

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

Tamiris Ferreira Pacheco

**AVALIAÇÃO DE OPORTUNIDADES DO DOMICÍLIO PARA O  
DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DE  
LACTENTES EXPOSTOS AO HIV**

Santa Maria, RS  
2021



**Tamiris Ferreira Pacheco**

**AVALIAÇÃO DE OPORTUNIDADES DO DOMICÍLIO PARA O  
DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DE  
LACTENTES EXPOSTOS AO HIV**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS, Brasil  
2021

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Pacheco, Tamiris Ferreira  
AVALIAÇÃO DE OPORTUNIDADES DO DOMICÍLIO PARA O  
DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DE  
LACTENTES EXPOSTOS AO HIV / Tamiris Ferreira Pacheco.-  
2021.

142 p.; 30 cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Desenvolvimento infantil 2. Enfermagem pediátrica  
3. Lactente 4. HIV 5. Meio ambiente I. de Paula,  
Cristiane Cardoso II. Título.

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

Declaro, TAMIRIS FERREIRA PACHECO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Tese) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Tamiris Ferreira Pacheco**

**AVALIAÇÃO DE OPORTUNIDADES DO DOMICÍLIO PARA O  
DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DE  
LACTENTES EXPOSTOS AO HIV**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

**Aprovado em 15 de dezembro de 2021:**

.....Por videoconferência.....  
**Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

.....Por videoconferência.....  
**Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)**

.....Por videoconferência.....  
**Analu Lopes Rodrigues, Dra. (UFSM)**

.....Por videoconferência.....  
**Priscila Martins Caçola, Dra. (UTA)**

.....Por videoconferência.....  
**Jenny Amanda Ortiz Muñoz, Dra. (UR)**

Santa Maria, RS, Brasil  
2021



Ministério da Educação  
 Universidade Federal de Santa Maria  
 Coordenação do Programa/Curso de PG-D em Enfermagem

**ATA DE DEFESA - PROCESSO Nº 23081.103343/2021-19**

Aos quinze dias do mês de Dezembro do ano de dois mil e vinte e um, às treze horas e trinta minutos, no(a) Google Meet, realizou-se a prova de Defesa de Tese, intitulada **AVALIAÇÃO DE OPORTUNIDADES DO DOMICÍLIO PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DE LACTENTES EXPOSTOS AO HIV**, de autoria do(a) Candidato(a) **TAMIRIS FERREIRA PACHECO (201860331)**, aluno(a) do Programa de PG-D em Enfermagem, em nível de Doutorado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: **CRISTIANE CARDOSO DE PAULA** Presidente, **ANALU LOPES RODRIGUES**, **JENNY AMANDA ORTIZ MUNOZ**, **PRISICLA MARTINS CAÇOLA** e **STELA MARIS DE MELLO PADOIN**. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, o(a) candidato(a) foi **APROVADA** pela Comissão Examinadora. Foi concedido um prazo de (40) dias, para o(a) candidato(a) efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

CRISTIANE CARDOSO DE PAULA                      ANALU LOPES RODRIGUES  
 JENNY AMANDA ORTIZ MUNOZ                      PRISICLA MARTINS CAÇOLA

STELA MARIS DE MELLO PADOIN

( ) Por sugestão da Comissão Examinadora, o novo título passa a ser:  
 .....

( ) Declaração:  
 .....

À	PRPGP
Certifico que o candidato cumpriu com as exigências da Comissão Examinadora e do Regimento Interno dos Programas de Pós-Graduação da UFSM.	
Em	____/____/____
Coordenador:	

Ao	DEPCA
Para emissão do Certificado/Diploma.	
Em	____/____/____
P r ó - R o i t o r :	

<b>NUP:</b> 23081.106267/2021-20	<b>Prioridade:</b> Normal
<b>Homologação de ata de banca de defesa de pós-graduação</b>	
134.332 - Bancas examinadoras: indicação e atuação	
COMPONENTE	
Ordem	Descrição
1	Ata de defesa de dissertação/tese (134.332)
	Ata de defesa de Tese.pdf
Assinaturas	
<b>15/12/2021 16:58:10</b>	
STELA MARIS DE MELLO PADOIN (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR)	
04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE	
<b>15/12/2021 17:04:22</b>	
Priscila Caçola (Pessoa Física)	
Usuário Externo (YC9****)	
<b>15/12/2021 17:04:56</b>	
Jenny Amanda Ortiz M (Pessoa Física)	
Usuário Externo (157****)	
<b>16/12/2021 15:33:30</b>	
ANALU LOPES RODRIGUES (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR)	
04.37.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO - DFRS	
<b>16/12/2021 15:34:42</b>	
CRISTIANE CARDOSO DE PAULA (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR)	
04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE	
<b>Código Verificador:</b> 1059000 <b>Código CRC:</b> a287889a Consulte em: <a href="https://portal.ufsm.br/documentos/publicos/autenticacao/assinaturas.html">https://portal.ufsm.br/documentos/publicos/autenticacao/assinaturas.html</a>	

*Aos meus pais João Antônio e Nelci Teresinha, que nunca mediram esforços para investir na minha formação e qualificação profissional, mesmo diante de tantas dificuldades. Junto de tantos ensinamentos: conhecimento é algo que carregamos para o resto da vida. Então, buscar por ele, não significa um caminho fácil, mas necessário se você quiser ser alguém na vida. A vocês, também, o mérito deste trabalho.*





## AGRADECIMENTOS

A Deus, especialmente pela vida! Obrigada por me dar saúde, persistência e coragem para encarar os desafios desta etapa.

Aos meus pais, Nelci Teresinha e João Antônio, pelo incentivo, amor, cuidado e suporte incondicionais, por muitas vezes abrir mão de tantas coisas pela busca dos meus sonhos. Amo vocês incondicionalmente.

À minha irmã, Tamira, parceira e confidente. Obrigada por todas as palavras de força e conforto. Por todas as vezes em que me falou: “Mana eu tenho muito orgulho de ti, olha quem a gente era e quem nós somos hoje...”. Você me fez enxugar as lágrimas e continuar sendo forte.

Ao meu amor, Leonardo, parceiro de vida, por acreditar na importância da minha realização profissional, pelas noites e finais de semana construindo tabelas, leituras e revisão de textos. Gratidão por todas as palavras de força, proteção e carinho. Por todas as vezes nas quais enxergou o desespero da minha ansiedade resumida em lágrimas, e permaneceu junto dizendo tudo ficaria bem e que logo daria certo. Amo-te.

À minha segunda família, Rute, Celso e Gabi, que demonstraram apoio nos mais diversos momentos.

À minha orientadora Enf<sup>ª</sup>. Dra. Cristiane Cardoso de Paula, exemplo desde o início da trajetória acadêmica. Pelas palavras de apoio e incentivo, oportunidades de aprendizado e desafios na construção da minha qualificação.

Às professoras integrantes da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições para aprimoramento da tese.

À estatística Daniela Benzano pelo suporte nas análises e construção da apresentação dos resultados.

Aos integrantes do GP - PEFAS (Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades), em especial à Marília, companheira na execução do projeto. Também, ao Marcelo e à Daiani, os quais se tornaram mais do que colegas de grupo, amigos, no compartilhamento de experiências e vivências, pelas risadas, mates e por construirmos coletivamente o conhecimento.

Ao Cléton, amigo e irmão, que acompanhou tantas lutas, desafios ao conciliar emprego e vida acadêmica, noites sem dormir e por vibrar diante dos méritos pessoais e profissionais.

As colegas de trabalho que passaram durante esses quatro anos no SEG (Simone, Grassele, Stefania e Iris), Prefeitura de São Martinho (Caroline) e na Unimed Resende (Fátima, Rozilda, Wellington e Paloma), pelos momentos de conversa, risadas e apoio.

Aos profissionais que me receberam nos serviços cenários da coleta de dados.

Aos familiares das crianças expostas ao HIV, participantes da pesquisa, pela coragem e força.

À Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de qualificação acadêmica. Levo comigo com orgulho o nome desta universidade pública e de qualidade.

Aos professores e funcionários do PPGEnf (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) da UFSM, pelos conhecimentos compartilhados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES) pela concessão da bolsa.

Aos amigos, colegas e demais pessoas que me auxiliaram nesta trajetória, os quais, embora não tenham sido citados, de uma forma ou de outra contribuíram para minha conquista.

Obrigada!

*“Não podemos prever o futuro, mas podemos criá-lo.”  
(Peter Drucker)*



## RESUMO

### AVALIAÇÃO DE OPORTUNIDADES DO DOMICÍLIO PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DE LACTENTES EXPOSTOS AO HIV

AUTORA: Tamiris Ferreira Pacheco

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristiane Cardoso de Paula

A criança verticalmente exposta ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) demanda cuidados além daqueles para prevenção da transmissão vertical, os quais são providos pela família no ambiente domiciliar, afim de proporcionar um desenvolvimento saudável. **Objetivo:** avaliar se os níveis interdependentes do meio ambiente interferem nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor de lactentes verticalmente expostos ao HIV na experiência da família. **Método:** estudo transversal realizado com 168 familiares de crianças expostas, de três a 18 meses de idade, em acompanhamento nos serviços de saúde dos municípios de Santa Maria, Novo Hamburgo, Cachoeirinha, Sapucaia do Sul, Viamão, Erechim, Santa Cruz e Passo Fundo, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Coleta de dados mediante contato telefônico entre dezembro de 2015 e agosto de 2020, utilizando instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica dos familiares e dos pacientes e do ambiente; escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; escala de satisfação com o suporte social; oportunidades no ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor – escala bebê; inventário de fatores protetores da família; e insegurança alimentar – versão curta. Os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitados. **Resultados:** familiares caracterizados por mães (95,2%) com Ensino Médio (43,1%), renda até dois salários (48,8%) e ausência de vínculo empregatício (60,8%). Os lactentes nasceram a termo (70,1%), sem problemas de saúde (86,2%), com consulta em infectologia antes do primeiro mês (62,2%), com até quatro consultas no último ano (49,7%). O ambiente caracterizou-se por casas (94,5%) com até duas crianças (69,5%) e até dois adultos (74,4%). As oportunidades totais do ambiente domiciliar foram classificadas como moderadamente adequadas (37,4%), com variedade de estimulação excelente (35,4%), espaço físico moderadamente adequado (44,5%), brinquedos de motricidade grossa (38,0%) e brinquedos de motricidade fina (38,7%) classificados como menos que o adequado. A partir do modelo de regressão, houve associação significativa para escolaridade ( $p < 0,005$ ), renda ( $p < 0,013$ ) e segurança alimentar ( $p < 0,032$ ), com o desfecho menor do que o adequado ou moderadamente adequado para as oportunidades domiciliares. **Conclusão:** menores condições escolares, financeiras e de segurança alimentar implicam em vulnerabilidades ambientais para o desenvolvimento motor, as quais podem ser potencializadas quando considerada a fragilidade clínica deste lactente, com uma condição sorológica ainda indefinida e demanda de cuidados habituais e para prevenção da transmissão vertical realizadas por parte do familiar. Os achados deste estudo reforçam a necessidade de promover o desenvolvimento motor infantil conforme as condições sociodemográficas de cada família, utilizando o disponível no domicílio.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento infantil. Enfermagem pediátrica. Lactente. HIV. Meio ambiente.



## ABSTRACT

### EVALUATION OF HOME OPPORTUNITIES FOR MOTOR DEVELOPMENT IN THE EXPERIENCE OF THE FAMILY OF INFANTS EXPOSED TO HIV

AUTHOR: Tamiris Ferreira Pacheco  
ADVISOR: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristiane Cardoso de Paula

The child vertically exposed to the human immunodeficiency virus (HIV) demands in addition to usual care those for the prevention of vertical transmission, which are provided by the family in the home environment, in order to provide a healthy development. **Objective:** to evaluate whether interdependent levels of the environment interfere in the opportunities of the home for the motor development of infants vertically exposed to HIV, in the family experience. **Method:** cross-sectional study conducted with 168 relatives of exposed children, aged three to 18 months, under follow-up at health services in the municipalities of Santa Maria, Novo Hamburgo, Cachoeirinha, Sapucaia do Sul, Viamão, Erechim, Santa Cruz and Passo Fundo, State of Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection by telephone contact between December 2015 and August 2020 using a sociodemographic and clinical characterization instrument of family members and children and the environment; scale of assessment of the capacity to care for children exposed to HIV; satisfaction scale with social support; opportunities in the home environment for motor development - baby scale; inventory of protective factors of the family; and food-short-version insecurity. The ethical aspects of research with human beings were respected. **Results:** family members characterized by mothers (95.2%), with high school education (23.1%), income of up to two years (48.8%) and no employment relationship (60.8%). Infants were born at term (70.1%), without health problems (86.2%), with an infectious disease consultation before the first month (62.2%), with up to four consultations in the last year (49.7%). The environment was characterized by houses (94.5%), with up to two children (69.5%) and up to two adults (74.4%). The total opportunities of the home environment were classified as moderately adequate (37.4%), excellent stimulation variety (35.4%), moderately adequate physical space (44.5%), thick motricity toys (38.0%) and fine motricity toys (38.7%) classified as less than adequate. From the regression model there was a significant association for schooling ( $p < 0.005$ ), income ( $p < 0.013$ ) and food security ( $p < 0.032$ ) with the outcome less than adequate or moderately adequate for household opportunities. **Conclusion:** lower school, financial and food safety conditions imply environmental vulnerabilities for motor development, which can be enhanced, when considering the clinical fragility of this infant, with a serological condition still undefined, and demand for usual care and for prevention of vertical transmission performed by the family member. The findings of this study reinforce the need to promote child motor development according to the sociodemographic conditions of each family, using the one available at home.

**Keywords:** Child development. Pediatric nursing. Infant. HIV. Environment.





## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 —	Caracterização sociodemográfica e clínica dos familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.....	57
Tabela 2 —	Caracterização do cuidado, clínica e nutricional das crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.....	59
Tabela 3 —	Caracterização do ambiente domiciliar de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.....	60
Tabela 4 —	Frequência de respostas por questão do instrumento <i>Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale</i> para crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 164). Santa Maria, 2021.....	61
Tabela 5 —	Frequência das classificações descritivas por dimensão do instrumento <i>Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale</i> para crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 164). Santa Maria, 2021.....	63
Tabela 6 —	Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.....	64
Tabela 7 —	Associação da escala de avaliação da capacidade para cuidar e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.....	65
Tabela 8 —	Associação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.....	66
Tabela 9 —	Associação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.....	66
Tabela 10 —	Associação do <i>Inventory of Family Protective Factors</i> (IFPF) e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.....	66
Tabela 11 —	Variáveis independentes associadas ao desfecho categórico de AHEND-IS de crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.....	67



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHEMD-IS	<i>Affordances</i> no Ambiente Domiciliar para o Desenvolvimento Motor - Escala Bebê
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zidovudina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAPFAM	Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV
CEMAS	Centro Municipal de Atendimento à Sorologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
COVID-19	Coronavírus
DEP	Direção de Ensino e Pesquisa
EACCC	Escala de avaliação da capacidade de cuidar de crianças expostas ao HIV
EBBS	Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – versão curta
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégias de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFPF	<i>Inventory of Family Protective Factors</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PIM	Primeira Infância Melhor
PPCT	Pessoa, Processo, Contexto e Tempo
PPGENf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificações
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	21
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	27
3.1 PERSPECTIVAS POLÍTICA, SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICA NA SAÚDE DA CRIANÇA .....	27
3.2 O LACTENTE VERTICALMENTE EXPOSTO AO HIV.....	31
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	36
<b>5 MÉTODO</b> .....	44
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	44
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	44
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	47
5.4 COLETA DE DADOS.....	48
5.5 DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	50
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
<b>6 RESULTADOS</b> .....	57
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	68
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	99



## APRESENTAÇÃO

A tese em tela está inserida no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e decorreu dos resultados de um projeto matricial antecedente intitulado “Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV” (CAPFAM I). O projeto inclui três trabalhos de conclusão de curso (TCC) (SEVERO, 2017; TOEBE, 2017; HAUSEN, 2017) e três dissertações de mestrado (BICK, 2017; FERREIRA, 2018; SAMPAIO, 2019), com abordagens quantitativas e delineamentos transversais.

Os dados da avaliação para as crianças verticalmente expostas ao HIV, até os 18 meses de idade, acompanhadas em serviços de saúde apresentou alta capacidade para alimentar (76,6%), tanto para alimentação láctea (85,0%) quanto complementar (65%), associadas aos índices acesso em unidade básica de saúde, ter outros filhos expostos ao HIV, manter acompanhamento em saúde, número de consultas, não consumir álcool e maior escolaridade. Percebeu-se que os fatores sociais e clínicos dos cuidadores podem ter influência no cuidado prestado a criança (BICK; CERETTA; PAULA, 2019).

Observou-se também a alta capacidade (91,9%) para a quimioprofilaxia com zidovudina (AZT), quimioprofilaxia com antibiótico (87,2%) e o acompanhamento clínico e imunizações (98,8%). Características da família ( $\leq 5$  pessoas/renda e não ter outras crianças com HIV), do familiar-cuidador (carteira assinada e percepção de facilidade de manter o tratamento) e da criança (não ter outro problema/demanda de acompanhamento de saúde e assiduidade nas consultas) interferiram positivamente na capacidade familiar de cuidar (PAULA et al., 2019).

Percebeu-se, em 52,2% dessas famílias, a presença de insegurança alimentar associada a uma renda menor que um salário mínimo, o entendimento de ser moderadamente difícil manter o seu acompanhamento em saúde, a realização de menos de oito consultas da criança no último ano e absenteísmo nas consultas. Segundo a avaliação do índice de massa corporal para a idade (IMC/I), a maioria dos sujeitos estava eutrófica (79,6%) e não houve associação do estado nutricional com a insegurança alimentar (SAMPALIO et al., 2021).

Diante da satisfação dos familiares com o suporte social recebido na vigência do cuidado de crianças expostas ao HIV, houve alto índice total (57 de 75 pontos). A média indicou satisfação alta para o suporte recebido pela família (80,46), seguida do provido pelas amigas (72,86) e intimidade (63,36) e baixa para atividades sociais (55,65). A alta satisfação com o suporte social foi influenciada pela renda (HAUSEN et al., 2021).

Os domicílios foram classificados como moderadamente adequados na oferta de oportunidades para o desenvolvimento motor das 83 crianças verticalmente expostas ao HIV, utilizando o instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale* (AHEMD-IS). As variáveis do ambiente, sociodemográficas e clínicas do familiar e da criança apresentaram associações com as dimensões espaço físico, variedade de estimulação, brinquedos de motricidade grossa e fina. A idade do familiar e da criança, escolaridade e possuir irmão exposto ao HIV associaram-se à pontuação total do instrumento. As variáveis sociodemográficas do familiar e da criança interferiram nas oportunidades para o desenvolvimento motor no domicílio (FERREIRA et al., 2021a).

Os resultados do CAPFAM I apontaram a necessidade de ampliação do cenário de investigação para os municípios do Rio Grande do Sul com mais de 100 mil habitantes, os quais apresentaram maior índice composto de HIV. Isso culminou na elaboração do segundo projeto matricial intitulado “Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV” ou CAPFAM II, o qual estudou crianças com até 18 meses de idade desses municípios.

O CAPFAM II foi contemplado pelo o Edital Universal 01/2016 (faixa A) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo 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), ambos com relatórios técnico e financeiro já aprovados. O trabalho também foi escolhido em editais internos da UFSM voltados à iniciação científica.

A proponente possui inserção no GP-PEFAS desde a graduação, com bolsa iniciação científica, na participação em diversas atividades, grupos de estudos, projetos de pesquisa e TCC voltado à temática (FERREIRA et al., 2016). Em sequência à inserção no mestrado em enfermagem, na mesma instituição e grupo de pesquisa, com participação diferentes etapas do CAPFAM I (FIGUEIREDO et al., 2018) suscitou a necessidade de investigação do tema, sustentada em evidências científicas (FERREIRA et al., 2021b).

O comprometimento em dar continuidade, durante a tese, às investigações acerca do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor infantil considera os fatores biológicos do familiar e da criança, sociodemográficos, do cuidado e do ambiente. Elementos esses sustentados pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner.



## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, contínuo, interdependente e sujeito a frequentes adaptações nos aspectos cognitivo, emocional, social e motor (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; BLACK et al., 2017). Já o desenvolvimento motor compõe um processo sequencial relacionado à idade cronológica, no qual o ser humano adquire habilidades a partir de movimentos simples e desorganizados até habilidades altamente organizadas e complexas (HAYWOOD; GETCHELL, 2004), permeado por uma combinação de fatores orgânicos, genéticos, fisiológicos e ambientais (BLACK et al., 2017; BRONFENBRENNER, 2011).

Dentre os fatores ambientais, existem estudos apontando o desenvolvimento como resultante da interação do sistema biológico em mudança com os contextos ambientais em que a criança está inserida (GABBARD, 2008; BRONFENBRENNER, 2011; CAÇOLA et al., 2015). Assim, esses são relevantes, inclusive os vivenciados junto à família, especialmente nos primeiros anos de vida (MORI et al., 2013; CAÇOLA et al., 2015; BORBA; PEREIRA; VALENTINI, 2017).

Os primeiros mil dias, período da gestação até o fim do segundo ano, são considerados de ouro para a saúde por suas possíveis repercussões ao longo da vida (BHUTTA et al., 2013). As crianças pequenas não conseguem atingir sozinhas seu pleno potencial, dependendo, além de uma boa saúde e nutrição, de estimulação precoce. Assim, o estímulo nos primeiros cinco anos de vida desempenha papel crítico no processo de formação e desenvolvimento cerebral, contribuindo decisivamente para o pleno desenvolvimento infantil (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

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). As características sociais, econômicas e culturais de cada família, interação das crianças umas com as outras e com adultos, disponibilidade e variedade de brinquedos, condições de moradia e a estrutura física do domicílio, podem influenciar nesse processo (CAÇOLA et al., 2015; DEFILIPO et al., 2021; GIROLDI; POERSCH; MULLER; 2020; FERREIRA et al., 2021b).

Na perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, o mesmo é resultante da interação do sistema biológico em mudança com os contextos ambientais nos quais se encontra inserido (GABBARD, 2008; BRONFENBRENNER, 2011). Para Bronfenbrenner (2011), essas

relações partem de forma mais imediata do microssistema, passando pelo mesossistema, exossistema até o macrosistema, a forma mais ampla, considerando o tempo (cronossistema) do indivíduo e da sociedade.

*Affordance* é o termo que compreende as mais diversas formas de oportunidades e/ou estímulos oferecidos pelo ambiente a um agente particular por meio da relação entre a percepção e ação (GIBSON, 1986). Sua presença em quantidade, qualidade e a sua influência no domicílio pode ter implicações mediatas ou imediatas no desenvolvimento motor infantil (CAÇOLA et al., 2015; VALADI; GABBARD, 2018).

Na infância, os principais vínculos, cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento são fornecidos pela família, no ambiente domiciliar (BLACK et al., 2017). Diante da condição clínica de exposição vertical ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), além de prestar todos os cuidados habituais, com sono e repouso, higiene, alimentação e estimulação, deve-se atender também as especificidades das recomendações para prevenção da transmissão vertical.

A transmissão vertical (TV) pode ocorrer durante a gestação, parto ou após o nascimento, através da amamentação (SIQUEIRA et al., 2020). Entre as medidas de prevenção empregadas, 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 (BRASIL, 2019).

O cotidiano da família da criança exposta ao HIV pode estar permeado por receios e incertezas, pois sua vulnerabilidade social se potencializa quando os pais também têm HIV, diante de situação de orfandade, bem como pelo medo da discriminação e do preconceito. Essa fragilidade fortalece a manutenção do silenciamento sorológico por parte dos pais, como forma de proteção, e pode ocasionar isolamento social e limitação na rede de apoio para compartilhar as demandas de cuidado (GOMES et al., 2012; SILVA; ALVARENGA; DUPAS, 2014; COSTA et al., 2020).

Considerar a criança mediante seus fatores biológicos, especificamente no caso da condição de exposição ao HIV, no qual há um diagnóstico positivo ou mesmo em conjunto com os fatores ambientais, pode acarretar em repercussões negativas. Conforme estudo que avaliou o desenvolvimento neuropsicomotor de sessenta infantes expostos ao HIV, acompanhados durante o primeiro ano de vida, houve suspeita de atraso principalmente na linguagem e na motricidade grossa, com resultados ainda mais frágeis diante do diagnóstico positivo para o HIV (PAMPLONA et al., 2019). Em outra pesquisa, um efeito combinado de fatores de risco

para crianças expostas, acompanhadas em um corte, apresentou uma proporção considerável de atrasos no desenvolvimento (RAJAN et al., 2017).

O momento oportuno para estimulação da motricidade infantil, nos primeiros mil dias de vida, requer tanto atenção às demandas habituais da faixa etária quanto às especificidades da condição de exposição ao HIV, além de orientações no serviço de saúde focadas majoritariamente à dimensão clínica desta população. Agregar os aspectos ambientais e utilizá-los de acordo com os contextos e relações sociais de cada família poderá aumentar as chances de uma vida saudável.

Assim, o tema de oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de lactentes expostos ao HIV, foco dessa tese, converge com o preconizado pelas políticas públicas de atenção à saúde da criança no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Essa convergência se dá especialmente nos subitens voltados à saúde da criança e do adolescente: 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 retrovírus; e impacto da morbidade sobre o desenvolvimento infantil e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2015). Da mesma forma, vai-se ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com metas para garantir uma vida saudável (ODS3) até o ano de 2030 (ONU, 2015).

Assim, tem-se como **objeto de estudo**: as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de lactentes expostos ao HIV na perspectiva bioecológica. Para abordá-lo, elaborou-se a **questão de pesquisa**: qual a influência dos níveis interdependentes do meio ambiente nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor de lactentes verticalmente expostos ao HIV na experiência da família?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se os níveis interdependentes do meio ambiente interferem nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor de lactentes verticalmente expostos ao HIV na experiência da família.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os familiares e os lactentes expostos quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e do ambiente;
- Avaliar as oportunidades do ambiente domiciliar dos lactentes verticalmente expostos ao HIV;
- Avaliar se o microsistema (variáveis sociodemográficas e clínicas do familiar e da criança, do ambiente, (in)segurança alimentar da família e capacidade familiar para cuidar de lactentes verticalmente expostos ao HIV) interfere nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor desses lactentes nas variáveis do ambiente;
- Avaliar se o mesossistema e exossistema (suporte social da família e fatores protetores) interferem nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor desses lactentes.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: perspectivas política, social e epidemiológica na saúde da criança e o lactente verticalmente exposto ao HIV.

#### 3.1 PERSPECTIVAS POLÍTICA, SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICA NA SAÚDE DA CRIANÇA

O desenvolvimento infantil envolve mudança e expansão graduais, de transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva que ocorrem desde a concepção, perpassando pelo crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, afetiva e social, influenciado tanto por fatores biológicos quanto ambientais (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; OPAS, 2005). Nesse contexto, o desenvolvimento motor refere-se ao processo de mudanças no movimento contínuo relacionado à idade, bem como às interações dos fatores no indivíduo, no ambiente e nas tarefas induzindo tais mudanças (HAYWOOD; GETCHELL, 2016).

Considerando os diferentes aspectos culturais, sociais e individuais e suas repercussões imediatas na saúde da criança e, a longo prazo, do adulto, têm-se diferentes documentos que visam assegurar o adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Dentre eles, a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, de 20 de novembro de 1959, em consonância à Declaração dos Direitos Humanos, fundamenta em seus dez princípios respeitar a criança com base nos direitos à liberdade, ao brincar e ao convívio social (UNICEF, 1959).

