos pais com os bebês, permitindo-lhes escolher brinquedos ou atividades físicas ($c2 = 13,6$, $p = 0,009$), estimular o alcance e o apego ($c2 = 10,4$, $p = 0,03$); ($C2 = 11,6$, $p = 0,02$), e as palavras de ensinamento de movimento ($c2 = 13,4$, $P = 0,009$), foram significativas ($r = 0,25$, $p = 0,003$). O número de brinquedos para motricidade fina disponíveis ($r = 0,28$, $p = 0,001$) e brinquedos para motricidade grossa disponíveis ($r = 0,25$, $p = 0,003$), bem como o brincar com outras crianças ($c2 = 13,66$, $p = 0,008$), e o espaço físico interno ($c2 = 21,1$, $p = 0,007$), estavam significativamente relacionados ao desenvolvimento motor. Em contraste, foram observadas correlações negativas, mas significativas, para o número de crianças no mesmo domicílio ($t = -0,19$, $p = 0,01$) e quanto tempo a criança foi transportada durante o dia ($t = -0,20$, $p = 0,003$). Os fatores ambientais associados ao desenvolvimento motor mudaram com o aumento da idade. Após um ano de idade, o desenvolvimento motor estava positivamente relacionado com o ambiente físico e a assistência à creche foi negativamente relacionada ao desenvolvimento motor

			($p = 0,004$ e $p = 0,009$, respectivamente). A regressão linear com resultados de extração reversa indicou que as variáveis positivamente associadas ao desfecho do desenvolvimento motor infantil foram: espaço físico interno; brincadeiras sobre partes do corpo; e o rendimento familiar. O modelo foi significativo ($0,268$, $F(4,105) = 9,59$, $p < 0,0001$) e, em conjunto, as <i>affordances</i> domiciliares explicaram 27% da variação do desenvolvimento motor.
A11 (DEFILIPO et al., 2012)	Avaliar as oportunidades presentes no ambiente doméstico para o desenvolvimento motor de lactentes.	Estudo transversal. Local: domicílio. Participantes: 239 lactentes e suas famílias. Instrumentos: AHEMD-IS, o ABEP e o Stanford-Binet Intelligence Scale (fifth Edition).	A média do escore total do AHEMD-IS foi 46,9 para a idade de três a nove meses e 61,9 para a idade de dez a 18 meses. Para a faixa etária de três a nove meses, análise bivariada, lactentes que eram o segundo filho e que possuíam melhores níveis econômicos apresentaram melhores oportunidades de estimulação motora no domicílio. Para a faixa etária de dez a 18 meses, análise bivariada, lactentes que conviviam sempre com o pai, residiam em domicílios com cinco pessoas ou mais, cujo pai era o chefe da família, cuja mãe vivia em união estável e cujas famílias possuíam maiores condições socioeconômicas apresentaram melhores oportunidades para o desenvolvimento motor presentes no domicílio.
A12 (MEQUELOTE et al., 2012)	Avaliar a associação entre <i>affordances</i> no domicílio para o desenvolvimento motor e o comportamento cognitivo infantil.	Estudo longitudinal. Locais: Agências de e creches públicas e privadas em uma área metropolitana do Estado de São Paulo, Brasil. Participantes: 32 crianças e seus respectivos pais. Instrumentos: HOME, AHEMD-IS e o Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition.	Tanto na 1ª quanto na 2ª avaliação, os que completaram o inventário responderam que estavam casados ou viviam juntos como parceiros domésticos. 94% em casas e 84% viviam com menos de R\$ 2000 por mês. Em relação à educação materna 66% concluíram o ensino médio em referência aos pais, 22% completaram o ensino médio ou menos, 75% dos pais concluíram o ensino médio. A maioria dos participantes era filho único (72%). Todas as crianças frequentavam creches regularmente. Valores AHEMD-IS para pontuação total e dimensões mostraram grande variabilidade de oportunidades oferecidas no ambiente doméstico com a 1ª e 2ª avaliações. Total de pontuação na primeira avaliação foram significativamente relacionados com pontuações totais na 2ª avaliação, $r(30) = 0,81$, $p < 0,01$. Correlações entre as duas avaliações longitudinais dentro de dimensões AHEMD-IS demonstrando correlações fortes (acima de 0,60), com exceção das atividades diárias, revelando uma correlação moderadamente positiva, $r(30) = 0,44$, $p < 0,01$. Os resultados globais revelaram mudanças significativas das <i>affordances</i> ao longo do tempo ($d = 0,65$). Espaço externo teve poucas mudanças ($d = 0,28$), brinquedos algumas ($d = 0,45$) e atividades diárias apresentaram variação considerável ($d = 1,25$). Testes t revelaram que pontuações na 2ª avaliação foram significativamente maiores do que no 1ª avaliação, para a pontuação total do AHEMD-IS, $t(31) = -6,02$, $p < 0,01$, e as dimensões atividades diárias, $t(31) = -6,58$, $p < 0,05$, e brinquedos, $t(31) = -4,23$, $p < 0,01$. Os resultados indicaram uma correlação moderadamente positiva entre o desempenho motor global no 1ª avaliação e atividades diárias (AHEMD-IS) na segunda avaliação, $r(30) = 0,351$, $p < 0,05$. Uma correlação semelhante foi indicada entre o brinquedos com a 1ª avaliação e desempenho motor fino na 2ª avaliação, $r(30) = 0,352$, $p < 0,05$. Além disso,