A Convenção dos Direitos da Criança, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989, assegura em seus artigos o direito à vida, à liberdade, as obrigações dos pais, da sociedade e do Estado em relação à criança e ao adolescente. Traz ainda que os estados signatários, sendo o Brasil um deles, se comprometem a assegurar a proteção dos menores contra as agressões, exploração e violência sexual (UNICEF, 1989).

Em âmbito nacional, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi criado em 1984. Ele consiste em um conjunto das ações básicas de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo e apoio ao aleitamento materno, realização do teste do pezinho, controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas e das imunizações, visando assegurar a integridade na assistência prestada à criança, reduzindo a morbidade e mortalidade das menores de cinco anos (BRASIL, 1984).

Após, os direitos à vida e à saúde são assegurados nos artigos da Constituição Federal de 1988, e, posteriormente, em 1990, reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Esses se deram mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento em condições dignas de existência, considerando criança aquela com zero a 12 anos de idade incompletos e adolescentes a de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), decorrentes da Declaração do Milênio aprovada no ano 2000 pelas Nações Unidas, estabeleceram-se metas para redução da mortalidade de menores de cinco anos em dois terços entre 1990 e 2015. Entre os esforços no Brasil, a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil foi lançada em 2004 como uma ferramenta de orientação para todos os profissionais atuando com crianças (BRASIL, 2004).

No cenário do Rio Grande do Sul, o programa Primeira Infância Melhor (PIM), desenvolvido desde 2003 e instituído pela Lei n.º 12.544 em 03 de julho de 2006, é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, abrangendo os aspectos físico, psicológico, intelectual e social (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Em 2009, teve início a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS) reforçando 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). Já em 2011, a Rede Cegonha assegurou o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

As medidas adotadas pelo Brasil possibilitaram a redução da mortalidade infantil, sendo um dos países a alcançar o ODM previsto até o ano de 2015. Em 2016, depois de décadas de queda nas taxas de mortalidade infantil, ocorreu novamente um aumento. Segundo o Ministério da Saúde, o índice aumentou 4,8% em relação ao ano anterior, visto que foram 14 mortes a cada mil nascidos em 2016 e 13,3 mortes a cada mil em 2015 (SIM, 2018). Tal fato pode estar atribuído ao número de óbitos decorrente aos casos do zika vírus, mudanças socioeconômicas e principalmente a acentuada redução da cobertura vacinal, um importante fator para a redução da mortalidade (MEDEIROS, 2019; COUTO; BARBIERI, 2015).

Frente a isso, o Brasil já assumiu junto às Nações Unidas o compromisso de cumprir as metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais partem dos ODM não alcançadas e das novas necessidades da sociedade em âmbito mundial, com 17 objetivos que contam com 169 metas associadas, consideradas completas e indivisíveis a serem alcançadas até 2030. Entre eles, os dois primeiros propõem erradicar a pobreza em todas suas

formas e colocar fim à fome, respectivamente (incluindo a eliminação, em 2025, do atraso no crescimento e da emaciação de todas as crianças menores de cinco anos). O terceiro propõe garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades (inclui a redução da mortalidade materna para menos de 70 de cada 100.000 nascimentos, a erradicação das mortes de menores de cinco anos por causas preveníveis, a redução da mortalidade neonatal e o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva) (ONU, 2015).

Esses objetivos levam em consideração os mais de 200 milhões de menores de cinco anos, em países de baixa e média renda, que não atingem seu potencial para desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais, biológicos e psicossociais (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2011). Múltiplas ameaças, como pobreza, desnutrição, saúde precária e ambientes domésticos ausentes de estímulos, podem afetar negativamente as funções cognitivas, motoras e sociais, comprometendo o adequado desenvolvimento ou mesmo ocasionando óbitos infantis (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007).

Os coeficientes de mortalidade infantil, cálculo do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em uma população em determinado espaço geográfico e período, possibilitam visualizar um panorama e avaliar as condições de saúde da população (RIPSA, 2002), serve de indicador clássico da saúde pública, associado, por exemplo, ao acesso aos serviços de saúde, situação sanitária, nível de escolaridade dos pais, condições de habitação e alimentação (VOLPE et al., 2009).

Uma publicação da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulada “Níveis e Tendências em Mortalidade Infantil: Relatório 2017” apontou a ocorrência de progressos consideráveis na redução da mortalidade infantil em âmbito mundial desde 1990, para menores de cinco anos ela caiu de 93 para 41 óbitos por mil nascidos vivos de 1990 até 2016. Já a queda na taxa de mortalidade neonatal foi de 49%, indo de 37 para 19 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período. Ainda assim, quase cinco milhões de mortes, 87% do total em menores de cinco anos, poderiam ter sido evitadas em 2016, se todos os países tivessem uma taxa de mortalidade igual ou inferior à de países de alta renda (UNICEF, 2017).

Aproximadamente 46% dos óbitos em menores de cinco anos ocorrem antes dos 28 dias de vida, ou seja, no período neonatal, computando um total de 7.000 óbitos por dia no ano de 2016, com 39% dos óbitos no sul da Ásia e 38% na África subsaariana. Cinco países foram responsáveis por metade de todas essas mortes: Índia, Paquistão, Nigéria, República Democrática do Congo e Etiópia (UNICEF, 2017).

Mesmo com o imenso avanço tecnológico observado nas últimas décadas, a maioria das mortes infantis é causada por doenças facilmente evitáveis ou tratáveis. As doenças infecciosas e as complicações neonatais, por vezes, associadas às deficiências nutricionais são responsáveis por milhares dessas perdas diariamente em todo o mundo (UNICEF, 2015; UNICEF, 2017).

Entre as principais causas evitáveis de óbitos em menores de cinco anos no Brasil, em 2016, estão àquelas reduzíveis pela atenção à saúde da mulher na gestação, reduzíveis com a atenção ao recém-nascido, tratamento e diagnóstico adequados (SIM, 2018). Em estudo, avaliou-se a tendência temporal da mortalidade infantil na cidade de Recife, Pernambuco, e a contribuição da vigilância do óbito como instrumento para aprimoramento, apontando suas tendências e componentes etários decrescentes. A partir disso, nenhuma variável da Declaração de Óbito ficou incompleta e, em 52% dos óbitos, a causa básica foi melhor definida. Dentre eles, quase 80% foram classificados como evitáveis, sendo 51,3% reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação (OLIVEIRA et al., 2016).

A redução da mortalidade infantil está relacionada a investimentos nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher e à criança, a partir da ampliação da cobertura de Estratégias de Saúde da Família (ESF) – acompanhamento desde o pré-natal até o crescimento e desenvolvimento infantil (VICTORA et al., 2011). Estudando-se a base populacional no período de 1998 a 2008, analisou-se a relação entre essa mortalidade e a cobertura populacional da Saúde da Família nas unidades da federação brasileira, apontando amparo de 85,7% das equipes da ESF, ampliação de 43% na cobertura populacional e diminuição da mortalidade infantil em 58%. Esses dados apontam uma associação significativa dessa expansão com a redução das taxas de óbitos infantis em 73% (CECCON et al., 2014).

Quanto à morbidade, entre as principais causas de internação hospitalar em crianças de zero a quatro anos, no SUS, segundo dados do período de 1998 a 2007, são as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias. Contudo, essa distribuição é heterogênea entre as regiões do país (OLIVEIRA et al., 2010).

A escassa realização de pesquisas de base populacional e ausência de sistemas de monitoramento dificultam averiguar como as crianças evoluem em relação ao pleno desenvolvimento físico e cognitivo de competências sociais, emocionais e de comunicação (BRASIL, 2016a). Dados de dois estudos de corte no município de Pelotas, RS, apontaram 34% das crianças com suspeita de atraso nesse quesito em 1993 e 21,4% em 2004 (HALPERN et al., 2000; HALPERN et al., 2008). Ainda no RS, outro estudo realizado no município de Canoas identificou 27% dos sujeitos com alteração no desenvolvimento infantil, segundo o teste de *Denver II* (PILZ; SCHERMANN, 2007).



Um estudo analisando a frequência de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, elaborados a partir da teoria psicanalítica, identificou 39,5% de crianças de zero a 18 meses com suspeita de problemas (KUPFER et al., 2009). Ainda no âmbito de serviços de saúde, em um ambulatório de puericultura que atende população de baixa renda no município de São Paulo, 28,6% dos testes de *Denver II* foram considerados possivelmente problemáticos (MORAES et al., 2010). Em pesquisa realizada com infantes matriculados em creches na Região Nordeste mostraram prevalências ainda maiores dessas suspeitas utilizando o teste de *Denver II*: 43,6% em Feira de Santana, BA, e 52,7% em João Pessoa, PB (BRITO et al., 2011; SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015).

As questões clínica, epidemiológica, social e política da saúde da criança reforçam a necessidade de investimentos em estudos para alcançar resultados impactando em sua saúde nesta etapa fundamental do desenvolvimento, tanto em termos cognitivos, sociais, econômicos, emocionais e físicos. Segundo a Lei Nº 13.257, de março de 2016, considera-se primeira infância o período abrangendo os primeiros seis anos completos ou 72 meses de vida. Ela estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à primeira infância em atenção à especificidade e à relevância desse período para o crescimento, em consonância com princípios e diretrizes já estabelecidos anteriormente (BRASIL, 2016b).

Ainda na primeira infância, a discussão dos primeiros mil dias de vida, a qual abrange a desde a concepção até os 24 meses da criança, quando a revista *The Lancet* publicou uma série sobre desnutrição materna e infantil e identificou a necessidade de se focar neste período, em 2008, sinalizou-se que a boa nutrição e o crescimento saudável teriam benefícios prolongados por toda a vida, assim como ocorre com a estimulação precoce (BHUTTA, et al., 2008). Essa série também chamou a atenção para a necessidade de se priorizar programas nacionais de incentivo à nutrição e ao fortalecimento da integração entre os programas de saúde, entre outras recomendações.

Desde sua publicação, o conceito dos primeiros mil dias tem sido adotado por agências e organizações não governamentais internacionais (ONU, 2013; MIL DIAS, 2018), usado como referência por pesquisadores da área da saúde (ELMADFA; MEYER, 2012) e citado em artigos científicos (WOO BAIDAL, 2015). É, inclusive, necessária a investigação a partir de uma concepção biológica, na qual o ambiente pode trazer impactos a esse desenvolvimento, em especial diante da especificidade clínica da exposição vertical ao HIV no lactente.

### 3.2 O LACTENTE VERTICALMENTE EXPOSTO AO HIV

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes soropositivas, com as maiores incidências nas regiões Sudeste (37,7%) e Sul (29,7%). Em um período de dez anos, houve aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos em 2009 e essa taxa passou para 2,8/mil em 2019. Na série histórica, a Região Sul apresentou as maiores taxas de detecção do vírus em gestantes no país. Em 2019, foram observados 5,6 casos/mil nascidos vivos, o dobro da taxa nacional (BRASIL, 2020).

A transmissão vertical (TV) é a principal via de infecção em menores de 13 anos, quase 100% dos casos (BRASIL, 2016c), podendo ocorrer durante a gestação, o parto ou após o nascimento, pelo leite materno. As possibilidades são de aproximadamente 35% durante a gestação, 65% durante o trabalho de parto e o parto e entre 7% e 22% na amamentação por exposição a cada mamada (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, 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 delicada de vias aéreas, quando necessário; início da 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, em casos nos quais 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, 2017a).

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 sua definição sorológica, e alojamento conjunto até o momento da alta, fortalecendo o vínculo entre ela e a mãe. Como o aleitamento materno é desaconselhado, deve ser substituído por fórmula infantil, a qual é distribuída gratuitamente pelo governo até o recém-nascido completar seis meses de idade (BRASIL, 2017a).

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 mesmo. Será considerada a infecção pelo HIV caso obtenha-se dois resultados consecutivos de carga viral acima de 5.000 cópias/mL e não infectada se elas forem indetectáveis. No primeiro caso poderá ser realizado teste de DNA pro-viral e contagem de linfócitos para confirmação. Já no segundo, deverá ser feita a sorologia para o HIV, aos 18 meses de idade, documentando a sororreversão (BRASIL, 2017a).

O acompanhamento dessa criança exposta em Serviço de Assistência Especializada (SAE) deve ser mensal no primeiro semestre e, no mínimo, bimensal até sua confirmação sorológica. Aquelas com resultado negativo manterão consultas anuais até o final da adolescência (BRASIL, 2017a). A supervisão deve ser realizada em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS), pois o serviço especializado contemplará as especificidades da exposição ao HIV e a APS os cuidados habituais em puericultura. Desse modo, é possível acompanhar o crescimento da criança e detectar alterações e condutas em tempo hábil, oportunizando um desenvolvimento adequado durante a infância, o qual considere tanto os fatores clínicos específicos da exposição ao HIV quanto aqueles de cunho ambiental.

Cabe ressaltar que as crianças soropositivas podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos como: *Treponema pallidum*, vírus das hepatites B e C, vírus HTLV-1/2, vírus do herpes simples, citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*. Também estão sujeitos a 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, 2017a). Ainda, os cuidados com sua alimentação 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, 2003).

Quanto à motricidade em geral, os lactentes expostos ao HIV possuem padrão de desenvolvimento semelhante ao de não expostos, quando comparados aos índices de referência brasileiros, como apresentado no estudo longitudinal realizado com 173 lactentes soropositivos nas idades de recém-nascido 18 meses, em São Paulo, Brasil (SÁ; SIEGLE; CARVALHO, 2018). Todavia, a existência de riscos biológicos pode tornar a criança mais vulnerável a apresentar atrasos no desenvolvimento motor ou mesmo desenvolvimento atípico,

potencializadas pelo contexto ambiental no qual está inserida (ADOLPH; KARASIK; TAMIS-LEMONDA, 2010). Dentre os aspectos externos estão aqueles relacionados às condições socioeconômicas, escolaridade, vínculos familiares, bem como as condições do domicílio (RODRIGUES; GABBARD, 2007; CAÇOLA et al., 2011; CAÇOLA et al., 2015).

Assim, o domicílio configura-se como o primeiro contexto no qual a criança encontra-se inserida, capaz de proporcionar oportunidades para o movimento, conduzindo à estimulação natural do comportamento motor (RODRIGUES; GABBARD, 2007), além dos principais cuidados fornecidos pela família. Isso se dá por se tratar de um ser ainda frágil e vulnerável, incapaz de prover seus próprios cuidados (NEVES; CABRAL, 2008).

A concomitância dos dois tipos de risco, biológico e ambiental, provoca um efeito cumulativo. Segundo estudo, a maior chance de atraso no desenvolvimento associou-se à parcela da população mais desfavorecida a qual, por sua vez, acumulava vários fatores: pobreza, mais de três irmãos, nascimento com baixo peso, idade gestacional menor de 37 semanas e ter recebido leite materno por menos de três meses ou não haver sido amamentadas (HALPERN et al., 2000).

Outra investigação avaliou a associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância, apontando mais da metade dos domicílios como arriscados principalmente devido à oferta de material para a aprendizagem e envolvimento dos pais (ZAGO et al., 2017). Considerando um contexto de baixa renda, uma pesquisa realizada na periferia de São Luiz, Maranhão, sinalizou que a qualidade e a quantidade de estímulos ambientais presentes no contexto familiar mostraram-se fundamentais no desenvolvimento global de indivíduos de dois anos de idade (LAMY FILHO et al., 2011).

Assim, percebe-se que o desenvolvimento infantil, é permeado não apenas pelo ambiente físico em si, mas também, das relações e contextos sociais nos quais a criança está inserida (BRONFENBRENNER, 2011). Esses podem ter um efeito significativo tanto positiva quanto negativamente sobre os aspectos do bem-estar infantil, inclusive na motricidade (SON; MORRISON, 2010; SEITZ et al., 2006). Segundo Gabbard (2008) o desenvolvimento motor decorre de mudanças 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.

O primeiro ano de vida é marcado por importantes mudanças no comportamento motor, as quais dependem do contexto ambiental (ADOLPH; KARASIK; TAMIS-LEMONDA, 2010). Nesse sentido, o contexto da criança exposta ao HIV e de sua família pode estar permeado por

medos e incertezas, favorecendo o ocultamento do diagnóstico, ocasionando, por vezes, isolamento social e rede de apoio restrita, bem como interferindo no bem estar dos indivíduos e nas próprias demandas de cuidados infantis (LANGENDORF et al., 2011; ALVARENGA 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 nesse aspecto (ILTUS, 2006). Um estudo realizado com 239 crianças, sem condições clínicas prévias, 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, aquelas vivendo em um contexto 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).

A utilização de instrumentos válidos e confiáveis na identificação das crianças de risco ajudam tanto na triagem e diagnóstico quanto no planejamento e progressão do tratamento, caso alguma anormalidade seja detectada (KOUTRA et al., 2012). Detectar precocemente é um dos objetivos das consultas em pediatria, pois a avaliação e detecção precoce no desenvolvimento infantil chega a ser cem vezes menos custoso em relação ao tratamento daquelas diagnóstico tardio (KIN; GLASCOE, 2003).

Investimentos feitos nos primeiros quatro anos de vida têm uma taxa de retorno anual positivo, enquanto alguns programas de recuperação tardia apresentam retornos nulos e frequentemente negativos (ARAÚJO, 2011; CUNHA; HECKMAN, 2010; YOUNG; RICHARDSON, 2007). A vigilância é um processo contínuo ao longo das consultas e permite a detecção precoce dos problemas de desenvolvimento. Segundo a Academia Americana de Pediatria, recomenda-se aplicar um instrumento de triagem durante os três primeiros anos de vida, mesmo na ausência de fatores de risco, aumentando a capacidade de identificação de possíveis atrasos (GLASCOE, 2005; MARKS; GLASCOE; MACIAS, 2011).

Quantificar e qualificar as oportunidades do domicílio no contexto do lactente exposto ao HIV pode nortear os profissionais da saúde quanto a condutas e orientações. Da mesma forma, orienta os familiares na exploração daquilo disponível no domicílio, espaço físico, variedade de estimulação e brinquedos para a promoção excelente do desenvolvimento motor.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do referencial teórico deste projeto de tese de doutorado está apoiada nas concepções propostas por Urie Bronfenbrenner, nascido em Moscou em 1917, durante a Revolução Russa. Filho de um neuropatologista e uma professora de língua russa, migrou com os pais para os Estados Unidos após a morte de um irmão. Graduou-se em Psicologia e Música na Universidade de Cornell em 1938, com mestrado pela Universidade de Harvard em 1940 e doutorado pela Universidade de Michigan em 1942. Teve seis filhos de seu casamento com uma mulher de descendência alemã, treze netos e uma bisneta, morrendo em 2005 (BRONFENBRENNER, 2011).

O autor possui reconhecimento internacional, decorrente de seus estudos no campo da infância e família, considerado um dos principais teóricos da Psicologia do Desenvolvimento Humano. Defende-se a coerência de aplicar o olhar de Bronfenbrenner sobre esta tese por sua experiência acumulada tanto na população infantil, foco desta investigação, quanto referindo-se ao tópico de estudo de desenvolvimento humano, marcada na sua carreira de professor emérito Jacob Gould Schurman de Desenvolvimento Humano e Psicologia da Universidade de Cornell. Ele possui seis menções honrosas, três de grandes universidades europeias, Universidade de Gotemburgo – Suécia, Universidade de Berlim e Universidade de Munster – Alemanha. Em 1994, como forma de reconhecimento, foi criado o *Bronfenbrenner Life Course Center* na Universidade de Cornell. Em 1996, Bronfenbrenner ganhou o prêmio da *American Psychological Association*, o qual passou a ser concedido anualmente, decorrente de suas contribuições para psicologia (BRONFENBRENNER, 2011).

Na década de 70, Bronfenbrenner formulou os primeiros pressupostos da abordagem ecológica no desenvolvimento humano, com influência de autores como Kurt Lewin, Ted Newcomb e David Levy, entre outros da época (KREBS, 1995). Em seu artigo “*Toward na Experimental Ecology of Human Development*”, publicado em 1977, e posteriormente no livro de 1979, “*The Ecology of Human Development*”, expôs ao campo científico importantes premissas para o planejamento e execução de pesquisas, nas quais considerou, para além de ambientes estáticos e restritos dos laboratórios, os naturais, nos quais os sujeitos vivem e sofrem múltiplas influências com inter-relação dos níveis ecológicos como sistemas entrelaçados (BRONFENBRENNER, 2011).

Até então, as pesquisas eram limitadas a variáveis únicas ou isoladas e a pessoa era estudada em um ambiente restrito e estático, sem a devida consideração das múltiplas influências dos contextos onde vivia. Considera-se que a contribuição de Bronfenbrenner vem

ao encontro da premissa segundo a qual, para a promoção do desenvolvimento da criança, é necessário considerar não só o indivíduo, mas também o domicílio enquanto estrutura física e social, por ser o primeiro ambiente no qual está inserida, bem como as relações imediatas com familiares com quem convive direta e indiretamente.

Bronfrenbrenner definiu o desenvolvimento humano como:

O processo pelo qual a pessoa em crescimento adquire uma concepção do ambiente ecológico diferenciada e válida, tornando-se motivada e capaz para engajar-se em atividades que revelem as propriedades de manterem, ou estruturarem esse ambiente em forma e conteúdo (BRONFENBRENNER, 1979, p.27).

Coerente com o proposto, a maneira como a criança em processo de crescimento é estimulada a aprender e descobrir o que existe ao seu redor condicionará seu desenvolvimento. Seja explorando seu domicílio enquanto estrutura física (móvel, escadas, diferentes tipos de piso) para engatinhar, apoiar-se para levantar ou caminhar, seja durante as inter-relações com os familiares em variedade de estimulação, brinquedos e brincadeiras.

Bronfenbrenner buscava apreender a realidade de forma mais abrangente, tal como é vivida e percebida pela pessoa no contexto em que se insere, sem limitar-se a um ambiente único e imediato, o qual está contido nos ambientes seguintes, em analogia a um conjunto de bonecas russas encaixadas uma dentro da outra (BRONFENBRENNER, 2011). Ao longo dos anos, a continuidade dos estudos na área levou a reformulações, passando a considerar, também, a biologia do indivíduo e os aspectos do tempo e sendo chamada de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Ela considera a ecologia do desenvolvimento como:

O estudo científico de acomodação progressiva e mútua, durante todo o ciclo de vida, entre um ser humano ativo em crescimento e as propriedades em mudança nos contextos imediatos os quais a pessoa em desenvolvimento vive. Nesse processo ela é afetada pelas relações entre esse contexto imediato e os distantes, estando esses encaixados (BRONFENBRENNER, 2011, p. 138).

O desenvolvimento humano é contínuo e multifatorial e, considerando a tese em questão, destaca-se a criança como um ser em crescimento cujo desenvolvimento dependerá de características biológicas, clínicas e da faixa etária condicionadas a um cenário de cuidado no domicílio. Diante da exposição vertical ao HIV, além dos cuidados habituais, são acrescentados aqueles voltados à profilaxia de prevenção da transmissão vertical realizada pela família.

Ressalta-se que as relações ocorridas nesse ambiente (criança-família), bem como fora dele, podem impactar direta ou indiretamente no desenvolvimento infantil.

A teoria é sustentada por quatro componentes: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo, chamado modelo “PPCT”. Cada um dos componentes tem uma função fundamental e deve ser entendido a partir das interligações e relações funcionais com os demais (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER, MORRIS, 1998).

A **Pessoa** compreende as características biológicas, cognitivas e emocionais do indivíduo em desenvolvimento, como também convicções, nível de atividade, temperamento, metas, motivações, gênero, entre outras. Elas são tanto produtoras como produtos do desenvolvimento. Nesta tese, a **pessoa** compreende o lactente que apresenta em suas características biológicas e sociais a incapacidade de sobrevivência sem suporte de um cuidador familiar promovendo os cuidados habituais, como alimentação, higiene, sono e repouso, além das idas aos serviços de saúde para as imunizações, consultas e exames. Diante da exposição vertical ao HIV, destaca-se também a necessidade da não amamentação, profilaxia com antirretrovirais e antibiótico, rotina de acompanhamento em serviço de infectologia, exames laboratoriais para investigação de carga viral e imunizações de acordo com suas especificidades.

**Processo** recebe destaque como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, contemplando as interações recíprocas que acontecem de maneira gradativa, em termos de complexidade, entre o sujeito e as pessoas, objetos e símbolos presentes no ambiente imediato. As interações no último são denominadas processos proximais. Nesta tese, o **processo** se dá entre as relações recíprocas da criança com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato, especificamente com a família no domicílio.

Segundo Bronfenbrenner (2011, p. 279) “a família é o mais humano, o mais poderoso e o sistema mais econômico conhecido para tornar e manter os seres humanos mais humanos”. Ela é o primeiro e o principal contexto para o desenvolvimento, onde ocorrem as interações sociais da criança. As características dos familiares, suas condições socioeconômicas e, principalmente, o relacionamento pais-criança é considerado um processo proximal, o qual interage com aspectos do contexto, da pessoa e do tempo, resultando em diferentes desfechos de desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011). Entendo que a interação do lactente com o ambiente domiciliar possibilita a exploração dos utensílios e mobílias disponíveis nos espaços físicos interno e externo, na oferta de diferentes brinquedos de acordo com a faixa etária e da continuidade e intensidade na variedade de estimulação fornecida pelos familiares, na presença



de adultos e/ou irmãos os quais possam brincar com essa criança, ou mesmo durante a realização dos cuidados habituais e de prevenção da transmissão vertical do HIV.

**Contexto** envolve o ambiente onde a pessoa está inserida (micro, meso, exo e macrosistemas) e se desenrolam os processos desenvolvimentais, desde os mais imediatos até os mais remotos, sujeitos a influências recíprocas:

- **Microssistema:** corresponde a um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicos. É o espaço mais próximo da pessoa em desenvolvimento, onde se estabelecem relações estáveis e significativas, como uma casa, sala de aula ou *playground* (BRONFENBRENNER, 1979; 2011). Nesta tese, o microssistema se refere ao domicílio.

- **Mesosistema:** compreende os vínculos e os processos ocorridos entre dois ou mais ambientes e as inter-relações nos quais a pessoa em desenvolvimento está inserida. Ele é formado e ampliado sempre que a pessoa entra num novo ambiente. Um mesossistema é composto por microssistemas, como nas relações entre casa e escola ou escola e trabalho (BRONFENBRENNER, 1979; 2011). Nesta pesquisa, o mesossistema está composto pelas inter-relações do domicílio com os demais ambientes nos quais a criança estabelece relações, como a creche e o serviço de saúde.

- **Exossistema:** refere-se às ligações entre ambientes sem participação ativa do sujeito e os respectivos microssistemas envolvidos no seu desenvolvimento, mas que afetam ou são afetado, pelo aquilo ocorrido no ambiente mais próximo da pessoa. Sendo assim, mesmo sem frequentá-los como um participante ativo, eles desempenham uma influência indireta sobre o sujeito. Como exemplos, podem ser destacados o trabalho dos pais, a rede de apoio e a comunidade (BRONFENBRENNER, 1979; 2011). Neste trabalho, o suporte social percebido pela família é entendido como exossistema.

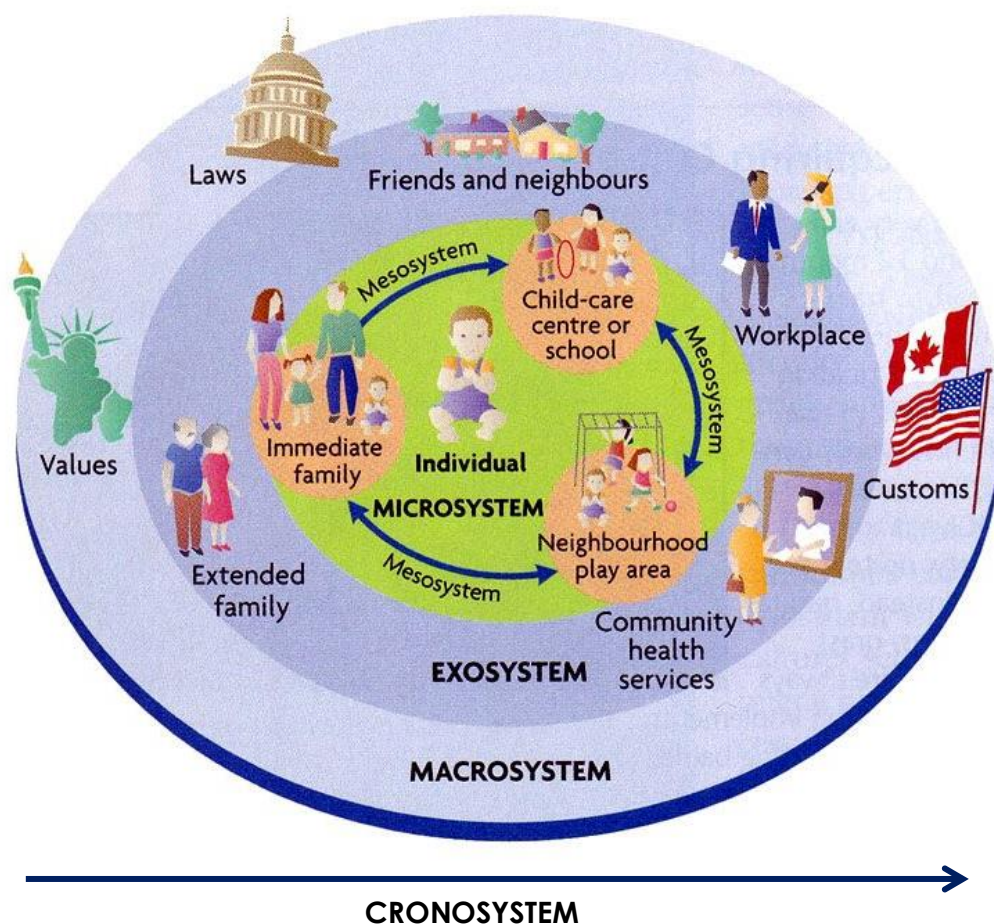
- **Macrossistema:** refere-se à influência social, cultural e global. Consiste no padrão dominante de características de micro, meso e exossistema de uma determinada cultura, subcultura ou outro contexto social mais amplo (BRONFENBRENNER, 1979; 2011). Neste estudo, o macrossistema se refere ao contexto da epidemia do HIV, expressa nas variáveis clínicas e de cuidado de lactentes nessa situação e sociodemográficas e clínicas do familiar, principal responsável pelo cuidado cotidiano da criança.

O **Tempo**, o qual também pode ser denominado de cronossistema, é a estrutura que adiciona dimensões temporais ao captar as mudanças do meio, o grau de estabilidade ou mudanças na vida dos indivíduos face aos eventos ambientais e as transições ocorridas ao longo

da existência, produzindo condições afetando o desenvolvimento das pessoas. Nesta tese, ele corresponde à faixa etária da criança de 3 até 18 meses.

Utilizando uma figura para exemplificar a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, tem-se na imagem a pessoa (neste caso uma criança), os microsistemas (a família imediata, creche ou escola e área de lazer do bairro) que em conjunto formam o mesossistema. No próximo nível, o exossistema (a família estendida, amigos e vizinhança, local de trabalho dos pais e serviços comunitários de saúde), e no macrosistema (os valores, costumes e leis), todos sob ação do tempo.

Figura 1 — Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.



Fonte: BERK; ROBERTS, 2009, p. 28.

Aplicando a ilustração à tese, aponta-se o **lactente exposto ao HIV** a nível de **microsistema**, sendo o sistema ecológico mais próximo, o domicílio e a interação com a família. Aqui cabem as características sociodemográficas e clínicas de ambos, a presença ou

ausência de insegurança alimentar e a capacidade para cuidar da criança exposta. Também, destaca-se a situação de sorologia positiva para o HIV em um ou mais membros da família (mãe, pai, irmão) que pode afetar direta ou indiretamente nos cuidados e atenção a esse lactente.

Outro microsistema compreende o serviço na Atenção Primária à Saúde durante a realização periódica das consultas de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, vigilância e ações de prevenção, com orientações dos profissionais de saúde aos familiares potencializando esse desenvolvimento. Quanto ao serviço de infectologia também das consultas periódicas para acompanhamento e condutas clínicas de cuidado as particularidades da exposição vertical do HIV.

Quando o lactente frequenta creche ou escolinha, está inserido em um novo microsistema. Destaca-se que, majoritariamente, as creches são o segundo contexto frequentado regularmente pelas crianças, representando um espaço de convívio social de interações com os pares e com os professores. A relação de dois microsistemas nos quais o lactente pratica ativamente – como o vínculo entre família e creche ou família e serviço de saúde – compõe o **mesossistema**.

A nível de **exossistema** estão aqueles ambientes onde o lactente não atua diretamente, mas que influenciam seu desenvolvimento, como o trabalho dos pais, a família extensa e as amigas. Nesse sistema encontra-se a rede de apoio e suporte social da família, diante da realização de atividades com grupo de amigos, momentos de lazer, pessoas a quem recorrer em emergências, relação e tempo com a família extensa e experiências no ambiente laboral, por vezes prejudicados pela existência do HIV diante de situações de isolamento social e rede de apoio restrita devido ao medo do estigma e ao preconceito.

O estigma e preconceito que ainda marcam o cotidiano das pessoas vivendo com HIV abrangem a nível de **macrossistema**. Mesmo sendo o mais distante do lactente, ele pode afetá-lo e influenciá-lo. Também compõem o macrossistema as políticas públicas de enfrentamento ao HIV, já instituídas como acesso gratuito e universal ao diagnóstico e tratamento no cenário brasileiro, ações voltadas especificamente à prevenção da transmissão vertical e o direito assegurado da fórmula láctea ao lactente exposto.

Quanto ao **Tempo**, decorrem questões acerca da idade cronológica do lactente (na faixa etária de 3 a 18 meses) e a duração dos processos proximais, ou seja, como, quando e com qual frequência ocorrem as variedades de estimulação para influenciar no desenvolvimento.

A utilização do Modelo Bioecológico tem sido reportada nas pesquisas realizadas na área da saúde em diferentes cenários, como no domicílio, assentamentos rurais (EBLING; SILVA; 2020), ambientes hospitalar e ambulatorial, organização não governamental e abrigo

infantil. Ele é aplicado a faixas etárias desde idosos (PORTO; KOLLER, 2006) e adultos (FEIJÓ et al., 2012; ZILLMER et al, 2011) até adolescentes (BRUM; MOTTA, ZANATTA, 2019; GUIMARÃES et al., 2019) e crianças (CECCONELLO; KOLLER, 2003; WHITTAKER et al., 2011; PEDROSO; MOTTA, 2013; DADALTO; ROSA, 2017; LEMOS; VERÍSSIMO, 2015; ACOSTA; AMAYA; KOLLER, 2013) em contextos sociais de vulnerabilidade para situação de pobreza, de doenças sexualmente transmissíveis ou do convívio com familiar usuário de drogas, nas condições clínicas de tratamento oncológico, doenças crônicas e prematuridade.

Quanto à aplicação do Modelo Bioecológico em pesquisas na saúde infantil, tem-se um estudo operacionalizando sua utilização em uma pesquisa qualitativa sobre resiliência e vulnerabilidade em três famílias pobres, em situação de risco (CECCONELLO; KOLLER, 2003). Em outro, com delineamento longitudinal, realizado nos Estados Unidos com 114 díades mãe-bebê, investigou o efeito de fatores presentes em famílias em situação de pobreza sobre o desenvolvimento e indicou que as variáveis contextuais de risco (inadequação de recursos da família e conflito familiar) influenciaram o estresse parental, o qual exerceu efeito negativo nos filhos (WHITTAKER et al., 2011).

Na situação de hospitalização, uma investigação acerca da percepção de familiares de infantes com doenças crônicas (síndromes congênitas, distúrbios endocrinológicos e metabólicos, anemia falciforme, fibrose cística, patologias gástricas e respiratórias e hepatopatias) sobre os componentes das situações de fragilidade elencou a categorização da vulnerabilidade programática e sua inserção no mesossistema das instituições de saúde. A pesquisa apontou a ligação entre os sistemas do ambiente ecológico e os componentes das situações de vulnerabilidade, que, ao serem identificadas, possibilitam o incremento das ações de saúde voltadas à criança e sua família (PEDROSO; MOTTA, 2013).

Uma investigação avaliando 12 mães de recém-nascidos pré-termo egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal quanto à qualidade dos processos proximais e uso de chupeta nos primeiros dois anos, mostrou que esses processos foram mais efetivos para mães com maior escolaridade e melhor situação econômica e sem interferência da chupeta. A utilização dessa última foi mais evidente durante o sono e uso irrestrito facilita a resolução do choro, liberando a mãe para outras atividades. Todavia, neste estudo a chupeta atuou como limitador dos processos proximais (DADALTO; ROSA, 2017).

Na pesquisa realizada com 12 famílias de crianças menores de três anos para compreender as concepções de familiares de prematuros acerca do desenvolvimento infantil e fatores associados, com categorização dos resultados segundo Modelo Bioecológico, elencou-

se a preocupação quanto ao prejuízo no desenvolvimento atual e futuro da criança (Pessoa), definida como frágil em razão do nascimento prematuro (Tempo), minimizada pelo alcance de competências observáveis, como habilidades motoras. Nele, o contexto, especialmente família e serviços de saúde, e os processos proximais, descritos por interações unidirecionais dos familiares, foram determinantes para a variável estudada (LEMOS; VERÍSSIMO, 2015).

Na literatura, a menção da utilização do Modelo Bioecológico na população infantil associado ao HIV foi reportada em um estudo colombiano investigando a experiência de vida de crianças soropositivas em uma instituição fechada e sua relação com a oferta institucional. Mediante uma pesquisa etnográfica com 31 sujeitos, mostrou-se que a entidade satisfaz as necessidades básicas em relação à saúde, nutrição, educação e atenção básica satisfatoriamente, embora fragilidades tenham sido identificadas na divulgação do diagnóstico, estigmatização e discriminação (ACOSTA; AMAYA; KOLLER, 2013).

Como relação a utilização do modelo para a população infantil na condição de exposição vertical ao HIV ainda não foi mencionada, aponta-se o ineditismo desta tese. Assim, a escolha de tal modelo como referencial deste projeto de tese ampliará a compreensão acerca do desenvolvimento infantil, em particular ao considerar o ambiente domiciliar, uma vez que esse representa o primeiro sistema no qual o lactente está inserido, oferecendo os mais diversos estímulos para potencializar seu desenvolvimento, especialmente diante das particularidades da exposição vertical ao HIV.

Por fim, cabe considerar o tempo presente, marcado pela crise mundial de enfrentamento a pandemia do novo coronavírus. No início do ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou o agente etiológico causador da síndrome respiratória aguda grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), também conhecida como SARS-CoV-2 ou COVID-19 (BRASIL, 2020). A disseminação mundial da COVID-19 caracterizou o cenário de pandemia, o qual ainda perdura. Os impactos para a saúde de infantes expostos ao HIV e seu desenvolvimento, decorrentes da restrição/isolamento social que implica na ausência de interação com os demais ambientes, família ampliada, adultos e crianças, além de restrições nas agendas dos serviços de saúde e de creches, ainda são incertos e certamente serão alvos de pesquisas futuras.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Na primeira, o método científico envolve um conjunto de procedimentos sistemáticos ordenados usados para adquirir informações que posteriormente serão analisadas por procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011). Já o segundo é caracterizado em estudos epidemiológicos examinando a relação entre a exposição e o desfecho, em uma dada população, em um particular momento, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele único momento (PEREIRA, 2012).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

A determinação do local deu-se a partir dos dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do ano de 2016 (BRASIL, 2016c) atualizado em 2017 (BRASIL, 2017b) e em 2018 (BRASIL, 2018). Neste documento, buscou-se a classificação dos 100 municípios brasileiros, com mais de 100 mil habitantes, os quais apresentavam maior índice composto de HIV<sup>1</sup>. Ao utilizar esse índice, buscou-se uma melhor forma de classificação, englobando diferentes parâmetros epidemiológicos e operacionais que permitam priorizar estados e municípios para o enfrentamento da epidemia.

Os maiores resultados foram identificados em dezessete municípios do Rio Grande do Sul, a saber: 1º Porto Alegre, 2º Rio Grande, 3º Alvorada, 4º Novo Hamburgo, 6º Uruguaiana, 18º Canoas, 21º Cachoeirinha, 26º Gravataí, 28º Sapucaia do Sul, 37º Bagé, 43º Erechim, 46º São Leopoldo, 54º Viamão, 56º Pelotas, 59º Passo Fundo, 94º Santa Maria e Santa Cruz do Sul. Sendo esse último o único constante na lista dos 100 municípios brasileiros do boletim epidemiológico de 2016 que não permaneceu em 2017. Já Erechim e Passo Fundo deixaram a lista em 2018. Entretanto, devido ao contato prévio com esses municípios e manifestação de interesse na pesquisa, optou-se por mantê-los.

---

<sup>1</sup> Este índice é construído utilizando informações dos seguintes indicadores: taxa média de detecção de aids na população geral nos últimos três anos; variação média da taxa de detecção de aids na população geral nos últimos cinco anos; taxa média de detecção de aids na população de menores de cinco anos nos últimos três anos; variação média da taxa de detecção de aids na população de menores de cinco anos nos últimos cinco anos; taxa média de mortalidade por aids na população geral nos últimos três anos; e variação média da taxa de mortalidade por aids na população geral nos últimos cinco anos.

Realizou-se contato com os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em HIV, de modo que esses fossem colaboradores da pesquisa. De acordo com cada um, ajustou-se a logística de autorizações para a coleta de dados, pois em alguns casos a autorização era expedida pelo secretário/a de saúde e em outros era necessária a apreciação ética de núcleos e ou comitês de ética das próprias instituições.

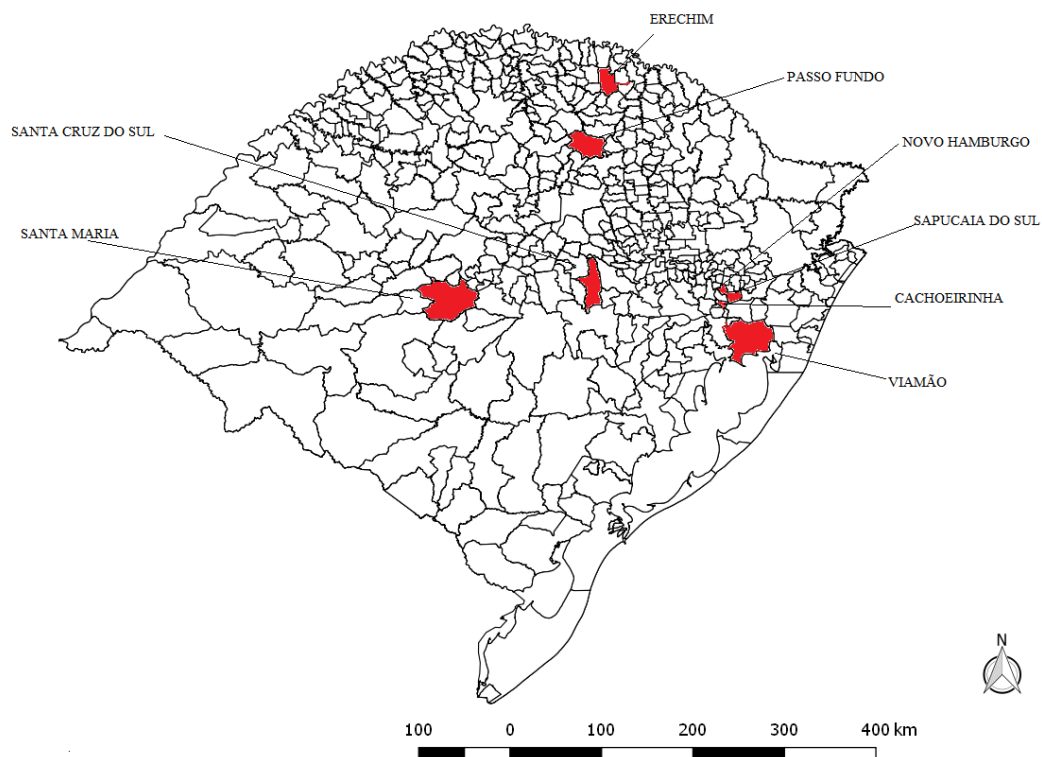
Devido aos diferentes trâmites de autorização, ocorreram atrasos no início de coleta de dados nos outros municípios. Entre eles, podem ser apontados a burocratização via plataformas, a necessidade de período mínimo da submissão para a avaliação do projeto, as adequações, reajustes e esclarecimentos, a troca de gestores municipais de um ano para o outro e, conseqüentemente, a necessidade de ciência do projeto, novamente, por parte da gestão municipal.

Em alguns municípios houve recusa por parte da gestão já no contato inicial de apresentação do projeto, com justificativas de ausência de efetivo médico pediátrico e irregularidade nas agendas de acompanhamento, bem como dos demais profissionais com quantitativo e infraestrutura compatíveis à colaboração com a coleta de dados. Aqueles com autorização e orientação de contato com os responsáveis do SAE/CTAs nos períodos de férias e finais de ano também atrasaram a continuidade das coletas. De forma mais agravante, a partir do início da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), a qual ainda perdura, a restrição aos serviços tornou-se ainda maior, com redução de agendas e restrição no fluxo de pessoas dentro das unidades de saúde. Assim, mesmo munidos da autorização, foi inviável prosseguir com a coleta de dados.

Diante desse cenário com 17 municípios, oito compuseram os campos de coletas de dados: Novo Hamburgo, Cachoeirinha, Sapucaia do Sul, Viamão, compreendendo os municípios da região metropolitana e, Erechim, Santa Cruz e Passo Fundo e Santa Maria o interior do estado (Figura 2).

A etapa de coleta de dados iniciou-se pelo município de Santa Maria (sede da UFSM, proponente desta pesquisa). A cidade localiza-se na região central do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com população de aproximadamente 300.000 habitantes. Conta com dois serviços de atenção especializada em HIV, sendo um municipal (Casa 13 de Maio) e outro federal (Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM). Assim, buscou-se autorização do campo de coleta de dados, com submissão do projeto à apreciação da Direção de Ensino e Pesquisa (DEP) do HUSM e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS), para compor a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM.

Figura 2 — Mapa dos oito municípios do estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: Adaptado IBGE.

O HUSM foi fundado em 1970, sendo um hospital público, geral, de nível terciário e referência para a região centro-oeste do RS e fazendo parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS). É um órgão integrante da UFSM, atuando como hospital-escola, com sua atenção voltada ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão.

No HUSM, os familiares foram acessados conforme lista de agenda de consultas no Ambulatório de Doenças Infecciosas pediátrico; no Ambulatório de Doenças Infecciosas adulto; Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco; e na Unidade de Dispensação de Medicamentos. Justifica-se a escolha desse cenário pois as crianças nascidas expostas ao HIV recebem acompanhamento em saúde nesses serviços, ao menos até a definição de sua condição sorológica. A coordenadora da pesquisa realizou encontros semanais com a equipe da pesquisa para acompanhamento das coletas.

Na Casa 13 de Maio, foi realizada a busca das mães que mantinham acompanhamento no serviço, conforme cadastro de pacientes e lista de agenda de consultas. Este é um órgão municipal sob responsabilidade da prefeitura de Santa Maria, a qual presta consultas, exames, atendimentos e informações acerca do HIV, juntamente com o ambulatório de Doenças Infecciosas do HUSM e a Política Municipal em HIV. Foi inaugurada em 2004 e tem como



principal objetivo a incorporação de uma tarefa do poder público entre os diferentes níveis de densidade tecnológica em saúde, além de enfatizar a necessidade de estabelecer uma integração entre os serviços de saúde, um fluxo de parcerias para que os mesmos pudessem receber de forma digna os usuários na perspectiva de uma atenção de qualidade.

Novo Hamburgo localiza-se no Vale do Rio dos Sinos, na região metropolitana de Porto Alegre e compreende uma população estimada de 246.452 habitantes. Conta com o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) – Novo Hamburgo. Cachoeirinha, também da região metropolitana, a 17 km de Porto Alegre, tem uma população de 118.278 habitantes e possui o SAE – Cachoeirinha.

Sapucaia do Sul localiza-se a apenas 19 km da capital, segundo o censo do IBGE (2015), possui população de 138.357 habitantes e oferece o SAE – Sapucaia do Sul. Viamão é um município a 25km da capital do estado, sendo o sétimo mais populoso, com aproximadamente 256.302 habitantes em 2020, e possui o SAE – Viamão.

Passo Fundo, na região noroeste do interior do Rio Grande do Sul, comporta uma população estimada de 204.722 habitantes e, através da Secretaria de Saúde, possui o SAE ao HIV – Passo Fundo, no centro da cidade.

Santa Cruz do Sul, considerada a quinta economia do estado, localizada no Vale do Rio Pardo, região central do interior do Rio Grande do Sul, a 155 quilômetros de Porto Alegre, possui pouco mais de 126 mil habitantes. Sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde está o SAE Centro Municipal de Atendimento à Sorologia (CEMAS).

Erechim, considerada um centro sub-regional no país, é a cidade polo da região do Alto Uruguai, sendo a segunda mais populosa do norte do estado, sobre a cordilheira da Serra Geral. Sua população é de 104.000 habitantes, segundo o censo de 2017, e conta com o SAE – Erechim.

Nos municípios componentes do cenário de coleta, a equipe de pesquisa (no mínimo dois integrantes devidamente capacitados) visitou os serviços e alinhou com um profissional de referência a apresentação da pesquisa, entrega e guarda dos documentos, instruções sobre como realizar a abordagem dos possíveis participantes, andamento e comunicação durante o período de coleta de dados, com lista de atualização das agendas via e-mail e comunicação do grupo de coleta via *WhatsApp*.

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população alvo do estudo são os familiares de crianças nascidas expostas ao HIV, com idades de três a 18 meses, notificadas nos municípios gaúchos com maior índice composto de HIV. Considerando o cenário de pandemia da COVID -19 e a interrupção da coleta de dados, obteve-se um total de 168 instrumentos. É possível estimar com 95% de confiança qualquer desfecho que aconteça com uma frequência de 50%, com margens de erro entre sete e oito pontos percentuais.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser familiar de criança exposta verticalmente ao HIV e capacidade de realizar os cuidados cotidianos sozinho. Como critérios de exclusão, elencou-se: institucionalização, perda de seguimento ambulatorial ( $\geq 1$  ano sem acesso) e/ou impossibilidade de contato telefônico (após dez tentativas em dias e turnos diferentes).

A partir das notificações no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN) de gestantes HIV e crianças expostas dos municípios, foi construída uma lista de prováveis participantes. Os coletadores realizar visitas nos serviços de saúde para acordar como proceder a coleta de dados. Em cada local, um profissional ficou responsável pela entrega e guarda dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), preenchido pelo familiar da criança, recolher as assinaturas e guarda dos documentos. Mediante lista de contatos telefônicos obtidos nos serviços, após a assinatura do termo e informe do aceite de participação à equipe de pesquisa era aplicado o instrumento de coleta via contato telefônico.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em duas fases: CAPFAM I, apenas no município de Santa Maria, de dezembro de 2015 a junho de 2018, com a participação de 88 familiares; e CAPFAM II, em Santa Maria e demais municípios, realizada de janeiro de 2018 a agosto de 2020, com 80 familiares. A equipe de coletadores foi composta por doutorandos, mestrandos e bolsistas de iniciação científica do grupo de pesquisa GP-PEFAS, devidamente capacitados e certificados para realização da mesma. Sinaliza-se a experiência do grupo em coletas de dados telefônica anteriores, deste e de outros projetos envolvendo temas sensíveis.

A realização dos telefonemas ocorreu nas dependências do Centro de Ciências da Saúde, localizado na UFSM, em sala reservada e com aparelhos de uso exclusivo para tal finalidade. Inicialmente, o participante era apresentado à pesquisa e informado sobre a necessidade de leitura e assinatura TCLE disponível nos SAE/CTA. Garantiam-se todos os direitos de informação acerca do estudo, esclarecimentos necessários, bem como eram observado o direito

de sigilo da condição sorológica, a qual somente era citada após a confirmação de dados pessoais do entrevistado.

Mediante assinatura do TCLE, o profissional do serviço comunicava a equipe de coleta. Assim essa procedia com um novo contato telefônico objetivando agendar dia e horário adequados para a aplicação do instrumento de pesquisa. Essa aplicação foi feita de uma única vez ou de maneira subdividida em momentos diferentes dentro de um período de 15 dias, de modo a respeitar a preferência e disponibilidade dos participantes, considerando que a duração da coleta tem aproximadamente 30 minutos. O instrumento de pesquisa compreendeu:

- **Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica do familiar, do lactente e do ambiente domiciliar:** integra as variáveis com os dados demográficos, econômicos, sociais e perfil clínico, o qual foi pré-testado para a verificação da necessidade de adequação das questões (ANEXO A).
- **Escala de avaliação da capacidade de cuidar de crianças expostas ao HIV (EACCC-HIV):** visa avaliar a capacidade familiar para cuidar da administração de medicamentos, da alimentação, da garantia do acompanhamento clínico e vacinação da criança exposta ao HIV (BARROSO et al., 2009) (ANEXO B). Utilização autorizada pelos autores.
- **Affordances no ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor – escala bebê (AHEMD-IS)** possibilita a avaliação das oportunidades disponíveis no ambiente domiciliar para promover o desenvolvimento motor infantil (CAÇOLA et al., 2015) (ANEXO C). Utilização autorizada pelos autores.
- **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):** avalia a satisfação que o indivíduo sente em relação ao apoio social que pensa ter disponível (MARÔCO, et al., 2014) (ANEXO D). Utilização autorizada pelos autores.
- **Inventory of Family Protective Factors (IFPF):** traduzido como Inventário de fatores protetores da família, avalia os fatores protetores que contribuem para a resiliência familiar (AUGUSTO, et al., 2014) (ANEXO E). Utilização autorizada pelos autores.
- **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – versão curta (EBIA):** avalia a ocorrência de insegurança alimentar nos domicílios de famílias, sendo amplamente utilizada no Brasil (SANTOS et al., 2014) (ANEXO F).

Considerando que o AHEMD-IS possui imagens ilustrando os brinquedos, a fim de não comprometer a coleta via telefone, eles eram descritos, sendo destacado tratarem-se de exemplos e que não necessariamente a criança precisava ter todos os citados, evitando

constrangimentos. Ainda, solicitava-se que elencassem quando houvesse algum brinquedo não citado ou se algum outro instrumento fosse utilizado como brinquedo, a fim de adequar quando possível aos disponíveis no instrumento.

Por utilizar questionamentos na primeira pessoa, no IFPF era explicado ao entrevistado que a pergunta se relacionava a ele próprio. Sendo assim, deveria tentar considerar como se ele mesmo estivesse fazendo a leitura da pergunta, quando essa era falada pelo coletador no telefone.