			AHEMD-IS pontuação total na 1ª avaliação foi significativamente relacionado com o bom desempenho motor na 2ª avaliação, $r(30) = 0,395$, $p < 0,05$. Nenhuma das dimensões do AHEMD-IS dimensões foram relacionados ao desenvolvimento cognitivo, porém, houve uma relação moderadamente positiva entre o desempenho motor apendicular no 1º avaliação e desenvolvimento cognitivo mais tarde, $r(30) = 0,428$, $p < 0,05$.
A13 (PEREIRA; VALENTINI; SACCANI, 2016)	Investigar os efeitos do conhecimento e das práticas maternas, do ambiente domiciliar e dos fatores biológicos sobre os resultados motores e cognitivos dos lactentes.	Estudo de coorte e prospectivo (longitudinal). Local: Creches públicas. Participantes: 49 lactentes e seus cuidadores. Instrumentos: AIMS, Bayley Scale of Infant Development (Mental Development Scale), DAIS, AHEMD-IS e o KIDI.	O número de brinquedos em casa aumenta significativamente ao longo do tempo, paralelamente ao aumento da renda familiar mensal. À medida que a assistência à infância cresce; também, a diversidade de experiência, brinquedos para manipular e mais independência para mover foram fornecidos. Diversos fatores permaneceram fortemente nos modelos ao longo do tempo tais como: contagens motoras e cognitivas do desenvolvimento, renda familiar, práticas e instrução paternal, e tempo da assistência da creche. Ao considerar o desenvolvimento motor como resultado, a cognição foi o fator que permaneceu fortemente nos modelos nas três avaliações. Maior desempenho motor foi observado para os lactentes que foram colocados por suas mães em mais posições independentes na primeira avaliação. O sexo permaneceu no modelo, mas não foi significativo. Ao considerar o desenvolvimento cognitivo como o resultado, o conjunto de variáveis que permaneceu no modelo aumentou. Nos três períodos de avaliação, observaram-se maiores escores cognitivos para os lactentes com melhor desempenho motor. O sexo, a educação dos pais e as práticas maternas em relação à colocação de bebês foram associados ao desfecho cognitivo em dois períodos de avaliação (A1 e A2). No terceiro período de avaliação (A3), mais brinquedos e diversidade no espaço físico foram associados a maiores pontuações cognitivas. As pontuações cognitivas mais elevadas também estiveram diretamente associadas à frequência à creche e às práticas maternas e, inversamente, ao emprego parental. Embora não significativas, essas variáveis permaneceram no modelo e ajudaram a explicar a variabilidade nos escores de cognição.
Instrumento AHEMD-SR			
Referência	Objetivo	Método	Síntese dos Resultados
A14 (NOBRE et al., 2012)	Verificar a correlação entre as oportunidades de estimulação motora no ambiente doméstico e o nível de desenvolvimento motor (DM) em 12 pré-escolares de 36 a 42	Estudo Correlacional. Local: Município de Várzea Alegre, localizado na região centro-sul do estado do Ceará, Região Nordeste, Brasil. Participantes: 12 crianças de 36 e 42 meses (7 meninos e 5 meninas) com seus respectivos pais.	Independentemente do gênero, a maior parte das residências se enquadraram nas classificações fraca (25%) e muito fraca (50%) para espaço exterior. Para espaço interior a maioria dos lares apresentou classificação muito boa (58,3%). No fator variedade de estimulação constatou-se prevalência de baixas oportunidades para o desenvolvimento motor. Independentemente do gênero, as crianças situaram-se majoritariamente entre uma classificação fraca e muito fraca, dos lares que tinham meninos situaram-se entre muito ruim e ruim, e nos que tinham meninas exibiram resultados piores, com 60% delas classificadas na condição muito ruim. Referente

	meses de idade.	Instrumentos: AHEMD-SR e o TGMD2.	<p>aos materiais para motricidade 91,7% dos lares demonstraram valores insatisfatórios para o desenvolvimento da motricidade fina, e 83,3% com prejuízos para o desenvolvimento da motricidade grossa. Na distribuição do AHEMD total, 50% dos ambientes domésticos pesquisados apresentaram uma classificação baixa e 50% uma classificação média, as quais se caracterizaram por poucas e razoáveis oportunidades para o desenvolvimento motor das crianças. Ao considerar a relação entre o desempenho motor e as affordances do contexto familiar foi possível observar correlações moderadas envolvendo a variedade de estimulação e galope ($r = 0,491$), o material de motricidade grossa e passada ($p = 0,456$), o espaço exterior e a habilidade de rebater ($r = 0,580$), variedade de estimulação e quicar ($p = 0,554$); material de motricidade fina e pegada ($r = 0,435$); material de motricidade fina e rolar a bola ($r = 0,485$); material de motricidade grossa e chute ($r = 0,435$) e, uma correlação alta para material de motricidade grossa e rolar a bola ($r = 0,721$). Os resultados do presente estudo apontaram para uma correlação baixa e negativa entre o AHEMD total e o Coeficiente Motor Amplo do TDMG 2 ($r = 0,058$). Após regressão linear para essas variáveis que mostraram correlação entre as escalas do AHEMD e os subtestes do TDMG 2, foi possível afirmar que 47,7 % na variação da habilidade de rolar pode ser explicada pela presença de materiais de motricidade grossa, assim como, 46% da variação da habilidade de quicar pode ser explicada pela variedade de estimulação.</p>
A15 (SOARES et al., 2015)	<p>Analisar a qualidade dos ambientes domiciliares na região central do Rio Grande do Sul para a ocorrência de oportunidades de estimulação motora.</p>	<p>Estudo descritivo e quantitativo. Local: 26 instituições públicas e privadas de educação infantil. Participantes: 410 famílias de crianças em idades entre 18 a 42 meses, sendo 198 meninas e 212 meninos. Instrumento: AHEMD-SR.</p>	<p>A análise dos dados indica que a maior parcela (60,97%) das residências avaliadas obteve classificação final “Média”. Os melhores escores foram observados no espaço interior das residências com 78% da amostra na classificação “Muito Bom”. Em contrapartida, os escores mais baixos do estudo foram em relação à provisão de materiais de motricidade fina e grossa (64,4% e 65,1% respectivamente), ambos com a maior parcela da amostra concentrada na classificação “Muito Fraco”. A análise de variância evidenciou que o grau de escolaridade foi significativamente diferente no AHEMD-SR total tanto para os pais ($f = 31,325$; $p = 0,000$), quanto para as mães ($f = 32,831$; $p = 0,000$). Ao observar as médias é possível perceber que quanto mais alto o nível de escolaridade dos pais, mais alto foi o escore do AHEMD-SR total. A análise estatística através da comparação das médias revelou uma diferença significativa ($f = 24,575$; $p = 0,000$) a favor das famílias com maior rendimento mensal. Ao observar as médias referentes ao AHEMD-SR total é possível notar que esses valores aumentam conforme aumenta o rendimento mensal da família.</p> <p>A análise da diferença entre sexos revelou que existe uma diferença significativa apenas nos itens avaliados materiais manipulativos ($p = 0,00$), materiais locomotores ($p = 0,00$) e materiais de exploração global ($p = 0,01$).</p>
A16	Verificar a associação	Estudo transversal.	Quase dois terços (74,1%) dos lactentes ou pré-escolares não frequentavam creche

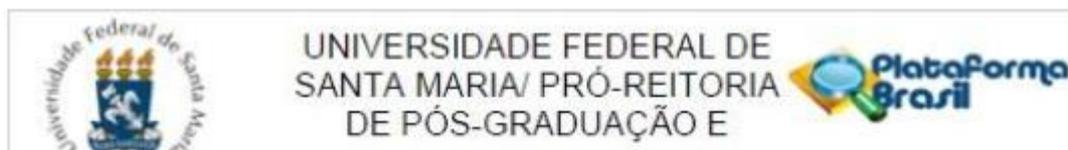
(SILVA et al., 2015)	entre habilidade funcional de mobilidade e oportunidade de estímulos domiciliares de crianças com fatores de risco, e se esta é afetada por fatores biológicos e socioeconômicos.	Local: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Participantes: 112 lactentes e pré-escolares com idade entre 18 e 42 meses e pelo menos um fator de risco para alteração no desenvolvimento e seus respectivos pais. Instrumentos: AHEMD-SR e o PEDI.	ou escola e quase metade (45,5%) apresentou diagnóstico de alguma alteração que pode influenciar o desenvolvimento. Os diagnósticos mais frequentemente relatados foram alterações respiratórias (asma, rinite e sinusite). A idade das mães no momento da coleta de dados variou entre 16 e 47 anos, destas, 47,3% concluíram o ensino médio. As famílias eram majoritariamente das classes C1 e C2 (42,9% e 33,9%), tendo renda mensal inferior a R\$ 1.000,00 (42,9%). A classificação Total do AHEMD-SR predominou “nível médio” de presença de oportunidades de estimulação domiciliar em mais de dois terços dos participantes (74,1%). Na dimensão espaço interno a maioria dos participantes apresentaram classificação “bom/ muito bom” (87,5%), enquanto que na motricidade fina e grossa, “fraco/ muito fraco” (93,8%). Os escores normativos do PEDI apresentaram maior variabilidade entre os participantes que apresentavam na dimensão espaço físico interno e motricidade grossa do AHEM-SR classificação, respectivamente, “boa ou muito boa” e “fraca ou muito fraca” oportunidades de estímulos domiciliares.
A17 (NASCIMENTO et al., 2014)	Analisar o impacto do nível socioeconômico (NSE) sobre o desempenho motor mediado pelas <i>affordances</i> do ambiente domiciliar de crianças com idade média de 42 meses.	Estudo transversal. Local: 54 Centros Municipais de Educação Infantil na região metropolitana de Maringá-PR. Participantes: 86 crianças e respectivos pais. Instrumentos: AHEMD-SR, ABEP e o MABC-2.	Em relação ao nível socioeconômico familiar das crianças, verificou-se que de uma forma geral as crianças podem ser consideradas pertencentes às famílias com nível de poder aquisitivo médio. Em relação às <i>affordances</i> do ambiente domiciliar houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos apenas nas subescalas de Espaço Interior ($p=0,026$) e Materiais de Motricidade Fina ($p=0,001$), indicando que as crianças de classe média alta possuem mais oportunidades motoras dentro de casa, além de possuírem maior quantidade de brinquedos relacionados à motricidade fina. Não foi encontrada diferença significativa nas subescalas do desempenho motor ($p>0,05$). Verificou-se que as crianças pertencentes às famílias de classe média alta possuem maior quantidade de brinquedos em comparação às crianças de classe média baixa, especificamente em relação aos bonecos de faz de conta ($p=0,002$), puzzles ($p=0,005$), jogos ($p=0,026$), brinquedos educacionais ($p=0,009$) e brinquedos diversificados ($p=0,004$). Não houve diferença significativa ($p>0,05$) nas tarefas do desempenho motor entre os dois grupos. Ao testar um modelo com o efeito direto do NSE para o desempenho motor, além da mediação da qualidade do ambiente domiciliar embora encontraram-se valores baixos, estes mostram que a mediação pelas <i>affordances</i> do ambiente domiciliar alteram a relação, de negativa para positiva, entre o nível socioeconômico e o desempenho motor infantil.
A18 (OLIVEIRA; ALMEIDA; VALENTINE, 2012)	Avaliar as alterações existentes no desenvolvimento motor de bebês a partir de orientações aos pais e ou	Estudo longitudinal. Local: Domicílio. Participantes: 22 bebês entre dois e 16 meses de idade e seus pais. Instrumentos: AHEMD-SR AIMS.	11 bebês participaram do grupo Interventivo (GI) e onze do grupo Controle (GC). Houve resultado significativo na comparação do pré para o pós-intervenção no GI ($p= 0,031$) na questão de a criança ter um lugar para brincar e os bebês do grupo interventivo terem a possibilidade de escolher mais seus brinquedos em relação aos bebês do GC, até mesmo antes de iniciar o programa ($p=0,021$). Houve diferença