## 5.5 DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos no programa *EpiInfo* versão 7.2, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão dos dados. Após a correção de erros e inconsistências, foram exportados para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

Compuseram como variáveis de caracterização do familiar: faixa etária (até 29 anos, 30 anos ou mais), sexo (feminino, masculino), estado civil (convive com esposo/companheiro, solteiro, divorciado), escolaridade (não estudou/Fundamental incompleto, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Superior), renda (até 1 salário, entre 1 e 2, 2 ou mais), pessoas que vivem com a renda (até 2, entre 3 a 5, 6 ou mais), número de filhos (1, entre 2 e 4, 5 ou mais), zona do município (urbana, rural, periurbana), está empregado (sim, não), ocupação (do lar, outra), faz uso de drogas (sim, não), faz uso de álcool (sim, não), problema de saúde (sim, não), infecção pelo HIV (vertical, sexual, injetáveis, transfusão, desconhece), tempo de diagnóstico (< 1 ano, entre 1 e 5, entre 6 e 10, >10), faz tratamento (sim, não), comparece às consultas (sim, não) e manter o acompanhamento (difícil, mais ou menos, fácil).

As variáveis do cuidado foram: relação com a criança (mãe, pai/pais, outros), outra criança sob cuidados (sim, não), criança tem irmão exposto (sim, não), nasceu prematura (sim, não), primeiro atendimento em infectologia (<1 mês, entre 2 e 3, > 4 meses), número de consultas (não lembra, entre 1 e 4, entre 5 e 8, entre 9 e 12), criança faltou consulta (sim, não), manter o acompanhamento da criança (difícil, mais ou menos, fácil), conhece o serviço de saúde próximo (sim, não), leva a criança nele (sim, não), criança tem problema de saúde (sim, não), criança faz acompanhamento de saúde (sim, não), medicamentos que faz uso (suplemento, antibiótico, antirretroviral, outros, nenhum), tipo de leite (de vaca, fórmula, ambos), frequência da fórmula láctea (adequada, inadequada), alimentação complementar (sim, não) e frequência da alimentação complementar (adequada, inadequada).

As variáveis do ambiente foram: tipo de residência (casa, apartamento), tempo na residência (até 11 meses, 12 meses ou mais), número de adultos (até 2, 3 ou mais), número de crianças (até 2, 3 ou mais), número de quartos (até 2, 3 ou mais) e criança frequenta creche (sim, não).

Para obtenção das pontuações e classificação em categorias e dos totais de cada instrumento utilizou-se as recomendações propostas pelos autores.

- **Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV (EACCC-HIV)**

A EACCC-HIV é uma escala validada por Léa Maria Moura Barroso, em Fortaleza, no ano de 2008 (BARROSO, 2008). Ela possui 52 itens compreendidos em cinco dimensões relacionados à capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV, distribuídos da seguinte forma (BARROSO et al., 2009):

- **Fator 1:** capacidade para administrar o zidovudina xarope para crianças até 28 dias de vida, com quatro itens (de 1 a 4);
- **Fator 2:** capacidade para preparar e administrar o leite em pó para todas as crianças até um ano, com 17 itens (de 5 a 21);
- **Fator 3:** capacidade para preparar e administrar a alimentação complementar para crianças acima de seis meses de idade, com 22 itens (de 22 a 43);
- **Fator 4:** capacidade para administrar a profilaxia com sulfametoxazol e trimetoprim para crianças maiores de 28 dias até um ano, com quatro itens (44 a 47);
- **Fator 5:** capacidade para garantir a adesão ao acompanhamento clínico e vacinação para todas as crianças até 1 ano, com cinco itens (48 a 52).

O participante pode indicar apenas uma alternativa, variando entre 1 (nunca) e 5 (sempre), respondendo com qual frequência realiza tal cuidado. As respostas obtidas podem ser somadas e analisadas separadamente por fator e geral – quanto maior a pontuação, maior será a capacidade para cuidar. As dimensões estratificam em níveis de capacidade baixa, moderada e alta, conforme presente no Quadro 1.

Quadro 1 – Níveis de capacidade para cuidar, por fator e classificação.

Fator	Níveis de capacidade para cuidar		
	Baixa	Moderada	Alta
1	4-9	10-15	16-20
2	17-40	41-64	65-88
3	22-51	52-81	82-110
4	4-9	10-15	16-20
5	5-9	10-19	20-25
Geral	52-121	122-191	192-260

Fonte: BARROSO, et al., 2009.

- ***Affordances no ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor - escala bebê (AHEMD-IS)***

O AHEMD-IS 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, para crianças de três a 11 meses e de 12 a 18 meses de idade (CAÇOLA et al., 2015). A dimensão espaço físico compreende sete itens; variedade de estimulação tem oito; brinquedos para motricidade grossa possui seis para crianças até 11 meses e nove maiores de 12 meses; brinquedos para motricidade fina tem cinco para menores de 11 meses e 11 para maiores de 12 meses (CAÇOLA et al., 2015).

É possível avaliar cada dimensão e pontuação total, mediante a soma dos pontos obtidos. Para as questões dicotômicas (sim e não) atribuem-se valores de zero e um; para as do tipo *likert* (nunca, às vezes, quase sempre e sempre) atribuem-se valores de zero a três; e nas questões referentes à quantidade de brinquedos (nenhum, um ou dois e três ou mais) atribuem-se valores de zero a dois. É possível converter as pontuações em categorias descritivas (Quadro 2).

Quadro 2 - 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., 2015.

- **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

Escala validada com 15 itens, divididos em quatro dimensões (MARÔCO et al., 2014):

- **Dimensão 1:** satisfação com amizades (SA) (1-5);
- **Dimensão 2:** intimidade (IN) (6-9);
- **Dimensão 3:** satisfação com a família (SF) (10-12);
- **Dimensão 4:** atividades sociais (AS) (13-15).

A escala é de autopreenchimento com o formato de respostas de *Likert* com cinco pontos: (5 - concordo totalmente; 4 - concordo na maior parte, 3 - não concordo nem discordo; 2 - discordo na maior parte; 1- discordo totalmente). A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, variando entre 15 e 75; sendo que a mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a ela, mas os itens 1,6,9,13,14 e 15 devem ter valores cotados invertidos (MARÔCO et al., 2014).

- **Inventory of Family Protective Factors (IFPF)**

O IFPF foi desenvolvido e validado por cinco investigadores norte-americanos de Lehigh University, New Mexico State University e University of Wisconsin – River Falls, baseado no Modelo de Adaptação Familiar. Nesse contexto, fatores protetores são avaliados por oposição aos de risco, significando que certas famílias têm determinados atributos e recursos permitindo-lhes superar e tirar partido da exigência inerente aos processos de transição, quer sejam de desenvolvimento ou situacionais (AUGUSTO et al., 2014). O instrumento possui quatro dimensões que influenciam essa proteção (AUGUSTO, et al., 2014):

- **Necessidades Habituais:** possui três itens, nela é avaliado se a família tem mais experiências positivas ou negativas no âmbito da saúde, situação financeira, amigos e trabalho/escola.
- **Adaptação:** possui quatro itens, incluindo a percepção da família relativa à autoestima, ao otimismo, à criatividade e à desenvoltura.
- **Suporte Social:** possui quatro itens e avalia a existência de pelo menos um bom relacionamento com uma pessoa que preste apoio, seja carinhosa, em quem se possa confiar e quem se interesse pela família.
- **Experiências gratificantes e significativas:** possui quatro itens, que avaliam a experiência da família de domínio num contexto de adversidade, incluindo sentimentos de controle positivos em algumas situações desafiadoras.

Cada item é respondido numa escala tipo *Likert*, com cinco opções de resposta (1 - quase sempre, 2 - geralmente, 3 - às vezes, 4 - raramente e 5 - nunca). O instrumento dá origem a um escore dos fatores protetores com o máximo de 75 e o mínimo de 15. Quanto maior a pontuação, maior são os fatores protetores (AUGUSTO et al., 2014).

- **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – versão curta (EBIA)**

A EBIA foi validada em 2004 com 14 itens e vem sendo amplamente utilizada em pesquisas brasileiras. Neste estudo, optou-se por utilizar sua versão curta, com apenas cinco itens, a qual foi validada por pesquisadores de Pelotas, Brasil (SANTOS et al., 2014).

Esta escala é utilizada para avaliar tanto a percepção das pessoas com relação aos alimentos quanto a disponibilidade dos mesmos no domicílio. A versão curta permite apenas identificar a presença ou ausência de insegurança alimentar no domicílio das famílias. Para



tanto, a escala é aplicada ao responsável pela alimentação da família no domicílio (SANTOS et al., 2014).

As questões se referem ao período de três meses antecedentes à entrevista e as respostas são dicotômicas (sim e não). Para cada resposta positiva, atribui-se o valor de um, o que significa a presença de insegurança alimentar no domicílio (SANTOS et al., 2014).

Foi realizada estatística descritiva para as variáveis categóricas, expressas em frequência absoluta e relativa, e as variáveis quantitativas com medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão e intervalo interquantil), conforme a distribuição da normalidade dos dados.

Considerada como variável dependente as oportunidades do ambiente domiciliar e como variáveis independentes aquelas de caracterização sociodemográfica e clínica, do ambiente, pontuação total da escala capacidade familiar para cuidar, pontuação total do suporte social, pontuação total dos fatores protetores da família e insegurança alimentar.

A associação das variáveis qualitativas utilizou-se o Teste Qui-Quadrado de *Pearson* e Exato de *Fischer*. Para as variáveis quantitativas não paramétricas procedeu-se conforme Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, foi adotado teste de *Mann-Whitney* nas de duas categorias e Teste de *Kruskal-Wallis* para aquelas com três ou mais. Foi realizada análise de Regressão de *Poisson* com variância robusta. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (ANEXO G) e da Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (ANEXO H), além de receber as autorizações municipais (ANEXO I ao ANEXO Q). Foram respeitadas as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

A abordagem por telefone ocorreu em sala reservada, com telefone de uso exclusivo. A fim de preservar o sigilo diagnóstico, o coletador, ao início da ligação, sempre buscou certificar-se de estar falando com o responsável pela criança e de que o mesmo se encontrava em local reservado para manter a discrição das informações. Reforça-se aqui a experiência dos responsáveis por essa etapa com coletas via telefone, juntamente com o suporte, estrutura e organização do grupo de pesquisa GP-PEFAS.

Nos contatos, os objetivos da pesquisa eram esclarecidos, bem como a participação de caráter voluntário, além de serem asseguradas a confidencialidade e sigilo das informações. A materialização do aceite dos participantes em participar desta pesquisa era efetivada mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO R), o qual ficou disponível nos SAE/CTA, em duas vias, uma para participante e outra pra o pesquisador, constando a assinatura de ambos. Após, os termos foram armazenados em envelopes fechados e guardados no serviço até serem retirados pelo pesquisador. Somente depois da assinatura do termo e mediante positiva do profissional do serviço de saúde a equipe de coletadores aplicava o instrumento de pesquisa.

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados e divulgadas somente de forma anônima. Para tanto, foi utilizado o Termo de Confidencialidade (ANEXO S) dos dados, através do qual a privacidade e o sigilo das informações dos envolvidos foi resguardada para todas as etapas da pesquisa, por cinco anos. Após esse período, os mesmos serão incinerados.

Considerando o compromisso ético desta pesquisa com a devolutiva dos resultados aos participantes do estudo, isso já foi articulado com o NEPeS de Santa Maria. Para os demais municípios, será realizado contato no início de 2022.

## 6 RESULTADOS

A população de 168 familiares se caracterizou por mulheres (98,2%), idade com mais de 30 anos (52,4%), residentes em zona urbana (83,9%), em união estável (64,3%), com Ensino Médio (43,1%), possuindo entre dois e quatro filhos (64,9%), desempregadas (60,8%), renda familiar mensal entre um e dois salários (48,8%), sendo que três a cinco pessoas vivem com essa renda (76,6%) (Tabela 1).

Na caracterização clínica, a maioria possui diagnóstico positivo para HIV (97,0%), com via de infecção sexual (56,5%), com conhecimento do diagnóstico de 1 a 5 anos (47,8%), realizando tratamento para a infecção (95,0%), sem problemas de saúde (69,3%), sem hábito de consumo de bebida alcoólica (65,2%) e sem uso de drogas (95,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 — Caracterização sociodemográfica e clínica dos familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.

Variáveis	Categorias	(continua)	
		N = 168	%
Faixa Etária	Até 29 anos	80	47,6
	30 anos ou mais	88	52,4
Sexo	Feminino	165	98,2
	Masculino	3	1,8
Estado Civil	Convive com companheiro/esposo	108	64,3
	Solteiro	56	33,3
	Divorciado	4	2,4
Escolaridade*	Não estudou ou fundamental incompleto	40	24,0
	Ensino Fundamental	49	29,3
	Ensino Médio	72	43,1
	Ensino Superior	6	3,6
Renda Familiar*	Até 1 salário ( $\leq$ R\$ 879,00)	34	20,5
	Entre 1 e 2 salários (R\$ 880,00-1760,00)	81	48,8
	Mais de 2 salários ( $\geq$ R\$ 1761,00)	51	30,7
Pessoas que vivem com a renda	Até 2 pessoas	5	3,0
	Entre 3 a 5 pessoas	129	76,8
	6 pessoas ou mais	34	20,2
Número de filhos	1 filho	42	25,0
	Entre 2 e 4 filhos	109	64,9
	5 filhos ou mais	17	10,1
Zona do município	Urbana	141	83,9
	Rural	22	13,1
	Periurbana	5	3,0
Está empregado no momento*	Sim	65	39,2
	Não	101	60,8
Ocupação*	Do lar	81	49,1
	Outra	84	50,9
Faz uso de álcool*	Sim	56	34,8
	Não	105	65,2
Faz uso de drogas*	Sim	7	4,3
	Não	155	95,7

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.

		(conclusão)	
Variáveis	Categorias	N=168	%
Apresenta algum problema de saúde*	Sim	51	30,7
	Não	115	69,3
Infectado pelo HIV*	Sim	161	97,0
	Não	5	3,0
Sabe como adquiriu o HIV*	Transmissão vertical	2	1,2
	Transmissão sexual	91	56,5
	Uso de drogas injetáveis	1	0,6
	Transfusão sanguínea	2	1,2
	Desconhece	65	40,4
Tempo de diagnóstico do HIV*	Menos de 1 ano	21	13,4
	Entre 1 e 5 anos	75	47,8
	Entre 6 e 10 anos	38	24,2
	11 anos ou mais	23	14,6
Faz tratamento para o HIV*	Sim	152	95,0
	Não	8	2,0
Cuidador biológico comparece as consultas de acompanhamento*	Sim	153	93,9
	Não	10	6,1
Como é pra você manter o acompanhamento*	Difícil	30	18,3
	Mais ou menos	68	41,5
	Fácil	64	39
	Não faz acompanhamento	2	1,2

\* Presença de *missing*.

Fonte: elaborado pela autora.

Com relação ao vínculo com a criança, a maioria eram mães (95,2%), que também possuem outras crianças sob seus cuidados (65,3%). Todavia, prevaleceram crianças sem irmãos expostos ao HIV (60,1%). Para a maioria, o nascimento foi a termo (70,1%), não possuem problemas de saúde (86,2%), tiveram o primeiro atendimento no serviço de infectologia com até um mês de vida da criança (62,2%) e manter o acompanhamento de saúde da criança foi considerado fácil pelo familiar (43,7%).

Na caracterização da alimentação, prevaleceu o uso de fórmula láctea (63,6%) e a maioria das crianças já estavam em alimentação complementar (91,6%), com frequência de alimentação classificada como inadequada, segundo Ministério da Saúde, tanto para fórmula (79,5%) quanto para alimentação complementar (59,1%). No momento da coleta, a maioria das crianças já não fazia uso de nenhum medicamento (32,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 — Caracterização do cuidado, clínica e nutricional das crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.

Variáveis	Categorias	N = 168	%
Relação com a criança exposta ao HIV	Mãe	160	95,2
	Pai/pais	4	2,4
	Outros	4	2,4
Familiar possui outra criança sob seus cuidados*	Sim	109	65,3
	Não	58	34,7
A criança tem irmãos expostos ao HIV	Sim	67	39,9
	Não	101	60,1
A criança nasceu prematura*	Sim	49	29,9
	Não	115	70,1
Primeiro atendimento no serviço de infectologia*	Até um 1 mês de vida	102	62,2
	Entre 2 e 3 meses	53	32,5
	Mais de 4 meses	8	4,9
Número de consultas da criança realizadas no último ano*	Não lembra	5	3,3
	Entre 1 e 4 consultas	75	49,7
	Entre 5 e 8 consultas	57	37,7
	Entre 9 e 12 consultas	14	9,3
A criança faltou alguma consulta no último ano*	Sim	27	17,0
	Não	132	83,0
Como é manter o acompanhamento da criança*	Difícil	29	17,4
	Mais ou menos	65	38,9
	Fácil	73	43,7
Conhece o serviço de atenção básica de saúde mais próximo da residência	Sim	155	92,3
	Não	13	7,7
Leva a criança neste serviço quando necessário	Sim	108	64,3
	Não	60	35,7
A criança apresenta algum problema de saúde*	Sim	23	13,8
	Não	144	86,2
A criança faz acompanhamento de saúde*	Sim	85	52,8
	Não	76	47,2
Medicamentos que a criança usa*	Suplemento vitamínico	24	15,5
	Antibiótico	35	22,6
	Antirretroviral	31	20,0
	Outros	14	9,0
	Nehum	51	32,9
Tipo de alimentação láctea*	Leite de vaca	49	29,7
	Fórmula láctea	105	63,6
	Leite de vaca e fórmula	11	6,7
Frequência da alimentação láctea*	Adequada	34	20,5
	Inadequada	132	79,5
Alimentação complementar*	Sim	152	91,6
	Não	14	8,4
Frequência da alimentação complementar*	Adequada	61	40,9
	Inadequada	88	59,1

\* Presença de *missing*.

Classificado da frequência da alimentação láctea e complementar de acordo com as recomendações ministeriais no caderno de atenção básica de aleitamento materno e alimentação complementar (BRASIL, 2015).

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto às características do ambiente, a maioria reside em casa (94,5%), há mais de um ano (69,8%), com até dois quartos (69,5%), convivendo com até dois adultos (74,4%) e até duas crianças (69,5%) e não frequenta creche (86,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização do ambiente domiciliar de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 168). Santa Maria, RS, 2021.

Variáveis	Categorias	N = 168	%
Tipo de domicílio*	Casa	155	94,5
	Apartamento	9	5,5
Tempo de residência*	Até 11 meses	49	30,2
	12 meses ou mais	113	69,8
Número de adultos na residência*	Até 2 adultos	122	74,4
	3 adultos ou mais	42	25,6
Número de crianças na residência*	Até 2 crianças	114	69,5
	3 crianças ou mais	50	30,5
Número de quartos*	Até 2 quartos	114	69,5
	3 quartos ou mais	50	30,5
A criança frequenta creche*	Sim	21	13,8
	Não	131	86,2

\* Presença de *missing*.

Fonte: elaborado pela autora.

O espaço físico externo foi considerado seguro e adequado (89,0%), com diferentes tipos de piso (61,6%) e presença de suporte ou mobília de apoio (72,0%). Na parte interna, relatou-se ausência de mais de um tipo de piso (68,3%) e presença de degraus ou escadas (51,8%). Para estimulação, os sujeitos brincam com outras crianças (77,4%), são encorajados a aprender as partes do corpo (92,1%) e ficam livres para se movimentar pela casa (60,4%), sem necessidade de equipamento para ficar em pé (67,1%).

Uma porcentagem considerável não possui nenhum dos brinquedos elencados, com exceção daqueles para motricidade grossa, como materiais musicais (49,1%), balanços ao ar livre, cavalos de balanço e triciclos para bebês (38,0%). Para a motricidade fina, prevaleceram chocalhos (53,0%), brinquedos educativos para encaixar (44,6%), bonecos de personagens (41,8%) e que imitem objetos da casa (40,2%). A Tabela 4 apresenta a frequência das respostas em cada dimensão do instrumento, sendo que as questões de espaço físico e de variedade de estimulação se aplicam a todas as crianças (n = 164) e as referentes aos brinquedos seguiram a indicação de faixa etária, para crianças menores ou maiores de um ano.

Tabela 4 — Frequência de respostas por questão do instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*, para crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 164). Santa Maria, 2021.

		(continua)			
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.	146 (89,0)	18 (11,0)		
	Mais do que um tipo de piso ou solo na área externa.	101 (61,6)	63 (38,4)		
	Uma ou mais superfícies inclinadas.	52 (31,7)	112 (68,3)		
	Algum suporte ou mobilha que seja seguro, onde seu bebê possa se apoiar para levantar e/ou andar.	118 (72,0)	46 (28,0)		
	Degraus ou escadas na área externa.	85 (51,8)	79 (48,2)		
	Mais do que um tipo de piso no espaço interno.	52 (31,7)	112 (68,3)		
	Degraus ou escada no espaço interno.	43 (26,2)	121 (73,8)		
Variedade de estimulação	O meu/nosso bebê brinca regularmente com outras crianças.	127 (77,4)	37 (22,6)		
	Eu/nós, regularmente, fazemos brincadeiras que encorajam nosso bebê a aprender sobre as partes do corpo.	151 (92,1)	13 (7,9)		
		<b>Sempre</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
	Carregado no colo por adultos ou por algum tipo de suporte, próximo ao corpo desse adulto.	28 (17,1)	17 (10,4)	84 (51,2)	35 (21,3)
	Sentado em algum tipo de cadeira/equipamento que mantenha a criança sentada.	34 (20,7)	33 (20,1)	72 (43,9)	25 (15,2)
	Em um equipamento para ficar em pé ou andar.	11 (6,7)	16 (9,8)	27 (16,5)	110 (67,1)
	Num cercado infantil, berço ou outro local semelhante, do qual a criança não possa sair sem ajuda.	21 (12,8)	30 (18,3)	51 (31,1)	62 (37,8)
	Brincando deitado de barriga para baixo.	36 (22,0)	30 (18,3)	55 (33,5)	43 (26,2)
	Livre para se movimentar pela casa.	99 (60,4)	20 (12,2)	21 (12,8)	24 (14,6)
	Brinquedos de motricidade grossa		<b>Nenhum</b>	<b>Um a dois</b>	<b>Três ou mais</b>
Brinquedos suspensos acima ou ao lado do bebê, móveis e/ou enfeites de berço.*		78 (47,9)	66 (40,5)	19 (11,7)	
Bonecos de pelúcia, brinquedos emborrachados, de tecido ou outros materiais macios, de brincar na água.*		18 (11,0)	23 (14,1)	122 (74,8)	
	Cadeirinhas de balanço para bebês, estação de atividades, balanços para bebês.*	101 (62,0)	62 (38,0)	-	

Tabela 4 — Frequência de respostas por questão do instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*, para crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 164). Santa Maria, 2021.

		(conclusão)		
		Nenhum	Um a dois	Três ou mais
<b>Brinquedos de motricidade grossa</b>	Bolas de diferentes tamanhos, texturas, cores e formas.*	63 (38,7)	52 (31,9)	48 (29,4)
	Materiais que estimulem a criança a se arrastar, rolar, engatinhar ou se levantar.*	63 (38,7)	94 (57,7)	6 (3,7)
	Materiais musicais: instrumentos, caixas de música e brinquedos que emitam sons e melodias em resposta às ações da criança.*	38 (23,3)	80 (49,1)	45 (27,6)
	Objetos ou brinquedos que estimulam a criança a se levantar e a caminhar com apoio <sup>‡</sup> . (n = 92)	43 (46,7)	36 (39,1)	13 (14,1)
	Mesinhas de atividades onde o bebê possa brincar em pé <sup>‡</sup> . (n = 92)	61 (66,3)	31 (33,7)	-
	Balanços ao ar livre, cavalos de balanço, triciclos para bebês <sup>‡</sup> . (n = 92)	35 (38,0)	54 (58,7)	3 (3,3)
<b>Brinquedos de motricidade fina</b>	Brinquedos manipuláveis: chocalhos, mordedores, brinquedos com diferentes texturas e/ou com espelho.*	19 (11,7)	75 (46,0)	69 (42,3)
	Carros, trens, animais ou outros brinquedos que possam ser puxados ou empurrados.*	74 (45,4)	43 (26,4)	46 (28,2)
	Brinquedos de apertar, bater e acionar, peões e gira-gira*.	95 (58,3)	35 (21,5)	33 (20,2)
	Blocos de montar (plástico, espuma, tecido, madeira, borracha).*	109 (66,9)	43 (26,4)	11 (6,7)
	Livros para bebês (tecido, papel cartão ou plástico).	87 (53,4)	38 (23,3)	38 (23,3)
	Brinquedos educativos para encaixar de formas variadas <sup>‡</sup> . (n = 92)	40 (43,5)	41 (44,6)	11 (12,8)
	Fantoches e marionetes macios <sup>‡</sup> . (n = 92)	68 (73,9)	17 (18,5)	7 (7,6)
	Bonecos (as) e outros personagens com acessórios <sup>‡</sup> . (n = 92)	32 (34,8)	28 (30,4)	32 (34,8)
	Brinquedos que imitam objetos existentes na casa: telefones, ferramentas, utensílios de cozinha, etc <sup>‡</sup> . (n = 92)	27 (29,3)	28 (30,4)	37 (40,2)
	Brinquedos de empilhar <sup>‡</sup> . (n = 92)	59 (64,1)	25 (27,2)	8 (8,7)
Quebra-cabeças para bebês (2-6 peças) <sup>‡</sup> . (n = 92)	78 (84,8)	12 (13,0)	2 (2,2)	

\* Presença de *missing*.

<sup>‡</sup>Brinquedos recomendados somente para crianças maiores de um ano.

Fonte: elaborado pela autora.



A Tabela 5 apresenta os resultados dos somatórios das questões obtidos em cada dimensão e pontuação total, com categorias descritivas de oportunidades do ambiente domiciliar moderadamente adequadas (37,4%) para pontuação total. Nas dimensões, prevaleceu o parecer moderadamente adequado para espaço físico (44,5%), menos que o adequado tanto para brinquedos de motricidade grossa (38,0%) quanto fina (38,7%) e excelente variedade de estimulação (35,4%).

Tabela 5 – Frequência das classificações descritivas por dimensão do instrumento *Affordances in the home environment for motor development - Infant Scale*, para crianças verticalmente expostas ao HIV dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (n = 164). Santa Maria, 2021.

<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>n (%)</b>
<b>Espaço físico</b>	Menos que o adequado	25 (15,2)
	Moderadamente adequado	73 (44,5)
	Adequado	44 (26,8)
	Excelente	22 (13,4)
<b>Variedade de estimulação</b>	Menos que o adequado	27 (16,5)
	Moderadamente adequado	39 (23,8)
	Adequado	40 (24,4)
	Excelente	58 (35,4)
<b>Brinquedos de motricidade grossa*</b>	Menos que o adequado	62 (38,0)
	Moderadamente adequado	39 (23,9)
	Adequado	47 (28,8)
	Excelente	15 (9,2)
<b>Brinquedos de motricidade fina*</b>	Menos que o adequado	63 (38,7)
	Moderadamente adequado	40 (24,5)
	Adequado	43 (26,4)
	Excelente	17 (10,4)
<b>Total AHEMD-IS*</b>	Menos que o adequado	32 (19,6)
	Moderadamente adequado	61 (37,4)
	Adequado	34 (20,9)
	Excelente	36 (22,1)

\*Presença de *missing*.

Fonte: elaborado pela autora.