	cuidadores em um programa interventivo de fisioterapia no contexto familiar.		significativa no número de brinquedos de motricidade fina no pré para o pós do GI ($p=0,047$).
A19 (NOBRE et al., 2009)	Analisar as oportunidades para o desenvolvimento motor em ambientes domésticos de diferentes níveis socioeconômicos no Estado do Ceará, Brasil.	Estudo transversal. Local: Domicílio. Participantes: 128 responsáveis pela tutela de crianças com idade entre 18 e 42 meses. Instrumento: AHEMD-SR.	Houve diferenças significativas a favor dos pais e das mães de lares com maior renda, apontando para um melhor nível de escolaridade das mulheres, independentemente do nível econômico. Verificou-se que, independentemente do nível econômico, a classificação foi muito fraca e fraca para a variável espaço exterior; o mesmo não ocorrendo no item espaço interior, de que ambos os grupos obtiveram classificação boa e muito boa, havendo no entanto uma melhor classificação para o grupo de melhor poder aquisitivo nas duas variáveis. Constatou-se que no item variedade de estimulação 65,9% dos lares obtiveram classificações boa e muito boa nessa subescala. Independente do nível econômico, ambos os grupos obtiveram resultados catastróficos, não atendendo ao critério de referência para os brinquedos de motricidade motricidade grossa e motricidade fina. Das residências pesquisadas, 53,5% tiveram uma pontuação baixa e 46,5% média, não sendo encontrado em nenhuma residência um nível alto de oportunidades para o desenvolvimento motor das crianças. O teste Qui-Quadrado apontou diferenças significativas a favor do grupo com renda mensal superior a R\$1.000, nas variáveis espaço exterior ($p = 0,013$) e espaço interior ($p = 0,022$).
A20 (ZOGHI; SHOJAEI; GHASEMI, 2015)	Avaliar o impacto de uma intervenção motora sobre desenvolvimento motor e cognitivo.	Ensaio clínico randomizado. Local: Cidade de Qouchan, Iran. Participantes: 46 crianças, com idades entre 24-42 meses foram selecionados aleatoriamente. Instrumentos: AHEMD-IS, DDTS e o Stanford-Binet Intelligence Scale (fifth Edition).	Mais da metade dos participantes (56%) no grupo de intervenção era de baixo status socioeconômico. No entanto, no grupo de controle os participantes eram da classe média (47%) na mesma proporção, 60% das crianças no grupo controle-creche também tinham status socioeconômico médio. Em comparação com o pré-teste, o conjunto o índice AHEMD no pós-teste apresentou aumento de 5,14% no grupo de intervenção, 1,94% no grupo de controle e 1,22% no grupo controle-creche. Os resultados mostraram que a inteligência verbal média após a intervenção aumentou 30,60% no grupo de intervenção, 16,34% no grupo controle e 20,90% no grupo controle-creche. Durante o teste da segunda etapa, a inteligência não-verbal também aumentou 8,00% no grupo de intervenção, 7,09% no grupo controle e 3,32% no grupo controle-creche. O desenvolvimento cognitivo global aumentou em 19,37% no grupo intervenção, 12,15% no grupo controle e 12,14% no grupo controle-creche. Os resultados mostraram que a intervenção no pós-teste tinha impactado a inteligência verbal e não verbal simultaneamente (valor $P = 0,001$) e desenvolvimento cognitivo (valor $P = 0,005$). No entanto, com análise separada foi demonstrado que isso só foi significativo para a inteligência verbal (valor $P = 0,00$). Os principais achados foram que a intervenção motora apresentou um efeito positivo no desenvolvimento físico, motor e cognitivo fino (QI verbal sub-escala) pois tanto no grupo intervenção, grupo controle e grupo controle-