As associações estatisticamente significativas das variáveis de caracterização com escala AHEMD-IS apontaram para renda ( $p < 0,001$ ) e escolaridade do familiar ( $p = 0,005$ ) na pontuação total. As variáveis: relação com a criança, primeiro atendimento, número de consultas, manter acompanhamento, tipo de leite, frequência de alimentação complementar, e, novamente, renda e escolaridade estiveram associadas às dimensões do instrumento, conforme consta na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

(continua)

Variáveis	Dimensão - Espaço físico								P
	Menos que adequado		Moderadamente adequado		Adequado		Excelente		
	N	%	N	%	N	%	n	%	
<b>Renda Familiar</b>									<b>0,002</b>
Até 1 salário	10	29,4	9	26,5	10	29,4	5	14,7	
Entre 1 e 2 salários	12	15,2	43	54,4	19	24,1	5	6,3	
Mais de 2 salários	2	4,0	21	42,0	15	30,0	12	24,0	
<b>Relação com a criança</b>									<b>0,003</b>
Mãe	27	17,3	32	20,5	40	25,6	57	36,5	
Pai/pais adotivos	0	-	3	75,0	0	-	1	25,0	
Outros	0	-	4	100,0	0	-	0	-	
<b>Primeiro atendimento no serviço de infectologia</b>									<b>0,002</b>
Até um mês de vida	10	10,0	21	21,0	28	28,0	41	41,0	
Entre 2 e três meses	16	31,4	13	25,5	9	17,6	13	25,5	
Mais de 4 meses	1	12,5	5	62,5	2	25,0	0	-	
<b>Número de consultas/ ano</b>									<b>0,017</b>
Não lembra	0	-	1	20,0	1	20,0	3	60,0	
Entre 1 e 4 consultas	16	22,5	22	31,0	18	25,4	15	21,7	
Entre 5 e 8 consultas	7	12,3	8	14,0	16	28,1	26	45,6	
Entre 9 e 12 consultas	1	7,1	3	21,4	2	14,3	8	57,1	
<b>Tipo de leite</b>									<b>0,036</b>
Leite de vaca	2	4,1	12	24,5	13	26,5	22	44,9	
Fórmula láctea	23	22,5	26	25,5	25	24,5	28	27,5	
Leite e fórmula	2	20,0	1	10,0	1	10,0	6	60,0	
<b>Renda Familiar</b>									<b>&lt;0,001</b>
Até 1 salário	21	61,8	6	17,6	7	20,6	0	-	
Entre 1 e 2 salários	31	39,7	24	30,8	20	25,6	3	3,8	
Mais de 2 salários	9	18,0	9	18,0	20	40,0	12	24,0	
<b>Acompanhamento da criança</b>									<b>0,020</b>
Difícil	15	53,6	10	35,7	3	10,7	0	-	
Mais ou menos	25	40,3	12	19,4	21	33,9	4	6,5	
Fácil	22	30,6	16	22,2	23	31,9	11	15,3	
<b>Escolaridade</b>									<b>0,001</b>
Não estudou ou Fundamental incompleto	18	46,2	13	33,3	7	17,9	1	2,6	
Ensino Fundamental	23	46,9	9	18,4	10	20,4	7	14,3	
Ensino Médio	21	30,9	15	22,1	26	38,2	6	8,8	
Ensino Superior	0	-	3	50,0	0	-	3	50,0	
<b>Renda Familiar</b>									<b>&lt;0,001</b>
Até 1 salário	18	52,9	8	23,5	7	20,6	1	2,9	
Entre 1 e 2 salários	32	41,0	24	30,8	19	24,4	3	3,8	
Mais de 2 salários	12	24,0	8	16,0	17	34,0	13	26,0	
<b>Acompanhamento familiar</b>									<b>0,048</b>
Difícil	18	62,1	7	24,1	3	10,3	1	3,4	
Mais ou menos	24	36,9	19	29,2	16	24,6	6	9,2	
Fácil	19	30,2	14	22,2	20	31,7	10	15,9	

Tabela 6 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

(conclusão)

Variáveis	Dimensão - Brinquedos para motricidade fina								P
	Menos que adequado		Moderadamente adequado		Adequado		Excelente		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Acompanhamento da criança</b>									<b>0,008</b>
Difícil	18	64,3	6	21,4	4	14,3	0	-	
Mais ou menos	23	37,1	14	22,6	21	33,9	4	6,5	
Fácil	22	30,6	20	27,8	17	23,6	13	18,1	
<b>Frequência da alimentação complementar</b>									<b>0,034</b>
Adequado	18	30,0	22	36,7	12	20,0	8	13,3	
Inadequado	36	41,4	17	19,5	28	32,2	6	6,9	
<b>Pontuação total</b>									
<b>Escolaridade</b>									<b>0,005</b>
Não estudou ou Fundamental incompleto	9	23,1	23	59,0	2	5,1	5	12,8	
Ensino Fundamental	14	28,6	13	26,5	10	20,4	12	24,5	
Ensino Médio	9	13,2	22	32,4	21	30,9	16	23,5	
Ensino Superior	0	-	2	33,3	1	16,7	3	50,0	
<b>Renda Familiar</b>									<b>&lt;0,001</b>
Até 1 salário	11	32,4	19	55,9	1	2,9	3	8,8	
Entre 1 e 2 salários	14	17,9	29	37,2	22	28,2	13	16,7	
Mais de 2 salários	6	12,0	13	26,0	11	22,0	20	40,0	

Fonte: elaborado pela autora.

Não houve associação significativa entre o total do AHMED-IS e a escala EACCC (Tabela 7). Já a presença de segurança e insegurança alimentar mensurado pela EBIA foi significativa com o AHMED (p <0,001) (Tabela 8). As correlações do AHMED-IS com o suporte social (Tabela 9) e fatores protetores da família (Tabela 10) não apresentaram significância estatística.

Tabela 7 – Associação da escala de avaliação da capacidade para cuidar e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

Total global EACCC	Total AHMED-IS								P
	Menos que adequado		Moderadamente adequado		Adequado		Excelente		
	n	%	N	%	N	%	n	%	
<b>Baixa/Moderada</b>	6	42,9	4	28,6	1	7,1	3	21,4	0,116
<b>Alta</b>	26	17,4	57	38,4	33	22,1	22	22,1	

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 8 — Associação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

Total EBIA	Total AHEMD-IS								p
	Menos que adequado		Moderadamente adequado		Adequado		Excelente		
	n	%	N	%	N	%	n	%	
<b>Insegurança Alimentar</b>	22	26,5	39	47,0	10	12,0	12	14,5	<b>&lt;0,001</b>
<b>Segurança Alimentar</b>	10	12,5	22	27,5	24	30,0	24	30,0	

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 9 — Associação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

Total ESSS	Total AHEMD-IS				p
	Menos que adequado	Moderadamente adequado	Adequado	Excelente	
Mediana	59,0	55,0	58,0	58,0	0,364
Percentil 25	49,3	45,0	44,8	51,3	
Percentil 75	64,0	65,0	64,3	67,8	

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 10 — Associação do *Inventory of Family Protective Factors* (IFPF) e as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

Total IFPF	Total AHEMD-IS				p
	Menos que adequado	Moderadamente adequado	Adequado	Excelente	
Mediana	57,0	48,0	32,5	34,5	0,269
Percentil 25	31,0	22,5	26,0	20,3	
Percentil 75	68,8	65,5	70,3	64,3	

Fonte: elaborado pela autora.

A relação entre as variáveis independentes que apresentaram significância estatística e o desfecho categórico do total obtido pelo AHEMD-IS foi incluída em um modelo de regressão. Houve associação significativa para escolaridade, renda e EBIA com o desfecho menos que adequado ou moderadamente adequado, considerado como AHEMD-IS ruim (Tabela 11). Pessoas que não estudaram tiveram 1,84 vezes (razão de prevalência bruta) a prevalência de AHEMD-IS ruim quando comparados àqueles com Ensino Médio ou Superior. Já os com

Ensino Fundamental tiveram 1,24 vezes essa prevalência, na amostra, porém não houve diferença significativa.

Foram feitos dois modelos ajustados, um com EBIA e escolaridade e outro com EBIA e renda, pois renda e escolaridade são variáveis muito associadas. Após ajuste para EBIA e escolaridade, familiares que não estudaram tiveram 1,54 vezes a prevalência de AHMED-IS ruim quando comparados aos com Ensino Médio e Superior, independentemente de seu resultado na EBIA, e familiares com insegurança alimentar tiveram 1,67 vezes a prevalência de AHMED-IS ruim quando comparados com aqueles com segurança alimentar, independentemente da escolaridade (Tabela 11).

Tabela 11 – Variáveis independentes associadas ao desfecho categórico de AHMED-IS de crianças verticalmente expostas ao HIV, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria, 2021.

Variáveis independentes	% AHMED-IS Menos que/ mod. Adequado	RP bruta (IC95%)	P	RP (IC95% ajustada)*	p*	RP (IC95% ajustada)**	p**
<b>Escolaridade</b>							
Não estudou/ fund. incompleto	82,1	1,84 (1,37-2,47)	<0,001	1,54 (1,14-2,09)	0,005	-	
Ensino Fundamental	55,1	1,24 (0,86-1,77)	0,247	1,08 (0,76-1,53)	0,685	-	
Ensino Médio ou Superior	44,6	1		1		-	
<b>Renda</b>							
Até 1 salário	88,2	2,32 (1,60-3,38)	<0,001	-		1,75 (1,12-2,72)	0,013
Entre 1 e 2 salários	55,1	1,45 (0,97-2,18)	0,073	-		1,24 (0,80-1,91)	0,332
Mais de 2 salários	38,0	1				1	
<b>EBIA</b>							
Insegurança	73,5	1,84 (1,36-2,48)	<0,001	1,67 (1,23-2,27)	0,001	1,47 (1,04-2,09)	0,032
Segurança	40,0	1		1		1	

Legenda: 1: categoria de referência; \*modelo ajustado para EBIA e escolaridade; \*\*modelo ajustado para EBIA e renda. Análise de Regressão de Poisson com variância robusta.

Então, a tese deste estudo defende que há associação diretamente proporcional dos níveis do desenvolvimento humano (micro, meso e macrosistema) com as oportunidades domiciliares para o desenvolvimento motor de lactentes expostos ao HIV. Quanto menores as condições escolares, financeiras e de segurança alimentar, menores são as oportunidades, inclusive de espaço físico e brinquedos.

## 7 DISCUSSÃO

A seção de discussão está apresentada segundo os resultados de caracterização sociodemográfica e clínica do familiar, do lactente e do ambiente, bem como das oportunidades domiciliares, sustentadas pelo referencial Bioecológico do Desenvolvimento Humano.

Embora os municípios pertençam ao mesmo estado, o Rio Grande do Sul, existem diferenças conforme produto interno bruto (PIB) dividido pela quantidade de habitantes. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019, os municípios da região metropolitana obtiveram seguintes valores: Viamão R\$ 15.830,63, Cachoeirinha R\$ 43.649,77, Sapucaia do Sul R\$ 25.082,24 e Novo Hamburgo R\$ 39.592,60. Nos do interior obtiveram-se: Santa Maria R\$ 31.074,58, Santa Cruz R\$ 75.387,36, Erechim R\$ 50.095,39 e Passo Fundo R\$ 48.355,12 (IBGE, 2019).

Na caracterização sociodemográfica do familiar, o resultado predominante foi sexo feminino, idade maior de trinta anos, convivendo com o companheiro, Ensino Médio, número de filhos entre dois e quatro, ausência de vínculo empregatício e renda entre um e dois salários mínimos, semelhante ao reportado em outro estudo transversal realizado com 83 familiares de crianças expostas ao HIV, de três a 18 meses, em Santa Maria (FERREIRA et al., 2021a). Indicou-se, portanto, uma manutenção do perfil dos cuidadores no nível local, convergindo com os outros municípios desta pesquisa.

Na comparação com um estudo que verificou a transmissão vertical do HIV no Brasil realizado com 3.894 mulheres com HIV, internadas em 266 hospitais públicos e privados em 199 municípios de todas as regiões do país, as mulheres não tinham companheiro e a escolaridade foi menor (DOMINGUES; SARACENI; LEAL, 2018). Ou seja, é possível inferir a convergência desses dados com os da população de famílias no contexto nacional, ampliando a possibilidade generalização dos resultados produzidos por esta pesquisa de tese quanto ao potencial de contribuição para a tomada de decisão em outros cenários e populações semelhantes. Além disso, os resultados apresentados poderão contribuir para que os gestores (tomadores de decisão) utilizem tais evidências para sustentar a elaboração e/ou atualização de políticas públicas nacionais.

A partir dos pressupostos da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, aplicados aos resultados desta tese, a nível de **macrossistema**, considerando-se o contexto da epidemia do HIV expresso nas variáveis de caracterização, percebe-se que ainda se mantém a vinculação de pessoas com baixa renda, sem trabalho remunerado e escolaridades menores (quando somadas as mulheres do estudo com ausência de escolaridade e Ensino Fundamental incompleto).

Na caracterização clínica, a via de infecção sexual é semelhante ao reportado na literatura (BELLOTTO et al., 2019, FERREIRA et al., 2021a). Quanto ao sexo e à idade, foram encontradas mulheres em pleno período reprodutivo (MEIRELLES; LOPES; LIMA, 2016), implicando na exposição à transmissão vertical diante da ausência de diagnóstico e que este seja em momento oportuno, ou seja, em tempo hábil para implementar a profilaxia. Considerando o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza-se que a atenção à saúde da família deve acontecer continuamente na atenção primária à saúde, devido à proximidade e facilidade de acesso. Portanto, cabe à atenção primária a disponibilização do planejamento reprodutivo, orientação e oferta de métodos anticoncepcionais, realização de exames preventivos e acompanhamento antes, durante e após a gestação, inclusive no aconselhamento e oferta sorológica, garantindo a articulação dos cuidados com o serviço especializado quando o resultado for positivo para o HIV (BRASIL, 2019).

Cabe também aos profissionais de saúde o suporte diante de situações de ausência de negociação para o uso do preservativo, gestação não planejada, presença do companheiro durante o pré-natal, aspectos emocionais tanto da gestação quanto oriundos do diagnóstico e tratamento para o HIV. Pois, ter conhecimento da soropositividade e estar realizando o tratamento favorece a promoção de saúde materna e infantil, corrobora para maiores oportunidades de acompanhamento nos serviços de saúde, informações adequadas, adesão ao tratamento materno e profilaxia para a criança. A presença de companheiro também pode ser um facilitador da adesão a essas recomendações e do suporte social à mulher (LANGENDORF et al., 2016; PACHECO et al., 2016).

Quanto ao vínculo com a criança, a maioria das mulheres eram as mães (95,2%), que possuem de dois a quatro filhos (64,9%), têm outras crianças sob seus cuidados (65,3%), mas o lactente abordado nesta tese não possui irmãos expostos ao HIV (60,1%). Em outro estudo, realizado no Noroeste do Brasil, o cuidador principal similarmente foi vinculado à figura materna (59,0%) e, das 29 crianças, a maioria (58,6%) possuía irmãos e (75,9%), mas não expostos ao HIV (SILVA; ALVARENGA; DUPAS, 2014). Na pesquisa realizada em Santa Maria com 83 lactentes com o vírus, a maioria eram mães (95,2%), que também possuem outras crianças sob seus cuidados (66,3%) e sem irmãos verticalmente expostos ao HIV (60,2%) (FERREIRA et al., 2021a).

É possível inferir que a presença da figura materna como cuidadora principal, além de saber o diagnóstico e manter o acompanhamento, aponta para uma melhora na perspectiva social da criança exposta ao HIV aos cuidados maternos. Esse cenário anteriormente mostrava situações de orfandade e/ou institucionalização. A possibilidade de interação familiar com a

mãe e irmãos também favorece os processos proximais e variedade de estimulação no domicílio. Assim, a nível de **macrossistema**, a partir das características sociodemográficas da figura materna, é possível inferir que diferentes fatores ambientais podem influenciar na saúde da criança.

Quanto ao elemento **pessoa**, da teoria utilizada, 115 dos lactentes expostos ao HIV se caracterizaram como nascidos a termo (70,1%). Esta característica também foi encontrada em estudos realizados com a mesma população, como na investigação transversal com 83 crianças soropositivas de Santa Maria, com 71,1% (FERREIRA et al., 2021a); 73,65% na pesquisa retrospectivo documental que investigou os fatores maternos e perinatais na sororreversão de 148 crianças expostas ao HIV em Aracaju, Sergipe (CARVALHO et al., 2019); 81,2% na investigação transversal com 32 lactentes entre seis e 24 meses atendidos em um ambulatório de caráter regional da macrorregião do Triângulo Sul, Minas Gerais (QUEIROZ; LEMOS; UED, 2017); e 56,4 % no estudo de caso-controle realizado 415 crianças acompanhadas em um serviço de referência no Recife, entre 2010 e 2015 (SIQUIERA et al., 2020). É possível inferir que o nascimento a termo representa um bom indicador, pois o parto prematuro é sabidamente uma das complicações clínicas na gestação de mulheres com HIV (BRASIL, 2017a), possibilitando aos recém-nascidos usufruir de melhores condições clínicas para seu crescimento e desenvolvimento.

O percentual de nascimentos prematuros nesta tese (29,9%) é considerado alto. O achado aproxima-se do relatado na investigação de 198 prontuários médicos de gestantes soropositivas e crianças expostas atendidas em um serviço especializado no Sul do Brasil, onde essa circunstância foi de 28,3% (HOFFMANN, et al., 2016). No estudo realizado em Fortaleza, Ceará, com 92 prontuários, 8,7% relataram a mesma situação (CASTRO et al., 2018). Apesar da prematuridade não ter sido um dos achados principais dessa pesquisa, ela requer atenção, uma vez que acresce um fator biológico, o qual, dependendo das condições de nascimento, pode acarretar em implicações para o crescimento e desenvolvimento.

A ausência de problemas de saúde, início precoce das consultas em serviço de infectologia (até o primeiro mês de vida da criança) e facilidade em manter o acompanhamento em serviço especializado potencializam as oportunidades de desfecho para sororreversão. A relação estabelecida com o serviço de saúde promove a ampliação de outro ambiente de interação, configurando o mesossistema domicílio e serviço de saúde. Conforme investigação realizada em Recife para os determinantes da transmissão vertical, entre as medidas profiláticas adotadas, o atendimento em serviço especializado antes dos dois meses de idade esteve



estatisticamente associado na prevenção – crianças com primeiro atendimento depois dos dois meses variaram de 3,2 a 31,5 vezes mais chances de transmissão (SIQUEIRA et al., 2020).

Percebe-se que a realização do acompanhamento em serviço especializado de infectologia sustenta as demandas específicas da exposição ao HIV e promove a prevenção da transmissão vertical. Todavia, cabe a reflexão sobre a realização das demandas habituais que devem ser acompanhadas no serviço de atenção primária a saúde, mediante consultas de puericultura, necessárias para promoção do crescimento e desenvolvimento saudável. As mães desta pesquisa referem conhecer o serviço de atenção básica e levar a criança nesse serviço, embora não seja detalhado em quais situações.

Um dos cuidados habituais a ser abordado durante a consulta de acompanhamento da criança refere-se à oferta da alimentação. Neste estudo, a maioria das crianças faz uso de fórmula láctea (63,6%) e estão em alimentação complementar (91,6%). Entretanto, ambas as alimentações foram classificadas como inadequadas (79,5% e 59,1% respectivamente). Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, o lactente exposto ao HIV não deve ser amamentado, substituindo-se o leite materno por fórmula láctea infantil e introdução da alimentação complementar em tempo oportuno a fim de promover o crescimento e desenvolvimento adequado (BRASIL, 2019).

Diante da avaliação das práticas alimentares e introdução da alimentação complementar de lactentes expostos à transmissão vertical, as inadequações vinculam-se a diluições, inclusão inoportuna do leite de vaca e da alimentação complementar, oferta reduzida de alguns alimentos e consumo inapropriado de industrializados e ultraprocessados (QUEIROZ; LEMOS; UED, 2017). Promover a segurança alimentar da criança exposta vai além da substituição do leite materno, perpassando uma alimentação acessível, aceitável, viável, segura e sustentável, na quantidade e frequência suficientes para o crescimento e desenvolvimento normal desses lactentes (WHO, 2016).

Na relação entre elemento **pessoa** e nível **macrossistema**, deve-se considerar a vulnerabilidade programática para a insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV. Segundo investigação com base na literatura científica, tal fragilidade pode ser influenciada pelas opções de alimentação, conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais e estrutura dos serviços (BICK; PAULA, 2020; BRITTO et al., 2016). Um compilado de evidências para o apoio do desenvolvimento na primeira infância, série publicada na revista Lancet em 2016, enfatizou, entre outros fatores, a nutrição adequada como crucial para promoção da saúde infantil, especialmente nos primeiros três anos de vida, e a necessidade de intervenções voltadas à alimentação (BRITTO et al., 2016).

Assim, é possível inferir que a existência de política pública garantindo o acesso da fórmula láctea às crianças expostas ao HIV por si só não exime os riscos nutricionais. Cabe aos profissionais dos serviços de saúde especializado e da atenção primária orientarem e certificarem-se da capacidade dos familiares de alimentá-las respeitando a higiene no preparo, a oferta em quantidade e qualidade condizente com a faixa etária, bem como o acompanhamento dos indicadores da saúde, mediante medidas antropométricas e marcos do desenvolvimento.

A oferta da alimentação depende dos cuidados familiares, uma vez que considerado o elemento **tempo** da teoria, o lactente ainda é um indivíduo incapaz de prover os próprios cuidados, os quais permeiam também higiene, sono, oferta de medicamentos, estimulação e ajustes nas diferentes rotinas características de cada família. A presença de suporte familiar, com interação durante a realização dos cuidados, oportunidades de estimulação e maternidade/paternidade positiva são elencados como cruciais para o desenvolvimento (BRITTO et al., 2016).

Para Bronfenbrenner (2011), a família configura-se como um agente promotor do desenvolvimento infantil. Crianças privadas do convívio familiar, a exemplo daquelas institucionalizadas, podem apresentar alterações na microestrutura cerebral, com associação de melhoria nessa estrutura no caso de adoção, independentemente do tempo transcorrido até a alocação familiar (WALKER et al., 2007; BRITTO et al., 2016). As interações familiares compreendem o elemento **processo** da teoria utilizada, as quais, diante das evidências expostas pela literatura, são fundamentais para o aprendizado do convívio social, realização de tarefas e aquisição de habilidades condizentes com a faixa etária.

O primeiro nível de **contexto**, denominado **microssistema**, ao qual a criança está inserida é o domicílio, neste estudo caracterizado por casas (94,5%), onde a família reside há mais de um ano (69,8%), com presença de até dois adultos (74,4%) e até duas crianças (69,5%). A permanência limita-se apenas ao domicílio, pois prevaleceram aqueles que não frequentam creches (86,2%). Tais características se assemelham ao encontrado em outros estudos, tanto na população de crianças expostas (FERREIRA et al., 2021a) quanto nas não expostas ao HIV (BUENO; CASTRO; CHIQUETTI, 2014; BORBA, PERREIRA; VALENTINI, 2017).

No estudo com 83 lactentes expostos ao HIV, os domicílios foram prevalentemente casas (94%), número de adultos (74,7%), crianças (65,1%) e ausência de creche (84,3%) (FERREIRA et al., 2021a). Em outro, realizado em Minas Gerais, com 37 crianças de três a 12 meses, também houve predomínio de famílias residindo em casas (86,5%), com dois adultos (62,2%) e duas crianças (40,5%) (DEFILIPO et al., 2021). Para 21 lactentes nascidos pré-

termos, com idade corrigida de três a 18 meses, em Minas Gerais, quase a totalidade (90,48%) permanece apenas no domicílio e são filhos únicos (42,8%) (BUENO; CASTRO; CHIQUETTI, 2014). Já no estudo realizado com 40 crianças de zero a 18 meses, filhas de mães adultas e adolescentes no Sul do Brasil, 80% das com mães adolescentes nunca foram para creche, diferentemente das com mães adultas, as quais estavam todas neste ambiente (BORBA, PERREIRA; VALENTINI, 2017).

A creche oferece estímulos adicionais à criança, dado que ela interagirá com suas semelhantes e com cuidadores, brinquedos e brincadeiras, além de explorar outros espaços físicos, potencializando o seu desenvolvimento de acordo com a qualidade dos estímulos ofertados (CORSI et al, 2016). Na comparação entre a creche e o domicílio de 97 lactentes portugueses, com média de idade de 12 meses, as primeiras ofereceram melhores oportunidades. Ainda, nesse mesmo estudo, verificou-se que fatores ambientais, horas diárias em creche e o espaço externo da mesma apresentaram influências no perfil sensorial dos lactentes (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015). Na pesquisa de Valadi et al (2018) com 1019 crianças iranianas, entre 18 e 42 meses, as frequentadoras de creche também obtiveram vantagem em relação às oportunidades domiciliares.

Diante dos dados desta tese, comparados com outros achados da literatura, é possível refletir acerca da ausência ao ambiente da creche estar vinculada à faixa etária ou necessidades laborais dos cuidadores, não decorrendo da exposição ao HIV, visto que crianças em diferentes contextos na mesma faixa etária também prevaleceram com permanência apenas no domicílio. Contudo, a ausência da creche pode ser suprida diante do desenvolvimento de vínculo e variedade de estimulação na interação materna durante os cuidados cotidianos, interação com os demais membros da família, espaço físico do domicílio e utilização dos brinquedos e brincadeiras.

A abordagem da creche nas oportunidades de promoção do desenvolvimento da criança precisa ser discutida durante as consultas de puericultura, condizendo com as demandas da faixa etária, se assim for a escolha da família, para que, em sua ausência, os estímulos sejam realizados em quantidade e qualidade no domicílio. Conforme o avançar da idade, a inserção na creche/escolinha será necessária, pois ela representa novos desafios, oportunidades de interações e vínculos com outros ambientes e pessoas, potencializa o desenvolvimento motor, a partir de brinquedos e de brincadeiras, o cognitivo, durante as atividades escolares, e o social, devido aos processos proximais com seus semelhantes e professores, extrapolando o **microsistema** domicílio para o **mesossistema** domicílio e creche.

Neste estudo, a maioria dos domicílios dos lactentes expostos ao HIV classificou-se como moderadamente adequado para a promoção do desenvolvimento motor na pontuação total (37,4%). As mesmas classificações descritivas estiveram presentes em pesquisas com outros recortes, como no estudo transversal envolvendo 74 crianças com desenvolvimento típico entre seis e 18 meses de idade de Diamantina, Minas Gerais, no qual 36,5% dos domicílios foram classificados como moderadamente adequados (PEREIRA et al., 2021), e para 80 lactentes saudáveis de três a 18 meses acompanhados em um centro de referência materno-infantil do sul do Brasil, em que 36,1% das oportunidades totais foram moderadamente adequadas (GIROLDI; POERSCH; MULLER, 2020).

Diante de situações de acometimentos biológicos, como risco de acometimento auditivo, no estudo com 15 lactentes de até seis meses egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, em Campinas, São Paulo, as oportunidades totais foram classificadas como moderadamente adequadas (74,6%) (SILVA; SANTOS; COLERA-SANTOS, 2021). Outra investigação realizada na mesma cidade, com 259 bebês de oito a dez meses com riscos para desenvolvimento auditivo, divididos em grupos de ambientes adequados e inadequados, aqueles inseridos em ambientes classificados como inadequados tanto no grupo de estudo quanto no de controle obtiveram pontuações de oportunidades domiciliares totais menores comparadas àqueles em ambientes adequados (ARAUJO; SANTOS; LIMA, 2019). Na pesquisa transversal com 72 crianças de Campina Grande do Sul, no Paraná, com faixa etária de 38 a 42 meses, os domicílios também apresentaram oportunidades de estimulação motora fracas e muito fracas para meninos e meninas (SILVA et al., 2017).

Em parâmetro internacional, um estudo utilizando com 97 crianças com média de idade de 12 meses, residentes em Vila Real, Portugal, com as categorias descritivas de fracas, suficientes ou boas, identificou oportunidades domiciliares suficientes, ou seja, não em número e diversidade consideradas como excelente (PEDROSA; CAÇOLA; CARVALHAL, 2015). Em pesquisa realizada na China com 1850 bebês de três a 11 meses, apontou-se que recursos inadequados no ambiente doméstico, incluindo espaço físico, variedade de estimulação e brinquedos, estiveram associados ao aumento do risco de atraso no desenvolvimento infantil (CAO et al., 2021).

Entre os fatores ambientes que influenciaram a classificações de menores oportunidades domiciliares estão menores condições de renda, escolaridade e insegurança alimentar. Como já evidenciado na literatura tanto na investigação de estudos voltados ao desenvolvimento motor (FERREIRA et al., 2021b) quanto ao desenvolvimento infantil em geral (AFFONSO et al., 2021), os principais fatores elencados como de risco são: renda familiar, baixo nível

socioeconômico, baixo nível de escolaridade materna e paterna e poucos recursos disponíveis para estimular a criança.

A renda apresentou associação significativa ( $p < 0,001$ ) na pontuação total do AHMED-  
IS. Em um estudo longitudinal com 37 crianças sem comorbidades, acompanhadas dos três aos  
12 meses de idade, em Minas Gerais, especialmente na observação realizada aos seis meses,  
houve associações significativas entre nível econômico e a dimensão total do AHMED-  
IS ( $p = 0,031$ ), enfatizando que melhores condições de renda estiveram ligas a melhores oportunidades  
domiciliares (DEFILIPO et al., 2021). Na avaliação das oportunidades de infantes de 18 a 42  
meses, no Ceará, constatou-se que, quanto menor a renda e, conseqüentemente, o nível  
socioeconômico, pior será a classificação da pontuação total de AHMED-  
IS (COSTA et al., 2014). Em um estudo realizado no Irã com 243 famílias de crianças entre 18 e 42 meses,  
constatou-se que a renda das famílias por si só pode afetar a qualidade e a quantidade de  
recursos disponíveis no domicílio, indicando que as com maior renda fornecem mais recursos  
do aquelas com rendas média ou baixa (VALADI; GABBARD, 2018).

Assim como ocorre com a renda, a presença de maiores escolaridades associou-se à  
melhores oportunidades domiciliares ( $p < 0,005$ ). No estudo epidemiológico de base  
populacional, transversal, realizado com 239 lactentes com idade entre três e 18 meses,  
residentes no município de Juiz de Fora, os estímulos ambientais foram relativamente baixos e  
apresentaram associação significativa com as escolaridades materna ( $p < 0,01$ ) e paterna ( $p < 0,01$ )  
(DEFILIPO et al., 2012). Na pesquisa longitudinal realizada com 49 lactentes a termo e  
prematuros, de três a 16 meses, residentes em na Região Sul do Brasil, destaca-se que  
independentemente do momento, houve associações significativas entre outras variáveis, a  
escolaridade dos pais, reforçando a importância dos fatores ambientais no impacto do  
desenvolvimento motor e cognitivo das crianças (PEREIRA; SACCANI; VALENTINI, 2016).

Determinantes sociodemográficos do neurodesenvolvimento infantil aos 18 meses de  
idade de 605 crianças na Grécia, apresentaram que Ensino Superior materno esteve  
positivamente associado a quase todos os aspectos do neurodesenvolvimento infantil avaliados  
(KOUTRA et al., 2012). É possível inferir que maiores escolaridades, no geral, favorecem  
melhores condições de renda, acesso a informações e conhecimento e compreensão de situações  
pertinentes à saúde, configurando, portanto, um fator protetor do desenvolvimento.

Em contrapartida, um cenário de menor renda e escolaridade, além de potencializar  
fatores de risco à família, pode estar vinculado também a situações de ausência de recursos para  
a provisão de alimentos seguros e adequados. Nesta tese, percebeu-se que a insegurança  
alimentar esteve associada a classificações menores (menos que adequado e moderadamente

adequado) de AHEMD-IS, enquanto a presença de segurança alimentar relacionou-se a melhores oportunidades domiciliares (adequado e excelente). Em um estudo realizado com 13 crianças soropositivas acompanhadas em um serviço especializado de Palmas, Tocantins com média de seis meses de idade, 92,3% apresentaram esquema alimentar inadequado para a faixa etária e, conseqüentemente, insegurança alimentar (SOUZA; GRATÃO; PEREIRA, 2018). Na pesquisa realizada com 62 mães de crianças nascidas expostas ao HIV em Fortaleza, Ceará, constatou-se que 57,8% delas possuíam ingesta inadequada de leite e 55,0% apresentaram alimentação complementar inadequada (FREITAS et al., 2014).

Na investigação com 88 famílias de crianças expostas ao HIV no sul do Brasil, em 52,2% das famílias houve ocorrência de insegurança alimentar, influenciada por renda menor, ausência nas consultas de acompanhamento e menos de oito consultas no último ano, fatores significantes para o desfecho (SAMPAIO et al., 2021). Uma revisão de escopo sobre o desenvolvimento infantil precoce na África Subsaariana mapeou que a segurança alimentar e a diversidade alimentar estiveram associadas a desfechos positivos de desenvolvimento, enquanto soropositividade, malária, saúde mental materna ruim, saneamento precário, abuso de álcool materno e desnutrição foram indicadores de baixo desenvolvimento cognitivo e motor (FRANCH et al., 2020).

Segundo estudos publicados na revista *Lancet*, o impacto da insegurança nutricional não repercute apenas no peso da criança e em sua condição de saúde atual. Existe o risco de um desenvolvimento deficiente devido à pobreza e ao atraso no crescimento, no qual as implicações de uma nutrição inadequada podem desencadear comprometimento biológico quanto a ambos, perpetuando oportunidades sociais menores de escolaridade, renda e condições na vida adulta (BLACK et al., 2016; CHUNLING; BLACK; RICHTER, 2016). Ou seja, considerando os lactentes desta tese, a presença dos fatores ambientais de alimentação inadequada e com menores oportunidades domiciliares, acrescidas das condições clínicas (exposição vertical ao HIV) representam em riscos para o desenvolvimento imediatos e/ou tardios. Cabe a reflexão de que o cenário da África difere das condições de enfrentamento do HIV no Brasil, mas suscita a responsabilidade social de familiares, profissionais de saúde e do próprio Estado na busca por garantir as bases necessárias para um desenvolvimento pleno e saudável.

O espaço físico onde a criança reside precisa oferecer uma estrutura física interna e externa com oportunidades de estimulação seguras e adequadas. Nesta tese, os domicílios foram classificados como moderadamente adequados (44,5%) quanto às condições de moradia interna e externa. Esse resultado já havia sido encontrado em estudo no mesmo local, Santa Maria, Rio Grande do Sul, com 83 crianças expostas ao HIV de três a 18 meses, no qual as médias do

somatório da categoria descritiva, tanto para crianças menores de um ano ( $3,39 \pm 1,499$ ) quanto para as maiores ( $3,58 \pm 1,652$ ) foram moderadamente adequadas (FERREIRA et al., 2021a). Esses dados revelam que a característica do cenário local extrapola para âmbito estadual, mesmo com a passagem dos anos, pois nas coletas de dados realizada nos municípios do Rio Grande do Sul mantiveram-se as condições de espaço físico frágeis para promoção de oportunidades domiciliares.

Na avaliação de 21 bebês até 24 meses em Marília, São Paulo, em 54% dos domicílios as oportunidades de espaço físico interno ficaram abaixo de classificações consideradas boas/muito boas e para espaço físico externo 8% das residências foram classificadas como fracas e 24% como médias (BRITTO et al., 2021). Na comparação das oportunidades domiciliares para o desempenho motor de lactentes de três a 18 meses residentes nas regiões Norte e Sudeste do Brasil, não houveram diferenças significativas. Todavia, houve diferença significativa em relação ao espaço externo da residência (Marabá: 34,68; Piracicaba: 46,33,  $p=0,021$ ) (ALMEIDA et al., 2015).

Diante das condições de espaço físico de crianças libanesas e americanas/portuguesas com idades de 18 a 42 meses, as pontuações para espaço físico externo foram maiores as últimas e espaço físico interno foi melhor para as primeiras (AMMAR; ACEVEDO; CORDOVA, 2013). Nos domicílios de bebês chineses de três a 11 meses, o espaço físico insuficiente variou de 25,27% a 30,23%. Para aqueles com espaço físico insuficiente, o risco de atraso no desenvolvimento de resolução de problemas aumentou em 26,0% ( $OR=0,74$ ,  $IC95\%:0,56,0,97$ ) (CAO, et al., 2021), dado que demonstra o impacto um espaço físico suficiente no desenvolvimento da criança.

A renda representou um fator com associação significativa ( $p = 0,002$ ) nas oportunidades de espaço físico no domicílio. Cenário semelhante foi encontrado para 300 crianças de São Paulo e Rio de Janeiro entre três e 18 meses, em que as condições econômicas familiares, classe e renda, apresentaram diferenças significativas para a dimensão espaço físico ( $p < 0,001$ ) (FREITAS et al., 2013), bem como para 75 infantes entre 18 e 42 meses de Várzea Alegre, Ceará ( $p = 0,004$ ) (COSTA et al., 2014). Infere-se que melhores condições financeiras oportunizam condições habitacionais superiores. Todavia, existe a necessidade de investimentos para suprir a oferta de estímulos quando não presentes no domicílio, como identificado neste estudo, quanto à ausência de degraus e escadas (73,8%) e superfícies inclinadas (68,3%), levando rotineiramente os lactentes a passearem por outros espaços físicos, como pracinhas e parques.

Quanto às dimensões brinquedos para motricidade fina e grossa, as piores pontuações foram atribuídas nesta investigação, classificando as oportunidades como menos que o adequado (38,0% e 38,7%, respectivamente). Em outro estudo realizado em Santa Maria com crianças exposta ao HIV, elas foram classificadas como moderadamente adequadas (FERREIRA et al., 2021a). Ampliando-se o cenário o estado, ocorreu uma piora na oferta de estímulos às crianças expostas ao HIV, configurando um fator de risco, pois a ausência e escassez de brinquedos em quantidade e qualidade específicos para a faixa etária podem retardar o processo na aquisição das habilidades motoras brutas e finas.

Em âmbito nacional, uma pesquisa com 74 crianças de Minas Gerais com desenvolvimento típico entre seis e 18 meses de idade, as dimensões de brinquedos foram consideradas adequadas tanto para os de motricidade grossa (48,6%) quanto para os de fina (31,1%) (PEREIRA et al., 2021). No caso dos 49 bebês de três a 16 meses com idade corrigida em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, acompanhados longitudinalmente, independentemente do momento, houve associação significativa do desenvolvimento motor com a disponibilidade de brinquedos (PEREIRA, SACCANI, VALENTINI, 2016). E, para 561 bebês a termo e pré-termo com até 18 meses, da Região Sul do Brasil, entre outros fatores como espaço físico, liberdade para se movimentar e número de brinquedos também favoreceram o desenvolvimento (SACCANI et al., 2013).

Em âmbito internacional, para 261 crianças japonesas entre 18 a 42 meses, os domicílios apresentaram-se como suficientes e o acesso a brinquedos de motricidade fina e grossa teve maior influência em seu desenvolvimento (MORI et al., 2013). Em comparação, as libanesas e americanas/portuguesas com 18 a 42 meses dispuseram de oportunidades de brinquedos para ambas as motricidades, com melhores resultados para as primeiras (AMMAR; ACEVEDO; CORDOVA, 2013). Para iranianos entre 18 e 42 meses, na comparação das oportunidades entre domicílios e creches, os frequentadores de creche obtiveram melhores pontuações nas dimensões brinquedos para motricidade fina e grossa (VALADI et al., 2018). Infere-se que essa oferta configura-se como situação de pesquisa em diferentes contextos e cenários, apontando a relevância dos brinquedos como veículos de estimulação para promoção de habilidades e novas aquisições motoras.

Entre as variáveis significativamente associadas à disponibilidade de brinquedos elencam-se renda ( $p < 0,001$ ) e a escolaridade ( $p = 0,001$ ). Semelhantemente ao reportado com crianças não expostas ao HIV entre três e 12 meses, avaliadas durante um estudo longitudinal em Minas Gerais, associações significativas entre nível econômico e as dimensões brinquedos para motricidade grossa ( $p = 0,016$ ) e fina ( $p = 0,043$ ) foram encontradas (DEFILIPO et al.,



2021). Para 80 lactentes de três a 18 meses de Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, houve correlação positiva entre a classe socioeconômica e brinquedos de motricidade fina ( $r = 0,256$ ) e grossa ( $r = 0,245$ ) (GIROLDI; POERSCH; MULLER, 2020).

Quanto às oportunidades domiciliares de crianças entre três e 18 meses de São Paulo e Rio de Janeiro, as condições econômicas, classe e renda, da família influenciaram na dimensão brinquedos, com as identificadas como classe A proporcionando mais oportunidades do que todas as demais. As da classe B tinham mais materiais de jogo do que os das classes C, D e E, as quais não apresentaram diferenças (FREITAS et al., 2013). Nesse mesmo estudo, a análise pós-hoc revelou que as famílias nas quais ambos os pais possuíam graduação forneceram significativamente mais brinquedos do que aquelas com Ensino Médio. No estudo com 243 famílias iranianas de crianças com 18 a 42 meses, mostrou-se relação significativa entre o comportamento de habilidade motora (ambas as categorias) e os recursos domésticos, incluindo educação dos pais e renda familiar (VALADI; GABBARD, 2018). Assim, infere-se que melhores condições de renda, assim como níveis educacionais superiores proporcionam mais condições na aquisição e utilização de brinquedos para estimulação motora.

Nesta pesquisa, o acompanhamento em serviço de saúde pela criança e pelo familiar apresentaram associações significativas com as dimensões brinquedos de motricidade fina e grossa, os quais possibilitam espaços para além do acompanhamento das condições específicas do HIV, em especial na atenção primária a saúde, a possibilidade de troca de informações dúvidas e esclarecimentos quanto à utilização, substituição ou improvisado de brinquedos compatíveis com a idade. É necessário reconhecer que a carência de dos mesmos no domicílio refletiu em classificações para essas dimensões extremamente baixas (menos que o adequado), configurando como fator de risco para o desenvolvimento.

A utilização dos brinquedos com o lactente, além de promover as habilidades motoras, favorecem as interações e fortalecem os processos, atuando, portanto, em conjunto com a variedade de estimulação. A maioria dos familiares afirmou realizar brincadeiras acerca das partes do corpo, configurando ações que proporcionam variedade de estimulação, vínculo com a criança e promoção de aprendizado. Diante da investigação dos fatores de risco biológicos e as oportunidades ambientais para desenvolvimento motor entre lactentes (não expostos ao HIV) com idade até 18 meses, a termo e pré-termo também da Região Sul do Brasil, elencaram-se vários fatores associados positivamente ao desfecho de desenvolvimento motor quanto à interação dos pais com os bebês, ao permitir que a criança escolha brinquedos ou atividades físicas ( $c2 = 13,6$ ,  $p = 0,009$ ); incentivar o alcance e apreensão ( $c2 = 10,4$ ,  $p = 0,03$ ); estimular

brincadeiras sobre partes do corpo ( $c2 = 11,6$ ,  $p = 0,02$ ); e ensinar palavras de movimento ( $c2 = 13,4$ ,  $p = 0,009$ ) (SACCANI et al., 2013).

Nesta tese, a variedade de estimulação foi a única dimensão com classificação descritiva excelente (35,4%), considerada o melhor resultado possível a ser mensurado pelo instrumento AHEMD-IS. Para o estudo com crianças expostas ao HIV em Santa Maria, a mesma foi classificada entre adequada e moderadamente adequada menores e maiores de um ano, respectivamente (FERREIRA et al., 2021a). Tal achado representa uma melhoria comparando-se com o cenário estadual, sinalizando que uma boa variedade de estimulação favorece e protege o desenvolvimento motor infantil.

Em relação à dimensão em outros estudos, na pesquisa também realizada em Santa Maria com 410 crianças sem comorbidades com 18 a 42 meses, a variedade de estimulação foi considerada muito boa em 36,1% dos domicílios (SOARES et al., 2015). Para infantes com até 24 meses em Marília, São Paulo, 58% dos domicílios obtiveram classificações muito boas, ou seja, oportunidades consideradas como excelentes (BRITTO et al., 2021). No estudo realizado no Paraná com crianças entre sete e 35 meses, essa também obteve classificações consideradas boas e muito boas (ARAUJO et al., 2018).

Percebe-se que, em geral, a variedade de estimulação possui pontuações consideradas como protetoras para o desenvolvimento motor, conforme percebido em crianças entre três e 18 meses com síndrome de Down em Uberlândia, Minas Gerais, onde os resultados evidenciaram correlação positiva ( $p = 0,01$ ,  $r = 0,78$ ) (KNYCHALA et al., 2018). Para crianças chinesas, a variedade de estimulação foi associada à motricidade grossa e o risco de atraso foi 47% menor em bebês com escores adequados (CAO et al., 2021).

Entre as variáveis com associação significativa para a dimensão variedade de estimulação, estiveram presentes a relação com a criança descrita pela figura materna. A partir da interação e possibilidades de estimulação entre elas, ocorre a promoção do desenvolvimento infantil, denominada por Bronfenbrenner (2011) como processo proximal.

Considerando as demais variáveis associadas à dimensão, lembrando das especificidades da população estudada, o início do atendimento em serviço especializado (primeira consulta) e número de consultas realizados para o acompanhamento em infectologia pediátrica, bem como da utilização da fórmula láctea, referem-se às recomendações do ministério da saúde não só como variáveis específicas da criança exposta ao HIV para prevenção da transmissão vertical, como também significativas para variedade de estimulação.

Não houveram associações significativas entre as oportunidades domiciliares e a capacidade para cuidar das crianças expostas, bem como das oportunidades com o suporte

social das famílias. Isso se dá, possivelmente, porque tais relações são complexas e permeiam outros fatores do cotidiano da família e do familiar do lactente soropositivo, não investigadas neste estudo e, portanto, não aplicadas nesse estudo a nível de **exossistema**.

Segundo Bronfenbrenner (2011), os ambientes frequentados pelo familiar e pela rede de apoio influenciam indiretamente a criança. Assim, apesar de não serem aplicados aqui, fazem parte da rede social do familiar dos sujeitos estudados o serviço especializado e a família, que podem estar vinculados a fragilidades decorrentes do estigma de viver com HIV e da descontinuidade do cuidado, resultando em pouco apoio emocional, informativo, instrumental e de apreciação dos cuidadores, tanto no âmbito familiar quanto no contexto dos serviços de saúde (ALVARENGA et al., 2015).

A classificação dos domicílios de crianças expostas quanto às oportunidades para promoção do seu desenvolvimento motor reforça que o **microssistema** (domicílio), o **mesossistema** (creche) e o **macrossistema** (características do familiar) são relevantes. As evidências científicas apontam que essa influência internível está presente no cenário nacional e internacional, como mostrado na discussão em situações específicas da exposição ao HIV (insegurança alimentar e nutricional no que se refere à alimentação por fórmula láctea e complementar, acompanhamento no serviço especializado e ampliação do acesso à atenção primária a saúde). Além disso, ela indica convergência com as características inerentes à infância, ou seja, também presentes em crianças não expostas (espaço físico, creche, variedade de estimulação, oportunidade de brinquedos e condições socioeconômicas da família).

Na investigação de fatores protetores e de risco para o desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor de bebês na faixa etária de 8 a 10 meses, constatou-se que fatores biológicos e ambientais têm impacto semelhante. Todavia, o acúmulo desses aumenta as probabilidades de atrasos. Em contrapartida, quando há ausência de riscos biológicos e ambientes de qualidade, estes funcionam como protetores para o desenvolvimento infantil (PEREIRA et al., 2021). Assim, é possível inferir que a condição biológica de exposição vertical ao HIV acrescida de ambientes domiciliares carentes de oportunidades em quantidade e qualidade acumulados podem prejudicar o desenvolvimento dos lactentes deste estudo, sinalizando a relevância do papel desempenhado por todos os envolvidos em sua saúde nos diferentes cenários, de modo a atenuar tais fragilidades e garantir que essas crianças se tornem adultos saudáveis.

Fornecer oportunidades domiciliares em quantidade e qualidades suficientes perpassa por diferentes fatores ambientais, conforme destacado, para que, em conjunto com as condições clínicas, não acarretem em prejuízos no desenvolvimento infantil. Reconhece-se a necessidade de **pesquisas** com estudos longitudinais diretamente no domicílio, pois o desenvolvimento

infantil é contínuo e multifacetado. Ainda, são necessários estudos qualitativos para identificar a percepção das famílias e motivos da criança não frequentar creche. Ademais, devem-se realizar estudos de revisão com objetivo de localizar ferramentas para promoção de oportunidades de estimulação motora no domicílio, uma vez identificada a demanda de adequação a população específica de crianças expostas ao HIV mediante estudos experimentais. No caso da ausência dessas ferramentas, são sugeridos estudos metodológicos para elaboração de tecnologias cuidativas educacionais, definidas como o conjunto de saberes/conhecimentos científicos resultante de processos concretizados, que sustentem a operacionalização do processo de cuidar e educar o outro (usuário/paciente, acompanhante e profissional de Enfermagem) (SALBEGO et al., 2018).

Elenca-se como principal limitação enfrentada durante a realização do estudo, o cenário estabelecido de pandemia do novo coronavírus (BRASIL, 2020), que resultou em isolamento social e alteração nos fluxos de atendimento, restringindo as coletas de dados e implicando no encerramento da etapa antes do alcance do cálculo amostral previamente estabelecido e dos cenários desejados. Investigações futuras serão necessárias para identificar os impactos da pandemia no desenvolvimento das crianças expostas ou não ao HIV. Outra limitação refere-se ao instrumento IFPF com validação para a língua portuguesa, Portugal, fato que pode ter causado fragilidades na interpretação e, conseqüentemente, na vinculação de resultados ligados ao exossistema.

A utilização do instrumento de avaliação das oportunidades domiciliares pelos profissionais de saúde na **prática assistencial** possibilita a avaliação e intervenção para promoção do desenvolvimento motor infantil, os quais devem ser capacitados para avaliar o desenvolvimento motor de lactentes. Tais ações precisam permear o acompanhamento dos cuidados específicos ao HIV em serviço especializado e das demandas habituais na atenção primária a saúde de maneira conjunta.

As orientações deverão ser centradas na família, considerando as condições sociodemográficas para as ações de promoção. Entende-se que, se a família conhece objetos de estimulação e sabe da importância dessas oportunidades de desenvolvimento motor na infância, poderão criar soluções conforme sua disponibilidade de aquisição de materiais ou para confecção de brinquedos. Ressalta-se que a disponibilidade de brinquedos (objetos) não necessariamente reflete em brincadeiras (interações), devendo ser o foco das orientações.

Com ações de monitoramento das oportunidades domiciliares para orientar e promover a utilização do disponível no domicílio ou espaço físico próximo dele, brinquedos e brincadeiras direcionados a motricidade, fina e grossa, seguros e adequados à faixa etária, ações de variedade

de estimulação durante as rotinas de cuidado, para promoção da segurança alimentar e nutricional e da importância da inserção da criança na creche para interação com outros ambientes, crianças e pessoas. Uma vez compreendidos e aplicados pelo familiar potencializa-se o desenvolvimento esperado para a faixa etária com consequências ao decorrer de toda a vida.

Entre as contribuições para a pesquisa, destaca-se a organização da devolutiva dos dados para os profissionais da prática assistencial visando a discussão e integração mediante seminário integrado de pesquisa e prática (SIPP), com edições previamente promovidas pelo GP-PEFAS decorrentes de projetos concluídos. Também os investimentos em projetos de ensino para a capacitação desde a graduação e na qualificação profissional quanto à temática e aspectos permeando a população de lactentes expostos ao HIV. Para a extensão, aponta-se a realização de projeto possibilitando um espaço de interação com os familiares e as crianças estimulando as oportunidades de desenvolvimento motor, reforçando o brincar e a importância do estabelecimento de vínculos, para além de quantidade de brinquedos, qualidade e intensidade nas brincadeiras e a utilização dos brinquedos disponíveis no domicílio ou espaços próximos.

## 8 CONCLUSÃO

Neste trabalho, realizou-se a caracterização do familiar, do lactente e do ambiente composto por familiares mães que fazem tratamento para o HIV, convivem com o companheiro, possuem escolaridade a nível de ensino médio e renda familiar entre um e dois salários. No caso do lactente nascido a termo, sem problemas de saúde, a primeira consulta ocorre no serviço de infectologia durante o primeiro mês de vida. Até o período de um ano, realiza-se entre 1 a 4 consultas com a lacuna da atuação da atenção primária à saúde, uma vez que as famílias conhecem o serviço e o utilizam quando precisam, mas não detalhados neste estudo. Ambos os entrevistados residem em casas, a criança não frequenta creche e convive com até dois adultos e duas crianças.

As oportunidades totais do ambiente domiciliar dos lactentes expostos ao HIV classificaram-se como moderadamente adequadas, com as dimensões de espaço físico e brinquedos aquém do adequado para a promoção do desenvolvimento motor. Esse desenvolvimento é frágil e, portanto, é necessário explorar espaços físicos contendo degraus, escadas e superfícies inclinadas, brinquedos seguros e adequados para a faixa etária quanto à motricidade grossa, como mobiles e balanços. Para a motricidade fina, são apropriados brinquedos de puxar, empurrar, apertar, montar, empilhar e livros para bebês.

Quanto à variedade de estimulação, a única classificada como excelente, configura-se a promoção do desenvolvimento juntamente à necessidade de reforçar a interação da criança com outras crianças. Assim, se faz referência à frequência da creche, interação com adultos mediante cuidados diários, estímulo para aprendizado sobre as partes do corpo e para a aquisição de novas habilidades como engatinhar, levantar e caminhar. Pois, mesmo consideradas como adequadas em variedade de estimulação, a relevância da continuidade dos estímulos em quantidade e qualidade, conforme as demandas de cada lactente e família.

Concluiu-se que o microssistema interfere nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor desses lactentes no que se refere as variáveis sociodemográficas, visto que menor renda e escolaridade apresentaram associações a menores oportunidades domiciliares para espaço físico, brinquedos e pontuação total. Na avaliação conjunta para o desfecho das oportunidades totais, os cuidadores que não possuem/concluíram o ensino fundamental têm prevalência de 1,54 vezes em resultados de oportunidades piores quando comparados aqueles com ensino fundamental completo ou mais. Também foi possível inferir que a insegurança alimentar aumenta em 1,67 vezes para resultados aquém do adequado de oportunidades domiciliares comparado com aqueles com segurança alimentar.

Portanto, na experiência da família, a influência dos níveis interdependentes do meio ambiente nas oportunidades do domicílio para o desenvolvimento motor de lactentes verticalmente expostos ao HIV sinalizaram a associação entre o cuidador principal ser a mãe, primeiro atendimento antes de um mês de vida e realização entre uma e quatro consultas no serviço de infectologia, bem como, da alimentação com fórmula láctea conforme preconizado pelo ministério da saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV, compreendo em variáveis significativas para uma excelente variedade de estimulação do lactente. Menores condições escolares, financeiras e de segurança alimentar implicam em vulnerabilidades ambientais para o desenvolvimento motor, as quais podem ser potencializadas, quando considerado a fragilidade clínica deste lactente, com uma condição sorológica ainda indefinida, e demanda de cuidados habituais e para prevenção da transmissão vertical realizadas por parte do familiar.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, M. E. B.; AMAYA, J. G. D.; KOLLER, S. H. Una respuesta institucional colombiana a niños/as que viven con VIH/SIDA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.507-516, 2013.