			creche houve aumento nos resultados encontrados para os instrumentos utilizados em relação ao pré e pós teste.
A21 (LAGE; NASCENTES; PEREIRA, 2016)	Analisar e correlacionar a influência dos estímulos presentes no ambiente domiciliar nas habilidades funcionais e no nível de assistência do cuidador na mobilidade de crianças com baixa visão e visão normal.	Estudo transversal e analítico. Local: Instituições para crianças com baixa visão e escolas de educação infantil em Minas Gerais. Participantes: 14 crianças (07 com baixa visão, e 07 com visão normal), de 24 a 42 meses, de ambos os sexos, e os seus pais. Instrumentos: AHEMD-SR e o PEDI.	Verificou-se diferença significativa entre as crianças com baixa visão e visão normal, nas motricidades fina (U=7,5; p=0,024) e grossa (U=7,5; p=0,024) e no Apesar da diferença significativa no AHEMD total entre as crianças com baixa visão (11,43 ± 0,79) e com visão normal (14,14± 2,41), ambas receberam a classificação “média” para as oportunidades de estimulação do ambiente domiciliar. Houve diferença significativa entre as crianças com baixa visão e com visão normal no tocante a materiais de motricidade fina: bonecos de faz de conta (t=2,836; p=0,015) e brinquedos educacionais (t=2,411; p=0,033); e na motricidade grossa: materiais musicais (t=3,238; p=0,007) e manipulativos (U=7,5; p=0,027). Não houve correlação do PEDI na área de mobilidade (habilidades funcionais e assistência do cuidador) e o AHEMD total para as crianças com baixa visão e visão normal.

AHEMD-IS: *Affordances in the Home Environment for Motor Development– Infant Scale*; AHEMD-SR: *Affordances in the Home Environment for Motor Development– Self Report*; AIMS: *Alberta Infant Motor Scale*; ABEP: Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; HOME: *Home observation for measurement of the environment*; TSFI: *Test of Sensory Functions in Infants*; DAIS: *Daily Activities Scale of Infants*; KIDI: *Knowledge of Infant Development Inventory*; TGMD2: *Test of Gross Motor Development 2*; PEDI: *Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção*; MABC -2: *Movement Assessment Battery for Children – 2*; DDST: *Denver Developmental Screening Test*.

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50609615.1.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.348.256

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Departamento de Enfermagem/UFSM.

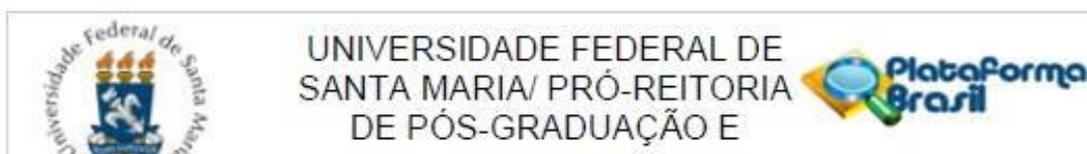
Trata-se de um estudo transversal a ser desenvolvido com 80 cuidadores de crianças HIV de até 12 meses, que estejam em acompanhamento de saúde. Para coleta dos dados serão aplicados os instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica; Affordances in the home environment for motor development; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Instrumento de manejo familiar; Escala de satisfação com o suporte social. Além da construção de ecomapa e genograma para avaliação da estrutura e interações da família da criança exposta ao HIV.

Será realizada análise estatística com auxílio do Programa Predictive Analytics SoftWare (PASW) versão 18.0 for windows.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 12 meses de idade, que estejam em acompanhamento em serviço de saúde.

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



Continuação do Parecer: 1.348.256

Objetivos secundários: a) Caracterizar os cuidadores quanto ao perfil sociodemográfico e clínico; b) Caracterizar as crianças expostas ao HIV quanto ao perfil clínico e nutricional; c) Analisar o desenvolvimento motor das crianças expostas ao HIV; d) Avaliar os fatores de risco para atraso no desenvolvimento das crianças expostas ao HIV; e) Avaliar a capacidade de cuidadores para administração de medicamentos; f) Avaliar a capacidade de cuidadores para preparar e administrar a alimentação da criança; g) Avaliar a capacidade de cuidadores para garantir a adesão ao acompanhamento clínico e imunização; h) Avaliar o manejo familiar de criança exposta ao HIV; i) Avaliar a satisfação com o suporte social do cuidador da criança exposta ao HIV; j) Avaliar a composição e estrutura familiar da criança exposta ao HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

Benefícios: os benefícios da pesquisa para os entrevistados serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde das crianças verticalmente expostas ao HIV.

Riscos: este estudo não implica em risco para sua saúde ou da criança, entretanto, poderá ocasionar mobilização de sentimentos, e se necessário você tem assegurado o direito ao atendimento por profissionais de saúde do serviço no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Você precisa de disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, e se desejar pode interromper sua participação a qualquer momento."

Considerando-se as características do projeto, esta descrição pode ser considerada suficiente.

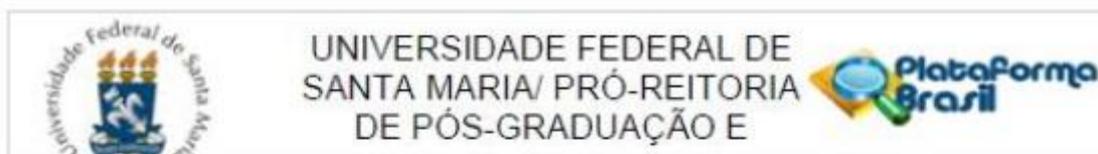
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

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



Continuação do Parecer: 1.348.256

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas nos pareceres anteriores foram resolvidas de modo suficiente.

Deve-se incluir no TCLE, em nota de rodapé, o endereço postal completo do CEP, tal como aparece no TC.