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.

AFFONSO, G. et al. O mapeamento da produção científica sobre fatores de risco para atrasos no desenvolvimento neuromotor infantil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 10, p. e411101018881, 2021.

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 Pesq.**, v. 22, n. 2, p.142-147, 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, A. G.; 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.

ARAÚJO, A. **Aprendizagem infantil: uma abordagem da neurociência, economia e psicologia cognitiva**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2011.

ARAUJO, D. M.; SANTOS, D. C. C.; LIMA, M. C. M. P. Home environment of infants with risk indicators for hearing loss tends to be less stimulating. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v.120, p. 146 – 151, 2019.

ARAUJO, L. B. Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 538-557, 2018.

AUGUSTO, C. C. V. C. O. F. et al. Adaptação e validação do instrumento Inventory of Family Protective Factors para a cultura portuguesa. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1001-1008, 2014.

BARROSO, L. M. M. et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. **Rev Rene.**, v. 10, n. 4, p. 155-64, 2009.

BARROSO, L. M. M. **Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV**. 2008. 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2008.



BATISTELA, A. C. T. **Relação entre as oportunidades motora no lar e o desempenho motor de lactentes – um estudo exploratório.** 2010, 102p. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2010.

BERK, L.; ROBERTS, W. **Child development.** 3 ed. Toronto, ON: Pearson/Allyn & Bacon, 2009.

BELLOTTO, P. C. B. et al. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. **Interface**, Botucatu, v. 23, e180556, 2019.

BERK, L.; ROBERTS, W. **Child development.** 3 ed. Toronto, ON: Pearson/Allyn & Bacon, 2009.

BHUTTA, Z. A. et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? **Lancet**, v. 382, p. 452-477, 2013.

BICK, M. A. **Associação da condição social e clínica à capacidade para alimentar crianças verticalmente expostas ao HIV.** 2017. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

BICK, M. A.; CERETTA, P. S.; PAULA, C. C. Feeding of HIV- exposed children in a city in south of Brazil: family ability, clinical and social conditions. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n.4, p. 1011-22, 2019.

BICK, M. A.; PAULA, C. C. Vulnerabilidade programática para insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV: revisão integrativa. **REFACS**, Uberaba, n. 8, v. 1, p. 100-13, 2020.

BLACK, M. M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017.

BLACK, M. M. et al. Early childhood coming of age. Science through the life-course. **Lancet**, 2016. Doi: org/10.1016/ S0140-6736(16)31389-7.

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.

BRASIL. **Lei Nº 13.257**, de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Brasília, DF, 08 mar. 2016b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm)>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm)>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança**: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 240p.

BRASIL. 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.

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **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.

BRASIL. **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, 2011.

BRITO, C. M. L. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1403-1414, 2011.

BRITTO, P. R. Nurturing care: promoting early childhood development. **The lancet**, London, v. 389, n. 10064, p. 91-102, 2016.

BRITTO, L. B. et al. Processamento sensorial e oportunidades para o desenvolvimento de bebês. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo, v. 31, n. 1-3, p. 9-16, 2021.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

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

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. **The ecology of developmental process**. In: LERNER, R. M. (Org.). **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. 5 ed, 1998.

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development: experiments by nature and design**. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

BUENO, E. A.; CASTRO, A. A. M.; CHIQUETTI, E. M. S. Influência do Ambiente Domiciliar no Desenvolvimento Motor de Lactentes Nascidos Pré-Termo. **Rev Neurocienc**, v. 22, n.1, p. 45-52, 2014.

BRUM, M. L. B.; MOTTA, M. G. C.; ZANATTA, E. A. Sistemas bioecológicos e elementos que vulnerabilizam adolescentes frente às infecções sexualmente transmissíveis. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 28, p. e2017049, 2019.

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, 2015.

CAO, Z. et al. Association between the home environment and development among 3- to 11-month infants in Shanghai, China. **Child Care Health Dev**, v. 28, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1111/cch.12902>.

CARVALHO, M. O. et al. Sororreversão de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3265-3282, 2019.

CASTRO, R. C. M. B. et al. Indicadores de parto e nascimento de mulheres soropositivas para vírus da imunodeficiência humana. **Rev Rene.**, v.19, p. e33605, 2018.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 515-24, 2003.

CECCON, R. F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 177-183, 2014.

CHUNLING, L.; BLACK, M.; RICHTER, L. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. **Lancet Global Health**, 2016. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30266-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30266-2).

CORSI, C. Impact of extrinsic factors on fine motor performance of children attending day care. **Rev Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, 439-446, 2016.

COSTA, A. R. et al. Estratégias e rede de apoio social utilizada pela família no cuidado de criança/adolescente com HIV/aids. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 7, p. e28973706, 2020.

COSTA, C. L. A. et al. Relação entre nível socioeconômico, escolaridade dos pais e oportunidades para o desenvolvimento motor. **R. Min. Educ. Fís.**, Viçosa, v. 22, n. 1, p. 83-94, 2014.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 105-114, 2015.

CUNHA, A. J. L. A., LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 91, v. 6, p. 44-51, 2015.

CUNHA, F.; HECKMAN, J. J. **Investing in our young people**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2010.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Interação mãe-bebê e uso de chupeta no contexto do nascimento pré-termo: um estudo com base na Teoria Bioecológica. **Estud. psicol.** Campinas, v. 34, n. 4, p. 548-559, 2017.

DEFILIPO, E. C. et al. Oportunidades do ambiente domiciliar e desenvolvimento motor de lactentes no primeiro ano. **Fisioter Mov**, Paraná, v. 34, n. e34108, p. 1-10, 2021.

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.; SARACENI, V.; LEAL, M. D. C. Mother to child transmission of HIV in Brazil: Data from the "Birth in Brazil study", a national hospital-based study. **PLoS One**, v. 13, p. e0192985, 2018.

EBLING, S. B. D.; SILVA, M. R. S. Alcohol consumption among women living in rural contexts. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 73, suppl. 4, p. e20190612, 2020.

ELMADFA, I.; MEYER, A. L. Vitamins for the first 1000 days: preparing for life. **Int J Vitam Nutr Res.**, v. 82, p. 342-347, 2012.

FEIJÓ, A. M. et al. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 783-91, 2012.

FERREIRA, T. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. e61132, 2016.

FERREIRA, T. et al. Desenvolvimento motor de lactentes expostos ao HIV: oportunidades no ambiente domiciliar. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 23, n. 59961, p. 1-11, 2021a.

FERREIRA, T. **Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor de crianças verticalmente expostas ao HIV**. 2018. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2018.

FERREIRA, T. et al. Oportunidades domiciliares no desenvolvimento motor infantil: produção científica da área da saúde. **J Hum Growth Dev.**, Santo André, v. 31, n. 1, p. 125-44, 2021b.

FIGUEIREDO, T. C. et al. Caracterização clínica da exposição ao HIV de crianças em serviço especializado: relato de pesquisa. **Rev. Bras. de Iniciação Científica (RBIC)**, Itapetininga, v. 5, n. 6, p. 30-44, 2018.

FRANCH, B. Nutrition, growth, and other factors associated with early cognitive and motor development in Sub-Saharan Africa: a scoping review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, 2020, doi:10.1111/jhn.12795.

FREITAS, J. G.; BARROSO, L.M.M.; GALVÃO, M. T. G. Escala para a avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-9, 2013.

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. 319-327, 2013.

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

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

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

GIROLDI, C.; POERSCH, K.; MULLER, A. B. Oportunidades de desenvolvimento motor de bebês de um centro de referência materno-infantil. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 8, n. 1, p. 29-40, 2020.

GLASCOE, F. P. Accuracy of the Denver-II in developmental screening. **Pediatrics**, v.89, p. 1222-5, 1992.

GOMES, A. M. T. et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 111-120, 2012.

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.

GUIMARÃES, A. N. et al. Adolescentes no convívio com usuários de drogas: vivências à luz do modelo bioecológico. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 1, p. 40-46, 2019.

HALPERN, R. et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 444-450, 2008.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HAUSEN, C. F. **Avaliação da satisfação de cuidadores familiares de crianças expostas ao HIV com o suporte social percebido**. 2017. 49p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

HAUSEN, C. F. et al. Familiares de crianças expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana: satisfação com o suporte social. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 22, n. e61086, p. 1-9, 2021.

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

HAYWOOD, K. M.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

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

HOFFMANN, I. C. et al. A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized service: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.*, São Paulo, v. 134, n. 6, p. 508-12, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>. Acessado em: 20 fev. 2019.

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.

KING, T. M.; GLASCOE, F. P. Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. **Curr Opin Pediatr.**, v. 15, p. 624-9, 2003.

KNYCHALA, N. A. G. et al. Influência do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor de lactentes com síndrome de Down. **Fisioter Pesqui.**, v. 25, n. 2, p. 202-208, 2018.

KOUTRA K. et al. Socio-demographic determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age: Mother-Child Cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. **Infant Behav Dev.**, v. 35, n. 1, p. 48-59, 2012.

KREBS, R. J. **Urie Bronfenbrenner e a Ecologia do Desenvolvimento Humano.** Santa Maria: Casa Editorial, 1995.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American of Fundamental Psychopathology**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

LAMY FILHO, F. et al. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. **Cien Saude Colet**, v.16, n.10, p. 4181-4187, 2011.

LANGENDORF, T. F. et al. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 275-81, 2016.

LANGENDORF, T. F. et al. Rede de Apoio de Mulheres que Tem HIV: Implicações na Profilaxia da Transmissão Vertical. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, n.23, v.1, p.16-22, 2011.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à luz da Teoria Bioecológica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.49, n. 6, p.899-907, 2015.

MARKS, K. P.; GLASCOE, F.; MACIAS, M. M. Enhancing the algorithm for developmental-behavioral surveillance and screening in children 0 to 5 years. **Clin Pediatr**, v. 50, p. 853-68, 2011.

MARÔCO, J. P. et al. Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala de satisfação com o suporte social para estudantes do ensino superior. **Psicologia reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 247-56, 2014.

- MEDEIROS, M. F. Os movimentos contra vacinação no Brasil e a lei da vacinação obrigatória. **Revista Dissertar**, n.32, v. 1, p. 93-104, 2019.
- MEIRELLES, Q. B.; LOPES, A. K. B.; LIMA, K. C. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. **Rev Panam Salud Publica**, v.40, n. 6, 427-34, 2016.
- MIL DIAS. Disponível em: <<http://www.thousanddays.org/>>. Acessado em: 27. Set. 2018.
- MORAES, M. W. et al. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 149-153, 2010.
- 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.
- 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.
- OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010.
- OLIVEIRA, C. M. et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 282-290, 2016.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Ações nutricionais essenciais: melhorar a saúde materna, neonatal, infantil e nutrição**. ONU, 2013.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. ONU, 2015.
- OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual para vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005. 54 p.
- PACHECO, B. P. et al. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 378-83, 2016.
- PAMPLONA, M. C. C. A. et al. Influência da exposição e transmissão vertical do HIV-1 no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v.52, e-20180263, p. 1- 7, 2019.
- PAULA, C. C. et al. Quimioprofilaxia, acompanhamento clínico e imunizações de crianças expostas ao HIV: avaliação da capacidade familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2019.



PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 493-9, 2013.

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.160-6, 2015.

PEREIRA, D. G. et al. Environmental and personal factors that explain functional abilities and caregiver assistance on children aged 6 to 18 months: a cross-sectional study. **Pediatrics**, v. 27, e10200148, 2021.

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

PEREIRA, K. R. G.; SACCANI, R.; VALENTINI, N. C. Cognição e ambiente são preditores do desenvolvimento motor de bebês ao longo do tempo. **Fisioter Pesq.**, v. 23, n. 1, p. 59-67, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 181-190, 2007.

PORTO, I.; KOLLER, S. H. Violência na família contra pessoas idosas. **Interações**, v. 12, n. 22, p. 105-142, 2006.

QUEIROZ, P. M.; LEMOS, P. C.; UED, F. V. Práticas alimentares de lactentes expostos ao HIV. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 53, p. 57-65, 2017.

RAJAN, R. et al. Avaliação do desenvolvimento de crianças expostas ao HIV entre 6 e 18 meses: um estudo de coorte do norte da Índia. **Aids Care**, v. 29, n. 11, p. 1404-1409, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei n.º 12.544 em 03 de julho de 2006**. Institui o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e dá outras providências. Rio Grande do Sul, 2006.

RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.

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, 2007, p. 51-60.

SA, C. S. C.; SIEGLE, C. B. H.; CARVALHO, R. P. Curva Nacional da Escala Motora Infantil de Alberta e Escores de Lactentes Expostos ao HIV. **Rev Neurocienc**, v. 26, p. 1-16, 2018.

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.

SALBEGO, C. et al. Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, suppl 6, p. 2825-33, 2018.

SAMPAIO, C. O. **Insegurança alimentar em famílias de crianças expostas verticalmente ao HIV**. 2019. 95p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019.

SAMPAIO, C. O. et al. Insegurança alimentar em famílias de crianças verticalmente expostas ao HIV. **REFACS**, Uberaba, v. 9, n. 3, p. 533-41, 2021.

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

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.

SEVERO, F. **Capacidade familiar para preparar e administrar medicamentos às crianças expostas ao HIV**. 2017. 49p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

SIQUEIRA, P. G. B. S. et al. Análise hierarquizada dos determinantes da transmissão vertical do HIV. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 4, p. 997-1007, 2020.

SILVA, A. C. D.; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C. T. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1881-1893, 2015.

SILVA, M. R.; ALVARENGA, W. A.; DUPAS, G. Experiência do cuidador no tratamento preventivo da criança exposta ao Vírus da Imunodeficiência Humana. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 743-752, 2014.

SILVA, R. A.; SANTOS, D. C. C.; COLERA-SANTOS, M. F. Lactentes egressos de Unidade de Terapia Intensiva: estudo das respostas auditivas, de linguagem, motoras e as oportunidades para o desenvolvimento motores presentes no ambiente familiar. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 221-230, 2021.

SILVA, W. R. et al. Opportunities for motor stimulation in the home environment of children. **J Hum Growth Dev.**, v. 7, n. 1, p. 84-90, 2017.

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acessado em: 20 nov. 2018.

SOARES, E. S. Análise das oportunidades de estimulação motora em ambientes domiciliares na região central do Rio Grande do Sul. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 279-88, 2015.

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.

SOUZA, M. A.; GRATÃO, L. H. A.; PEREIRA, R. J. Perfil Antropométrico e Dietético de Crianças Expostas ao HIV. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, p. 65-77, 2018.

TOEBE, T. R.P. **Acompanhamento clínico e vacinação de crianças verticalmente expostas ao HIV: avaliação da capacidade familiar.** 2017. 63p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Declaração universal dos direitos das crianças.** UNICEF, 1959.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Convenção dos Direitos da Criança.** Nova Iorque: UNICEF, 1989.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND - UNICEF. Child Mortality. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.** UNICEF, 2015.

UNICEF. UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND - UNICEF. Child Mortality. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.** UNICEF, 2017.

VALADI, S. et al. Psychometric properties of the Affordances in the Home Environment for Motor Development inventory for use with iranian children aged 18-42 months. **Infant Behav Dev**, v.50, p. 1-11, 2018.

VALADI, S.; GABBARD, C. The effect of affordances in the home environment on children’s fine - and gross motor skills. **Early Child Development and Care**, v. 190, n. 8, p. 1225-32, 2018.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VOLPE, F. M. et al. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 6, p. 478-84, 2009.

WALKER, S. P. et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. **Lancet**, London, v. 369, p. 145–57, 2007.

WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **The Lancet**, London, v. 378, p. 1325-1338, 2011.

WHITTAKER, J. E. V. et al. Family risks and protective factors: Pathways to Early Head Start toddlers’ social-emotional functioning. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 26, p. 74-86, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Guideline Updates on HIV and infant feeding, 2016:** the duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva, Switzerland: WHO, 2016.

WOO BAIDAL, J. A. et al. Reducing Hispanic children's obesity risk factors in the first 1000 days of life: a qualitative analysis. **J Obes.**, v. 2015, ID 9459182015, p. 1-8, 2015.

YOUNG, M. E.; RICHARDSON, L. M. **Early child development from measurement to action: a priority for growth and equity.** Washington, DC: World Bank, 2007.

ZAGO, J. T. C. et al. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. **Rev. CEFAC**, v. 19, n. 3, p. 320-329, 2017.

ZILLMER, J. G. V. et al. Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e inserção Ecológica: uma metodologia para investigar famílias rurais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 669-74, 2011.

**ANEXOS**

## ANEXO A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

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	
<b>B1</b>	Qual sua data de nascimento?	
<b>B2</b>	Qual seu sexo?	1) Masculino 2) Feminino
<b>B3</b>	Qual o seu estado civil?	1) Convive com esposo/companheiro 2) Solteiro/a 3) Divorciado/Separado 4) Viúvo/a
<b>B4</b>	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
<b>B5</b>	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 >)
<b>B6</b>	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
<b>B7</b>	Quantos filhos você tem?	1) 1 Filho 2) Entre 2 a 4 filhos 3) 5 ou mais
<b>B8</b>	Qual seu município de residência?	1) Santa Maria 2) Uruguaiana 3) Rio Grande 4) Pelotas
	<b>B8a Outro município, qual?</b>	5) Bagé 6) Passo Fundo 7) Santa Cruz do Sul 8) Outro (B8a)

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

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

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

<b>B26</b>	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
<b>B27</b>	Faltou alguma consulta no último ano neste serviço?	1) Sim ( <b>B27a</b> ) 2) Não
	<b>B27a Sim, quantos?</b>	
<b>B28</b>	Como é para você manter o acompanhamento da criança neste serviço de saúde?	1) Difícil 2) Mais ou menos 3) Fácil
<b>B29</b>	Você sabe qual o serviço de saúde (UBS, ESF, posto de saúde) mais próximo de sua residência?	1) Sim ( <b>B29a</b> ) 2) Não
	<b>B29a Sim, qual?</b>	
<b>B30</b>	Você leva a criança nesse serviço?	1) Sim 2) Não ( <b>B30a</b> )
	<b>B30a Não, por quê?</b>	
<b>B31</b>	Se sim, em que situações? ( <b>MÚLTIPLAS RESPOSTAS</b> )	1) Consulta 2) Vacinas 3) Exames 4) Av. Crescimento e desenvolvimento 5) Outro ( <b>B31a</b> )
	<b>B31a Outra, qual?</b>	

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



## ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE CUIDAR DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV

**“Escolha a resposta que melhor descreve sua capacidade para cuidar da criança exposta ao HIV. Não existe resposta certa ou errada, mas dê a resposta que você acha mais próxima do que você realiza com a criança”.**

<b>Capacidade para preparar e administrar AZT xarope (crianças de zero até 28 dias de vida)</b>						
<b>D1</b>	Preparo o xarope de acordo com a receita médica.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D2</b>	Dou xarope de 12 em 12 horas.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D3</b>	Deixo de dar o xarope*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D4</b>	Sei até quando a criança precisa usar o xarope.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>Capacidade para preparar e administrar alimentação láctea (crianças de zero até 1 ano de idade ou mais)</b>						
<b>D5</b>	Deixei a criança amamentar em outra mulher*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D6</b>	Diluo o leite em pó nas proporções recomendadas, de acordo com a idade da criança e/ou orientação do profissional de saúde.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D7</b>	Dou o leite na quantidade de vezes (frequência) de acordo com a idade da criança e/ou orientação do profissional de saúde.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D8</b>	Divido a lata de leite que recebo para a criança com outras pessoas*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D9</b>	Utilizo água fervida, filtrada ou mineral para prepara o leite.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D10</b>	Quando preparo o leite e a criança não toma logo, uso em até duas horas.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D11</b>	Quando saio de casa com a criança levo água fervida, filtrada ou mineral e preparo na hora de alimentar a criança.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D12</b>	Quando saio de casa com a criança dou leite ou outro alimento que não conheço a procedência*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D13</b>	Quando saio de casa levo água fervida, filtrada ou mineral para dar a criança.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D14</b>	Quando saio de casa com a criança dou água que não conheço a procedência*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

<b>D15</b>	Observo as condições da lata de leite e validade antes de preparar o leite.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D16</b>	Guardo a lata de leite em local seco e ventilado.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D17</b>	Lavo as mãos com água e sabão antes de preparar o leite da criança.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D18</b>	Limpo o local onde vou preparar o leite da criança.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D19</b>	Uso o pano de prato limpo e seco e exclusivo para secar o material de preparo do alimento da criança.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D20</b>	Limpo e fervero o material utilizado para preparar o leite da criança	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D21</b>	Faço a limpeza da mamadeira para cada vez que for dar o alimento, com cuidado para não deixar restos de alimentos, retirando o bico de borracha da rosca da mamadeira, utilizando escovinha própria e depois fervendo o material.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>Capacidade para preparar e administrar alimentação complementar. Idade da criança (meses)_____</b>						
<b>D22</b>	Início o uso de outros alimentos para a criança de acordo com a orientação dos profissionais de saúde.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D23</b>	Ofereço o tipo de alimentação e número de refeições de acordo com a idade recomendada ou receita médica.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D24</b>	Coloco açúcar na alimentação da criança*.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D25</b>	Ofereço café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos*.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D26</b>	Uso o liquidificador para fazer a papa salgada ou de fruta.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D27</b>	Ofereço para as crianças frutas raspadas ou amassadas.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D28</b>	Ofereço água para a criança no intervalo das refeições (mínimo 3-4 vezes ao dia).	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D29</b>	Dou água fervida, filtrada ou mineral para a criança beber.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D30</b>	Lavo o alimento e cozinho antes de oferecer a criança.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

<b>D31</b>	Lavo as frutas antes de descascar.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D32</b>	Reaproveito o alimento que sobrou no prato ou no copo para dar à criança mais tarde*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D33</b>	Deixo alimentos prontos em cima do fogão por mais de 2 horas*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D34</b>	Tenho animais de estimação que ficam dentro de casa.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D35</b>	Lavo as frutas e verduras com água corrente e deixo em hipoclorito de sódio ou água sanitária por no mínimo 30 minutos.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D36</b>	Cozinho a comida da criança em água fervida, filtrada ou mineral.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D37</b>	Faço a limpeza da mamadeira toda vez que for dar o alimento, com cuidado para não deixar restos de alimento, retirando o bico da rosca da mamadeira, utilizando escovinha própria e fervendo todo o material.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D38</b>	Uso mamadeira para dar sopas ou vitaminas à criança*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D39</b>	Lavo as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D40</b>	Limpo o local onde vou preparar o alimento da criança.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D41</b>	Lavo e enxáguo com água limpa (fervida, filtrada ou mineral) todo material para preparar o alimento.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D42</b>	Uso o pano de prato limpo e seco e exclusivo para secar o material de preparo do alimento da criança.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D43</b>	Deixo o lixo em cestos tampados ou em sacos plásticos.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>Capacidade para preparar e administrar o antibiótico Bactrim (crianças maiores de 28 dias)</b>						
<b>D44</b>	Preparo o antibiótico de acordo com a receita médica.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D45</b>	Ofereço o antibiótico três vezes por semana em dias alternados.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D46</b>	Esqueço de dar o antibiótico*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

<b>D47</b>	Dou para a criança remédio para dor, febre ou diarreia que não foi receitado pelo médico*.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>Capacidade para garantir o acompanhamento clínico e vacinação (crianças maiores de 28 dias)</b>						
<b>D48</b>	Levo a criança para a consulta no dia marcado.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D49</b>	Levo a criança para fazer os exames no dia marcado.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D50</b>	Faço o possível para conseguir levar a criança para consultas ou exames.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D51</b>	Levo a criança à consulta quando ela adoecer, mesmo se não estiver agendada.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>D52</b>	Levo a criança para vacinação no dia marcado.	Nunca	Raram ente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

\* Questões cujos valores são invertidos (5,4,3,2,1)

**ANEXO C – AFFORDANCES NO AMBIENTE DOMICILIAR PARA O  
DESENVOLVIMENTO MOTOR - ESCALA BEBÊ**

**Inventário (3 a 18 meses)**

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA							
<b>H1</b>	A criança nasceu prematura? (Se <b>SIM</b> preencher <b>H1a</b> )	( ) Sim ( <b>H1a</b> )		( ) Não			
<b>H1a</b>	Idade gestacional:						
<b>H2</b>	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							
<b>H3</b>	Qual o tipo de domicílio que vocês residem? (Se <b>OUTRO</b> preencher <b>H3a</b> )	Casa		Apartamento		Outro ( <b>H3a</b> )	
<b>H3a</b>	Outro:						
<b>H4</b>	Quantos adultos vivem no domicílio, contando com você?	1	2	3	4	5 ou +	
<b>H5</b>	Quantas crianças vivem no domicílio, contando com você?	1	2	3	4	5 ou +	
<b>H6</b>	Quantos quartos de dormir há no domicílio? (não conte banheiros, nem salas ou cozinhas).	0	1	2	3	4	5 ou +
<b>H7</b>	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			
<b>H8</b>	A sua residência tem algum <b>ESPAÇO EXTERNO</b> , 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:			
<b>H9</b>	Mais do que um tipo de piso ou solo na área externa? (grama, cimento, piso frio ou ladrilho, areia, madeira, etc.).	Sim	Não
<b>H10</b>	Uma ou mais superfícies inclinadas? (rampas no quintal, escorregador para bebês).	Sim	Não
<b>H11</b>	Algum suporte ou mobília 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
<b>H12</b>	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:			
<b>H13</b>	Mais do que um tipo de piso no espaço interno? (cimento, piso frio ou ladrilho, carpete, carpete de madeira, madeira, etc.).	Sim	Não
<b>H14</b>	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 <b>SOMENTE</b> ao tempo em que o seu bebê está em casa. <i>Obs.: Não considerar o que ocorre na creche ou escolinha.</i>			
<b>H15</b>	O meu/nosso bebê brinca regularmente (pelo menos duas vezes por semana) com outras crianças.	Sim	Não
<b>H16</b>	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>Cadeirinhas 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>
<b>PARA MOTRICIDADE FINA</b>	
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**

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

**BRINQUEDOS – MOTRICIDADE FINA**

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

**“A seguir você vai encontrar várias afirmações, fale a que melhor demonstra a sua forma de pensar”.**

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL						
<b>E1</b>	Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria. (r)	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E2</b>	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E3</b>	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E4</b>	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com meu grupo de amigos.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E5</b>	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E6</b>	Por vezes me sinto só no mundo e sem apoio(r).	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E7</b>	Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E8</b>	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E9</b>	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. (r)	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E10</b>	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E11</b>	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E12</b>	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente

				nem concordo		
<b>E13</b>	Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria(r).	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E14</b>	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam(r).	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
<b>E15</b>	Gostaria de participar mais em atividades de organização (p. ex. clubes desportivos, escoteiros, partidos políticos, etc) (r)	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não discordo nem concordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente

**\*Os itens com “r” no final devem ser revertidos**

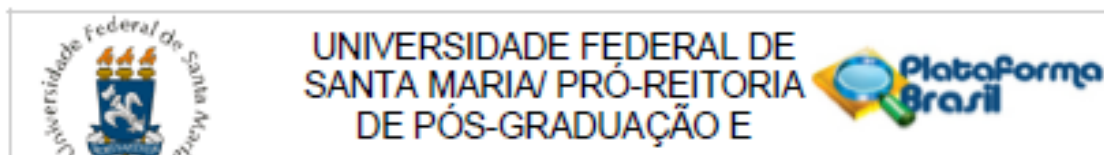
## ANEXO E – INVENTORY OF FAMILY PROTECTIVE FACTORS

NECESSIDADES HABITUAIS						
<b>F1</b>	Houve mais experiências positivas do que problemas de saúde nos últimos três meses?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F2</b>	Houve mais experiências positivas do que problemas financeiros na nossa família nos últimos três meses?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F3</b>	A nossa família teve mais experiências positivas do que problemas com o trabalho/escola nos últimos três meses?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
ADAPTAÇÃO						
<b>F4</b>	A nossa família é otimista e concentra-se, na maior parte das situações, nos aspectos positivos?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F5</b>	A nossa família é criativa, descomplicada e independente?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F6</b>	A maior parte das pessoas acha que a nossa família é simpática/acolhedora e gosta de conviver conosco?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F7</b>	A nossa família é competente e tem “o seu orgulho”?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
SUPORTE SOCIAL						
<b>F8</b>	A nossa família tem um bom relacionamento com pelo menos uma pessoa que nos apoia?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F9</b>	A nossa família pode contar com pelo menos uma pessoa carinhosa?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F10</b>	A nossa família pode confiar em pelo menos uma pessoa?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F11</b>	A nossa família tem pelo menos uma pessoa que se interessa por nós?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F12</b>	A nossa família tem sido capaz de resolver alguns (não todos) dos nossos problemas autonomamente?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F13</b>	A nossa família tem controle sobre muitos (não todos) dos acontecimentos da nossa vida?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F14</b>	A nossa família tem aguentado um ou mais fatores desgastantes da nossa vida?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<b>F15</b>	Muitas vezes, a nossa família tem sido capaz de superar e “tirar partido” de uma má situação?	Quase Sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Nunca

**ANEXO F – ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR – VERSÃO CURTA**

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

## ANEXO G – APROVAÇÃO DO CEP DA UFSM



### 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



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



Continuação do Parecer: 1.348.258

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



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



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		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.doc	02/12/2015 11:48:08	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/12/2015 11:46:29	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Acelto
Outros	REGISTRO_PROJETO.pdf	28/10/2015 10:53:12	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Acelto
Outros	REGISTRO_SIE.pdf	28/10/2015 10:52:25	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Acelto
Outros	Autoriz_Municip.pdf	28/10/2015 10:51:51	CRISTIANE CARDOSO DE	Acelto

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

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

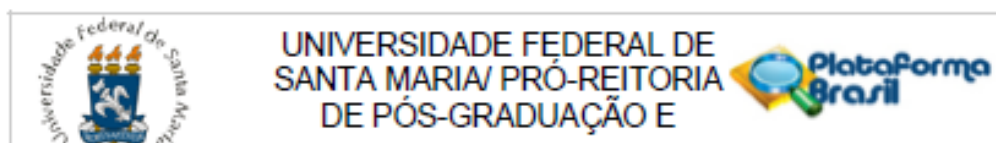
UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com





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

Continuação do Parecer: 1.348.258

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

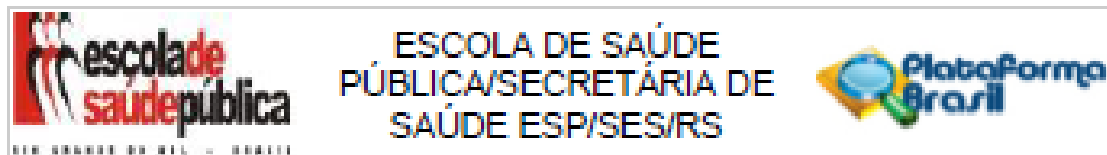
Não

SANTA MARIA, 02 de Dezembro de 2015

Assinado por:

CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

## ANEXO H – APROVAÇÃO DO CEP DA ESP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

## 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: 50609615.1.3001.5312

Instituição Proponente: SECRETARIA DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.570.488

## Apresentação do Projeto:

Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS a ser realizado pela mestrandia Marília Alessandra Bick, sob a orientação de CRISTIANE CARDOSO DE PAULA.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa com delineamento transversal. O local do estudo será o município de Santa Maria, RS, Brasil. O cenário de coleta de dados será o Serviço de Infectologia no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e o serviço de APS do município de Santa Maria/RS/Brasil. Outro possível local de acesso aos cuidadores é a Casa Treze de Maio, onde será realizada a busca das mães que realizam acompanhamento no serviço.

O campo de coleta de dados, contará ainda com 17 municípios da região metropolitana e do interior do estado que compõem o ranking dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo índice composto de HIV: Porto Alegre, Alvorada, Rio Grande, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Viamão, Gravataí, Cachoeirinha, Canoas, Passo Fundo, Erechim, Novo Hamburgo, Santa Cruz do Sul, Pelotas, Bagé, Uruguaiana e Santa Maria.

## Objetivo da Pesquisa:

As autoras apresentam como objetivo geral da pesquisa:

\*Avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, até os 18

Endereço: Av. Piranga, 5311  
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3301-1502 Fax: (51)3301-1509 E-mail: cepa-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE  
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE  
SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 2.570-460

meses de idade, que estejam em acompanhamento em serviço de saúde”.

Os objetivos específicos são:

- 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:**

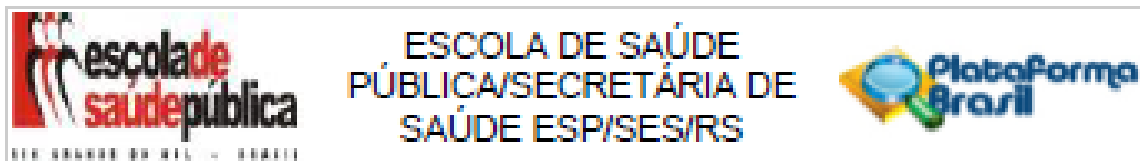
Quanto aos riscos os autores referem:

“A participação nesta pesquisa poderá representar ao entrevistado um risco mínimo de ordem física, em razão do tempo de aplicação do instrumento, e/ou psicológica, no momento em que pode mobilizar sentimentos relacionados à criança. É assegurado ao participante da pesquisa, o direito ao atendimento por profissionais de saúde do serviço em caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. E também o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento.”

#### **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 a criança com HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento

Endereço: Av. Ipiranga, 6311  
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3501-1532 Fax: (51)3501-1509 E-mail: cepe-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 2.570-468

do crescimento e desenvolvimento destas crianças e no acompanhamento específico da condição sorológica, no sentido de, a partir desse diagnóstico situacional do cuidado familiar, apontar as possibilidades de articulação entre os profissionais de saúde, para repensar as ações desenvolvidas no atendimento de crianças verticalmente expostas ao HIV e suas famílias, para facilitar a compreensão das orientações quanto a prevenção da transmissão vertical.\*

**Pendência 7 -** Esclarecer qual a conduta a ser tomada pelas pesquisadoras em caso de identificar algum cuidador incapacitado de cuidar da criança (risco da pesquisa).

**Resposta dos Autores:**

\* Ao final da entrevista telefônica, quando resultar em nível baixo de capacidade para cuidar (para alimentar, administrar medicamentos e/ou manter o acompanhamento clínico e vacinação), será reforçada ao cuidador familiar a necessidade de acessar o serviço ao qual está vinculado para esclarecer suas dúvidas ou dificuldades para cuidar.\*

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

1)Método: " Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa com delineamento transversal analítico. A população contempla os cuidadores de crianças nascidas expostas ao HIV, com idades entre zero a 18 meses de idade, em acompanhamento permanente de saúde em serviço especializado do Interior do Estado do RS/Brasil. O campo de coleta de dados serão 17 municípios da região metropolitana e do Interior do estado que compõem o ranking dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo índice composto de HIV: Porto Alegre, Alvorada, Rio Grande, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Viamão, Gravataí, Cachoeirinha, Canoas, Passo Fundo, Erechim, Novo Hamburgo, Santa Cruz do Sul, Pelotas, Bagé, Uruguaiana e Santa Maria. A coleta dos dados será realizada por entrevista com aplicação de instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores e das crianças; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Escala de satisfação com o suporte social; Instrumento oportunidades no ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor (escala bebê); Escala brasileira de insegurança alimentar (versão curta), inventário de fatores protetores da família; e o recordatório alimentar das crianças.Serão respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do CNS.

Endereço: Av. Ipiranga, 5311  
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3301-1532 Fax: (51)3301-1509 E-mail: cepe-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE  
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE  
SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 3.570-688

A primeira etapa da coleta de dados será documental, diretamente nas fichas de notificação de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao HIV, nascidas no período entre 01/01/2017 a 31/01/2018, notificadas no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN). Após a aprovação dos municípios campo da coleta de dados e aprovação dos CEP coparticipes, serão coletadas as informações dos participantes selecionados na amostra por município, acerca da gestação, parto e nascimento, além de dados sociodemográficos das mulheres-mães com HIV.

A coleta de dados de campo será realizada por meio de contato telefônico, o qual será obtido nos serviços de referência municipal de atendimento de cada participante selecionado. Serão feitas dez tentativas de contato telefônico, em horários e dias alternados, e quando não se obtiver sucesso, buscar-se-á a seleção de outro participante para completar o número amostral necessário.

Inicialmente o participante será convidado a responder um questionário referente à saúde da criança, e informado sobre a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), disponível nos SAE/CTA. Neste momento, a pesquisa será apresentada ao participante, que poderá ser a mãe da criança exposta ao HIV ou seu principal cuidador familiar, estes terão garantidos os direitos de informação acerca do estudo, esclarecimentos necessários e farão o aceite ou recusa em participar. Serão observados e garantidos o direito de sigilo da condição sorológica, a qual será citada somente após a confirmação de dados pessoais do entrevistado. Após a assinatura do TCLE, será realizado um novo contato telefônico para agendamento de dia e horário adequado para a realização da entrevista de coleta de dados. A entrevista telefônica poderá ser realizada em uma única vez, ou de maneira subdividida em momentos diferentes dentro de um período de 15 dias, de modo a garantir a tranquilidade do participante e não sobrecarregá-lo, considerando que a duração da coleta telefônica tem aproximadamente 30 minutos.

Pendência 3- Atualizar o cronograma da pesquisa, prevendo a coleta de dados somente após a aprovação do projeto pela Instituição coparticipante da pesquisa;

Resposta dos Autores: "O cronograma foi adequado conforme indicação deste CEP. Consta em página 19 "Após a aprovação dos CEPs coparticipes, a equipe da pesquisa (mínimo dois integrantes devidamente capacitados) visitará todos os municípios onde serão realizadas a coleta de dados, para operacionalizar junto com os coordenadores dos SAE/CTA, a forma de entrega e guarda dos TCLE".

Endereço: Av. Ipiranga, 8311		CEP: 90.810-001	
Bairro: Partenon			
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3901-1502	Fax: (51)3901-1509	E-mail: cep-esp@saude.rs.gov.br	



ESCOLA DE SAÚDE  
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE  
SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Processo: 2.570-488

Pendência 4 - Informar como será assinado o TCLE pelos participantes da pesquisa, visto que a entrevista será por telefone (este procedimento é fundamental para a execução da pesquisa!).

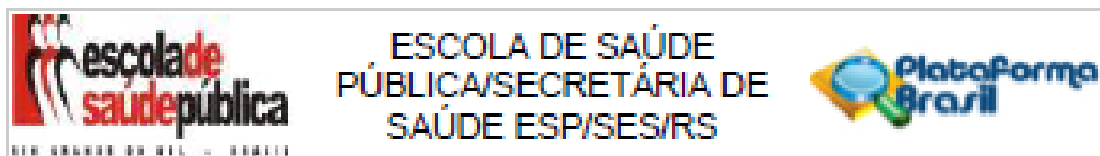
Resposta dos autores:

\*Adequado conforme solicitação deste CEP. As informações constam em:

página 18 (parágrafos 1-3), a saber: "A primeira etapa da coleta de dados será documental, diretamente nas fichas de notificação de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao HIV, nascidas no período entre 01/01/2017 a 31/01/2018, notificadas no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN). Após a aprovação dos municípios campo da coleta de dados e aprovação dos CEP coparticipes, serão coletadas as informações dos participantes selecionados na amostra por município, acerca da gestação, parto e nascimento, além de dados sociodemográficos das mulheres-mães com HIV. // A coleta de dados de campo será realizada por meio de contato telefônico, o qual será obtido nos serviços de referência municipal de atendimento de cada participante selecionado. Serão feitas dez tentativas de contato telefônico, em horários e dias alternados, e quando não se obtiver sucesso, buscar-se-á a seleção de outro participante para completar o número amostral necessário. Inicialmente o participante será convidado a responder um questionário referente à saúde da criança, e informado sobre a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), disponível nos SAE/CITA. Neste momento, a pesquisa será apresentada ao participante, que poderá ser a mãe da criança exposta ao HIV ou seu principal cuidador familiar, estes terão garantidos os direitos de informação acerca do estudo, esclarecimentos necessários e farão o aceite ou recusa em participar. Serão observados e garantidos o direito de sigilo da condição sorológica, a qual será citada somente após a confirmação de dados pessoais do entrevistado. // Após a assinatura do TCLE, será realizado um novo contato telefônico para agendamento de dia e horário adequado para a realização da entrevista de coleta de dados. A entrevista telefônica poderá ser realizada em uma única vez, ou de maneira subdividida em momentos diferentes dentro de um período de 15 dias, de modo a garantir a tranquilidade do participante e não sobrecarregá-lo, considerando que a duração da coleta telefônica tem aproximadamente 30 minutos".

2) Como será consultado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2016-2018,

Endereço: Av. Ipiranga, 6311		CEP: 91.610-001	
Bairro: Partenon			
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3301-1532	Fax: (51)3301-1509	E-mail: cepe-esp@saude.rs.gov.br	



Continuação do Parecer: 2.570-698

de gestantes HIV e crianças expostas ao HIV, as pesquisadoras solicitam à SES RS o acesso ao banco de dados, por isso também a necessidade de submissão do projeto ao CEP3-ESP/RS.

3) Pendência 2- Padronizar as informações sobre a faixa etária das crianças do estudo (permanece 24 meses no TCLE);

As autoras respondem:

"O TCLE foi adequado conforme indicação deste CEP. Utilizando o modelo disponível no site da ESP/RS."

A faixa etária de crianças estudadas, foi adequado em todos os locais do projeto, para 18 meses.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pendência 1- Incluir o TAI de todos Municípios do estudo, visto que "as autorizações estão sendo providenciadas, com previsão de obtenção de todas até o final do mês de janeiro";

Em relação a esta pendência os autores referem:

"Dos 17 municípios, já obtivemos aceite de 7, dois serão incluídos como coparticipes e nos outros 8 municípios estão em tramitação institucional. Comprometemo-nos em tão logo obtivermos as autorizações, incluí-las na PB. Comprometemo-nos também em iniciar a coleta de dados nestes municípios somente após as devidas autorizações.

Pendência 5 - Incluir no TCLE o telefone de contato da coparticipante (CEP3-ESP/RS (51) 39011532).

Resposta dos autores:

"O TCLE foi adequado conforme solicitação deste CEP."

Endereço: Av. Piranga, 8311	CEP: 90.610-001
Bairro: Partenon	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1502	Fax: (51)3901-1509
	E-mail: cep3-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE  
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE  
SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 2.570.488

**Pendência 6 - Adequar o modelo de TCLE às exigências do sistema CEP-CONEP (há modelo disponível no site da ESP/RS).**

**Resposta dos autores:**

"O TCLE foi adequado conforme solicitação deste CEP."

**Recomendações:**

O CEP/ESP/RS recomenda que seja incluída no projeto, a responsabilidade dos pesquisadores em possibilitar a qualificação do cuidado às crianças com HIV/AIDS, ações a serem direcionadas aos cuidadores que foram convidados para a pesquisa (que aceitaram ou não participar)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram respondidas pelos autores.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1035377.pdf	20/03/2018 18:53:55		Aceito
Outros	Autorizacao_Urugualana.pdf	20/03/2018 18:50:56	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autorizacao_Sapucaia_do_Sul.pdf	20/03/2018 18:50:21	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autorizacao_Santa_Cruz.PDF	20/03/2018 18:49:58	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autorizacao_Rio_Grande.pdf	20/03/2018 18:49:11	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 5311

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

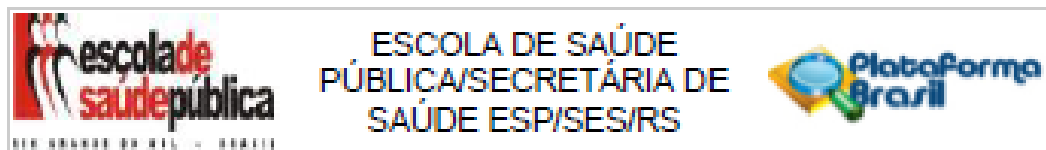
Município: PORTO ALEGRE

Telefones: (51)3301-1532

Fax: (51)3301-1509

E-mail: cep@esp@saude.rs.gov.br

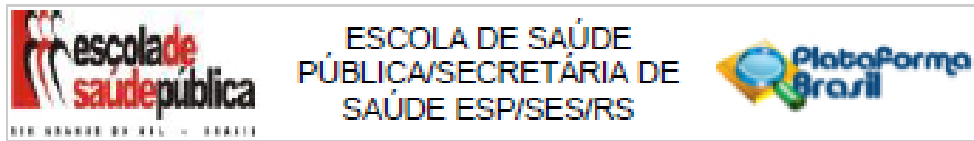




Continuação do Parecer: 2.570-488

Outros	Autorizacao_Passo_Fundo.pdf	20/03/2018 18:48:10	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autorizacao_Cachoeirinha.pdf	20/03/2018 18:47:28	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	Autorizacao_POA.pdf	20/03/2018 18:46:53	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	respostapendencias.pdf	20/03/2018 18:36:56	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_GAPPAM_marco2018.pdf	20/03/2018 18:19:01	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/03/2018 18:16:47	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	emenda_ESP.pdf	31/10/2017 09:29:52	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	termo_anuenc.pdf	31/10/2017 09:29:22	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
Outros	emendac.pdf	06/06/2017 15:11:20	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/03/2017 11:18:29	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
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
Outros	Instrumento_Coleta.pdf	28/10/2015 10:45:58	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311  
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 2.570.488

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CAPACIDADE.pdf	28/10/2015 15:36:47	CRISTIANE CARDOSO DE PAULA	Aceito
---	------------------------	------------------------	----------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Março de 2018

---

Assinado por:  
**Maria Elida Machado**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 5311	CEP: 91.610-001
Bairro: Partenon	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3301-1532	Fax: (51)3301-1509 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

## ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DE SANTA MARIA



*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<sup>a</sup> 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 Geriat*  
 Prefeitura Municipal de Santa Maria  
 Secretaria de Município da Saúde  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Portaria Nº 040/2015/MS

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

**ANEXO J - 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 CARDOSO DE PAULA Função: DOCENTE

SIAPÉ: 298579 Telefone: (51) 99993282 Unidade/Curso: CCS/ufsmagm E-mail: cris.depaula@hosp-univ.br

Título: Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças esportas ao HIV

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

FINALIDADE ACADÊMICA: ( ) TCC ( ) Especialização (x) Dissertação ( ) Tese ( ) Iniciação Científica ( ) Não Acadêmica

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

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

GRUPO DE PESQUISA: ( ) Não (x) Sim, Qual: Unidade de Saúde das famílias, familiares e sociedade (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 CARDOSO DE PAULA  
 Pesquisador Responsável  
 Dr. Cristiane Cardoso de Paula  
 Professora Dep. Enfermagem  
 CCS - UFSM  
 COREN - RS 110149

**Avaliação e Aprovação Setorial**

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

Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>ambulatorio ala A/B</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	
<u>ambulatorio ala C/ped</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	
<u>ambulatorio ala C/PN</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	
<u>unidade dispensação medic</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	<u>[Assinatura]</u> Claudia Sala Andrade Farmacêutica - CRF/RS 3881 Serviço de Farmácia - HUSM SIAPE 6382306
<u>unidade internação ped</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	
	( ) Sim	( ) Não	
	( ) Sim	( ) Não	

Salvador A. Z. Penteado  
 DIRETOR DA DIVISÃO DE GESTÃO DE CIDADÃO  
 HUSM - EBSERH  
 CRP/RS 03894

PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: De acordo com o projeto Data: 18/9/2015

PARECER: pro

FINAL/GEPI: pro

Prof. Suziriz Silveira da Silva  
 Gerente de Ensino e Pesquisa  
 HUSM - EBSERH  
 SIAPE 1146355

[Assinatura]  
 Assinatura e Carimbo  
 Data: 05/10/15

## ANEXO K – AUTORIZAÇÃO DE NOVO HAMBURGO



### Declaração da Instituição Coparticipante

Titulo do Projeto: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FAMILIAR PARA CUIDAR DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV

Nome do Pesquisador Responsável: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a (selecionar apenas uma):

Resolução CNS Nº 466/2012

Resolução CNS N°510/2016

Esta instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Nome da Instituição: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO HAMBURGO – RS

Nome do Responsável pela Instituição: NAASOM LUCIANO DA ROCHA

Novo Hamburgo, 09 de abril de 2018.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Observação: Este documento deve estar digitado, assinado e anexado na Plataforma Brasil. Somente será aceita a assinatura digital que estiver autenticada em cartório.

**NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC  
NOVO HAMBURGO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

O Secretário Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, após avaliação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), AUTORIZA a realização do trabalho denominado AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FAMILIAR PARA CUIDAR DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV, a ser realizado por CRISTIANE CARDOSO DE PAULA, do curso de PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM A coleta de dados deverá ser realizada através QUESTIONÁRIO, na SAE – SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO, durante o período de MAIO Á DEZEMBRO DE 2018 após prévio agendamento.

Os pesquisadores acima referidos, assumem desde já o compromisso de:

1. Obedecerem as disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
2. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas identidades e imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou das instituições envolvidas, respeitando deste modo as Resoluções Éticas, em especial a Resolução do CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.
3. Disponibilizar uma cópia do trabalho, após a conclusão, para o acervo do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), autorizando a utilização do mesmo em suas atividades de educação permanente e divulgação nos relatórios de produção científica, bem como apresentar os resultados em eventos internos, quando solicitado.

Novo Hamburgo, 09 de abril de 2018.




---

Dr. Neasom Luciano da Rocha  
Secretário Municipal de Saúde

## ANEXO L – AUTORIZAÇÃO DE CACHOEIRINHA

## AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

19 de JANEIRO de 2018

Eu, PALLO EDUARDO DA SILVA ABRÃO no cargo de SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE do Município DE CACHOEIRINHA, Rio Grande do Sul/Brasil, autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV**”, a ser realizado no referido município. Entendo que o estudo trará contribuições para o fortalecimento da atenção às crianças verticalmente expostas ao HIV, melhorando o cuidado familiar e a assistência em saúde a essa população.

Fui informado que o objetivo deste estudo consiste em **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**. Os participantes dessa pesquisa serão os cuidadores destas crianças.

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista com aplicação de protocolo de pesquisa composto pelos instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica do cuidador; Caracterização clínica, nutricional e alimentar da criança; Oportunidades para o desenvolvimento motor infantil em ambiente domiciliar; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Escala de satisfação com o suporte social.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFSM, em dezembro de 2015, com número do CAAE 50609615.1.0000.5346. Este projeto é financiado pelo edital Universal 2016 do CNPq. Sob coordenação da Dra Cristiane Cardoso de Paula, professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Telefone para contato: (55) 3220-8938 ou (55) 99999-3282.



Assinatura do responsável acima nominado

**ANEXO M – AUTORIZAÇÃO DE SAPUCAIA DO SUL**

**Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Sapucaia do Sul, 21 de fevereiro de 2018

Eu, **Leonardo Rodrigues Piovesan**, no cargo de Coordenador da Atenção Primária em Saúde do Município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul/Brasil, autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **“Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV”**, a ser realizado no referido município. Entendo que o estudo trará contribuições para o fortalecimento da atenção às crianças verticalmente expostas ao HIV, melhorando o cuidado familiar e a assistência em saúde a essa população.

Fui informado que o objetivo deste estudo consiste em **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**. Os participantes dessa pesquisa serão os cuidadores destas crianças.

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista com aplicação de protocolo de pesquisa composto pelos instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica do cuidador; Caracterização clínica, nutricional e alimentar da criança; Oportunidades para o desenvolvimento motor infantil em ambiente domiciliar; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Escala de satisfação com o suporte social.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFSM, em dezembro de 2015, com número do CAAE 50609615.1.0000.5346. Este projeto é financiado pelo edital Universal 2016 do CNPq. Sob coordenação da Dra Cristiane Cardoso de Paula, professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Telefone para contato: (55) 3220-8938 ou (55) 99999-3282.

Leonardo Rodrigues Piovesan  
Coordenador da Atenção Primária em Saúde





## ANEXO O – AUTORIZAÇÃO DE ERECHIM



Estado do Rio Grande do Sul  
MUNICÍPIO DE ERECHIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Av. Santo Dal Bosco, 200 Fone – (54)3520-7200  
CEP 99700-460 - Erechim/RS e-mail: sms@erechim.rs.gov.br

Erechim, 22 de maio de 2019.

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **DÉRCIO NONEMACHER**, no cargo de **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE** do Município de **ERECIM**, Rio Grande do Sul/Brasil, autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **"Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV"**, a ser realizado no referido município. Entendo que o estudo trará contribuições para o fortalecimento da atenção às crianças verticalmente expostas ao HIV, melhorando o cuidado familiar e a assistência em saúde a essa população.

Fui informado que o objetivo deste estudo consiste em **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**. Os participantes dessa pesquisa serão os cuidadores destas crianças.

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista com aplicação de protocolo de pesquisa composto pelos instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica do cuidador; Caracterização clínica, nutricional e alimentar da criança; Oportunidades para o desenvolvimento motor infantil em ambiente domiciliar; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Escala de satisfação com o suporte social.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFSM, em dezembro de 2015, com número do CAAE 50609615.1.0000.5346. Este projeto é financiado pelo edital Universal 2016 do CNPq, Sob coordenação da Dra Cristiane Cardoso de Paula, professora associada do Departamento de Enfermagem da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Telefone para contato: (55) 3220-8938 ou (55) 99999-3282.

Dércio Nonemacher  
Secretário Municipal de Saúde  
Portaria 046/19  
SMS-Pref. Mun. de Erechim

  
DÉRCIO NONEMACHER  
Secretário Municipal de Saúde

**ANEXO P – AUTORIZAÇÃO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul, 16 de novembro de 2017.

**TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL**

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FAMILIAR PARA CUIDAR DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV**, desenvolvido pela pesquisadora Profa. Dra. Cristiane Cardoso de Paula, pela Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa no Centro Municipal de Atendimento à Sorologia – CEMAS, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.


Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.

  
CLARISSA GOHLKE


Diretora de Ações e Programas de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke  
Diretora de Ações e  
Programas de Saúde  
M. 41176

**ANEXO Q – AUTORIZAÇÃO DE PASSO FUNDO**

 **PREFEITURA  
PASSO FUNDO**  
CIDADE DA ECONOMIA  
E DO BOM DAS PESSOAS

Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura de Passo Fundo



---

Secretaria de Saúde - SMS

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

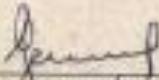
Passo Fundo, 21 de novembro de 2017.

Eu, **Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves**, no cargo de Secretária Municipal de Saúde do Município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul/Brasil, autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **“Avaliação da Capacidade Familiar para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV”**, a ser realizado no referido município. Entendo que o estudo trará contribuições para o fortalecimento da atenção