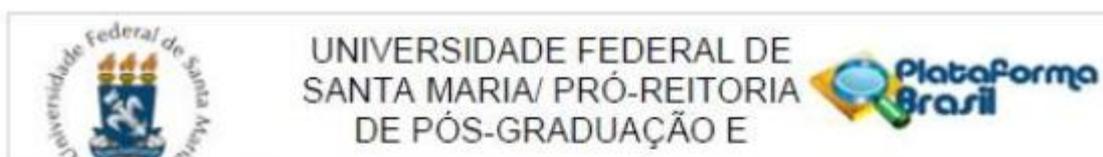
Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_615976.pdf	02/12/2015 11:48:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.doc	02/12/2015 11:48:08	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/12/2015 11:46:29	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	REGISTRO_PROJETO.pdf	28/10/2015 10:53:12	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	REGISTRO_SIE.pdf	28/10/2015 10:52:25	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autoriz_Municip.pdf	28/10/2015 10:51:51	CRISTIANE CARDOSO DE	Aceito

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



Continuação do Parecer: 1.348.256

Outros	Autoriz_Municip.pdf	28/10/2015 10:51:51	PAULA	Aceito
Outros	AUTORIZ_HUSM.pdf	28/10/2015 10:50:52	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	26/10/2015 16:06:18	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta.pdf	26/10/2015 15:45:58	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/10/2015 15:39:10	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CAPACIDADE.pdf	26/10/2015 15:36:47	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 02 de Dezembro de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

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

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

AUTORIZAÇÃO

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

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

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

Santa Maria, 30 de setembro de 2015.


Flávia Gorniat
Secretaria Municipal de Saúde
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Portaria Nº 2048202/1565

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

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

HUSM do Hospital Universitário de Santa Maria

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS

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

Pesquisador: CRISTIANE CARDOZO DE PAULA Função: DOCENTE

SIAPE: 1543579 Telefone: (51) 99993282 Unidade/Curso: CCS/ufsmag E-mail: car_depaula@ufsm.br

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

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA: TCC Especialização Dissertação Tese Iniciação Científica Não Acadêmica

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

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

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

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

Cristiane de Paula
 Pesquisador Responsável

Drª Cristiane Cardoso de Paula
 Professora Dep. Enter
 CCS - UFSM
 COREN - RS 110149

Avaliação e Aprovação Setorial

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

Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>ambulatorio ala A e B</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<u>ambulatorio ala C/ped</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<u>ambulatorio ala C/PN</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<u>unidade dispensação medic</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>[Assinatura]</u> Jôndia Sala Andrade Farmacêutica - CRF/RS 3861 Serviço de Farmácia - HUSM SIAPE 8382336
<u>unidade internação ped</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

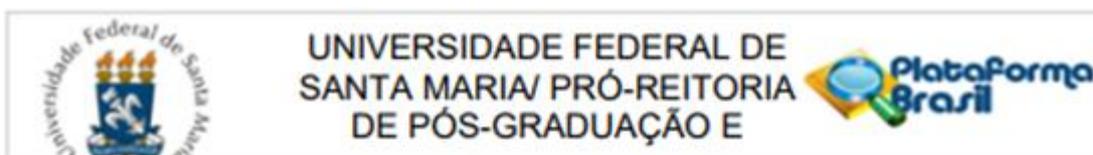
PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: De acordo com o hospital Data: 05/10/15

PARECER do CEP / UFSM

Prof. Suzana Sívina da Silveira
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSERM
 SIAPE 1146755

Assinatura e Carimbo
 Data: 05/10/15

ANEXO D - EMENDA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 50609615.1.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.963.382

Apresentação do Projeto:

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

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

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

Bairro: Camobi

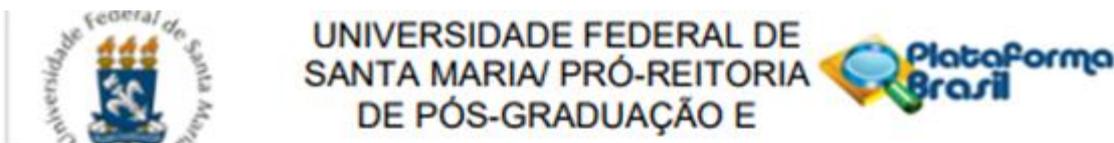
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.963.382

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

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

Objetivo da Pesquisa:

-

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

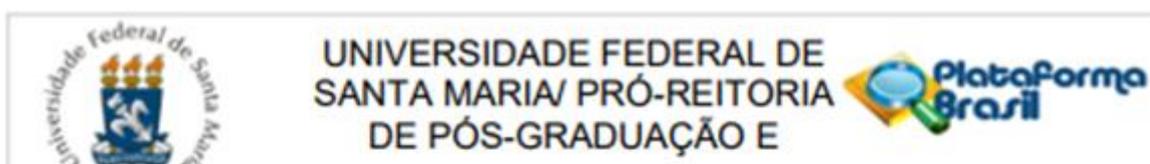
Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

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



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

Continuação do Parecer: 1.963.382

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

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

Bairro: Camobi

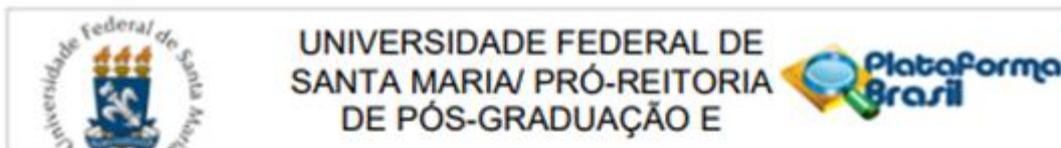
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.963.382

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 14 de Março de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

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

ABEXO E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

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

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a. Cristiane Cardoso de Paula.

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

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

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, Casa 13 de Maio e os serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS/BR.

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

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

Santa Maria,dede 20.....

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Cuidadores³

Nº do instrumento: _____

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

Objetivo do estudo: Avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 18 meses de idade.

Pesquisador (es) responsável (is): Prof^ªDr^a Cristiane Cardoso de Paula.

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

Locais da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, Casa 13 de Maio e os serviços de Atenção Primária a Saúde do município de Santa Maria/RS/BR

Prezado (a) Senhor (a):

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

Procedimentos: Sua participação compreenderá responder um instrumento para avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 18 meses de idade, que estejam em acompanhamento em serviço de saúde, compondo um banco de dados de pesquisa. A entrevista será realizada, preferencialmente, no serviço de saúde onde você leva a criança para consulta e contamos com cerca de 30 minutos da sua atenção.

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

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

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

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

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do cuidador

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do entrevistador

Dr^a. Cristiane Cardoso de Paula - pesquisadora responsável
Telefone: (55) 32208938 ou (55) 99993282

³ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

ANEXO G – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

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

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

Local: _____ Município: _____

COLETA POR MEIO DE ENTREVISTA

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

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

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

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

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

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

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

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

PARTE III – Caracterização da criança verticalmente exposta ao HIV

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

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

ANEXO H – INSTRUMENTO AFFORDANCES IN THE HOME ENVIRONMENT FOR MOTOR DEVELOPMENT- INFANT SCALE

**AFFORDANCES NO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR - ESCALA BEBÊ (AHEMD-IS)
Inventário (3 a 18 meses)**

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA							
H1	A criança nasceu prematura? (Se SIM preencher H1a)	() Sim (H1a)		() Não			
H1a	Idade gestacional:						
H2	Há quanto tempo a criança frequenta a creche ou escolinha?	Nunca	Menos de 3 meses	3-6 meses	7-12 meses	Acima de 12 meses	
CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA							
H3	Qual o tipo de domicílio que vocês residem? (Se OUTRO preencher H3a)	Casa		Apartamento	Outro (H3a)		
H3a	Outro:						
H4	Quantos adultos vivem no domicílio, contando com você?	1	2	3	4	5 ou +	
H5	Quantas crianças vivem no domicílio, contando com você?	1	2	3	4	5 ou +	
H6	Quantos quartos de dormir há no domicílio? (não conte banheiros, nem salas ou cozinhas).	0	1	2	3	4	5 ou +
H7	Há quanto tempo sua família vive neste domicílio?	Menos de 3 meses		3-6 meses	7-12 meses	Acima de 12 meses	

ESPAÇO FÍSICO DA RESIDÊNCIA			
H8	A sua residência tem algum ESPAÇO EXTERNO , seguro, adequado e amplo para seu bebê brincar e se movimentar livremente (se arrastar, engatinhar ou andar)? (área na frente, área no fundo, quintal, jardim, terraço, etc.). <i>Obs.: Caso more em apartamento, considere como espaço externo o parquinho ou área de lazer do seu prédio ou condomínio. (Pule para H13)</i>	Sim	Não
No espaço EXTERNO da sua residência existe:			
H9	Mais do que um tipo de piso ou solo na área externa? (grama, cimento, piso frio ou ladrilho, areia, madeira, etc.).	Sim	Não
H10	Uma ou mais superfícies inclinadas? (rampas no quintal, escorregador para bebês).	Sim	Não
H11	Algum suporte ou mobilha que seja seguro, onde seu bebê possa se apoiar para levantar e/ou andar? (portão/grades, mesa baixa de jardim, bancos/cadeiras, muros baixos/mureta, etc.).	Sim	Não
H12	Degraus ou escadas na área externa? (degrau na porta da frente ou dos fundos, degraus em um escorregador para bebês).	Sim	Não
No espaço INTERNO da sua residência existe:			
H13	Mais do que um tipo de piso no espaço interno? (cimento, piso frio ou ladrilho, carpete, carpete de madeira, madeira, etc.).	Sim	Não
H14	Degraus ou escada no espaço interno? <i>Obs.: Escadas oferecem risco ao bebê. Use portões de segurança no topo e no pé da escada.</i>	Sim	Não

VARIEDADE DE ESTIMULAÇÃO					
As questões seguintes referem-se SOMENTE ao tempo em que o seu bebê está em casa. Obs.: Não considerar o que ocorre na creche ou escolinha.					
H15	O meu/nosso bebê brinca regularmente (pelo menos duas vezes por semana) com outras crianças.			Sim	Não
H16	Eu/nós, regularmente (pelo menos duas vezes por semana), fazemos brincadeiras que encorajam nosso bebê a aprender sobre as partes do corpo. (Por exemplo, onde está sua mão?).			Sim	Não
Num dia comum, como você descreveria a quantidade de tempo ACORDADO que seu bebê fica em cada uma das situações abaixo descritas.					
H17	Carregado no colo por adultos ou por algum tipo de suporte, próximo ao corpo desse adulto, como: mochila porta-bebê, baby bag, canguru, sling, etc.	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
H18	Sentado em algum tipo de cadeira/equipamento que mantenha a criança sentada (cadeira de papá, carrinho de bebê, bebê-conforto, cadeirinha do carro).	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
H19	Em um equipamento para ficar em pé ou andar (estação de atividades ou outro dispositivo no qual a criança fique em pé ou ande).	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
H20	Num cercado infantil, berço ou outro local semelhante, do qual a criança não possa sair sem ajuda.	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
H21	Brincando deitado de barriga para baixo.	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
H22	Livre para se movimentar pela casa (se arrastar, rolar, engatinhar ou andar).	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

BRINQUEDOS (MOTRICIDADE GROSSA E MOTRICIDADE FINA)

Instruções: Para cada grupo de brinquedos listado abaixo, marque o número de brinquedos iguais ou SEMELHANTES que você utiliza (em sua casa) para brincar com seu bebê.

Por favor, leia cuidadosamente a descrição de cada grupo antes de decidir se você tem em casa esse tipo de brinquedo. **As figuras são apenas EXEMPLOS para ajudar você a entender melhor a descrição. Você NÃO precisa ter exatamente os mesmos brinquedos que estão neste questionário para conta-los no grupo. BRINQUEDOS SEMELHANTES do mesmo TIPO devem ser contados.**

BRINQUEDOS PARA MOTRICIDADE GROSSA	
Responda o número de brinquedos que você utiliza para brincar com a criança.	
H23	<p>Brinquedos suspensos acima ou ao lado do bebê, móveis e/ou enfeites de berço.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H24	<p>Bonecos de pelúcia (musicais ou não), brinquedos emborrachados, de tecido ou outros materiais macios, de brincar na água (flutuantes esponjas).</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>

H25	<p>Cadeiras de balanço para bebês, estação de atividades (o bebê fica em pé dentro da estação brincando), balanços para bebês.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H26	<p>Bolas de diferentes tamanhos, texturas, cores e formas.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H27	<p>Materiais que estimulem a criança a se arrastar, rolar, engatinhar ou até se levantar (colchonetes, tapete emborrachado, plataformas macias, etc.).</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H28	<p>Materiais musicais: instrumentos, caixas de música e brinquedos que emitam sons e melodias em resposta às ações da criança (chacoalhar, pressionar, puxar, etc.).</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
PARA MOTRICIDADE FINA	
H29	<p>Brinquedos manipuláveis: chocalhos, mordedores, brinquedos com diferentes texturas e/ou com espelho.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H30	<p>Carros, trens, animais ou outros brinquedos que possam ser puxados ou empurrados.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H31	<p>Brinquedos de apertar (pressionar) bater e acionar, peões e gira-gira.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H32	<p>Blocos de montar (plástico, espuma, tecido, madeira, borracha).</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>

H33	<p>Livros para bebês (tecido, papel cartão ou plástico).</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
------------	--

ATENÇÃO:

- Se o seu bebê tem entre 03 e 11 MESES de idade PARE aqui de responder o questionário.
- Os brinquedos a seguir NÃO são recomendados para crianças com MENOS de 12 meses.
- Se o seu bebê tem 12 MESES ou mais de idade CONTINUE respondendo o questionário.

BRINQUEDOS – MOTRICIDADE GROSSA

Objetos ou brinquedos que estimulam a criança a se levantar e a caminhar com apoio (brinquedos de empurrar e puxar).	
H34	 <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
Mesinhas de atividades onde o bebê possa brincar em pé (plástico, madeira, etc.).	
H35	 <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
Balanços ao ar livre para bebês, cavalos de balanço, triciclos para bebês.	
H36	 <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>

BRINQUEDOS – MOTRICIDADE FINA

Brinquedos educativos para encaixar formas variadas.	
H37	 <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
Fantoches e marionetes macios.	
H38	 <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
Bonecos (as) e outros personagens com acessórios (mamadeira, roupas, capacete, mobiliário, etc.).	
H39	 <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>

H40	<p>Brinquedos que imitam objetos existentes na casa: telefones, ferramentas, utensílios de cozinha, etc.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H41	<p>Brinquedos de empilhar.</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>
H42	<p>Quebra-cabeças para bebês (2-6 peças).</p>  <p>() Nenhum () Um a dois () Três ou mais</p>

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO *AFFORDANCES IN THE HOME ENVIRONMENT FOR MOTOR DEVELOPMENT- INFANT SCALE*



Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano

Piracicaba, 09 de outubro de 2015

Termo de Autorização

Eu, Denise Castilho Cabrera Santos, declaro que autorizo Marília Alessandra Bick, Nutricionista e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, a utilizar e em sua pesquisa o questionário “Affordances no Ambiente Domiciliar para o Desenvolvimento Motor – Escala Bebê” (AHEMD-IS[®]), desenvolvido por mim em co-autoria com o Prof. Dr. Carl Gabbard e Profa. Dra. Priscila Caçola. Concordo que a referida profissional utilize-o em sua coleta de dados, e que apresente os resultados em publicações, apresentações de trabalhos, bem como na elaboração de sua dissertação.

© O questionário AHEMD-IS foi desenvolvido pela Developmental Motor Cognition Lab – University of Texas at Arlington (USA), Motor Development Lab – Texas A&M University (USA) e Laboratório de Pesquisa em Desenvolvimento Neuromotor - Universidade Metodista de Piracicaba (Brasil). Todos os direitos reservados.

As versões em inglês e em português estão publicadas e devem ser citadas como:

CACOLA, P. M. ; GABBARD, C. ; MONTEBELO, M. I. L. ; SANTOS, D. C. C.. The new affordances in the home environment for motor development - infant scale (AHEMD-IS): Versions in English and Portuguese languages. Revista Brasileira de Fisioterapia (Online), p. 00-00, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0112>

CACOLA, P. M. ; GABBARD, C. ; MONTEBELO, M. I. L. ; SANTOS, D. C. C. Further Development and Validation of the Affordances in the Home Environment for Motor Development-Infant Scale (AHEMD-IS). Physical Therapy, v. 95 (6), p. 901-923, 2015. DOI: 10.2522/ptj.20140011

Profa. Dra. Denise Castilho Cabrera Santos
Mestrado e Doutorado em Ciências do Movimento Humano
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP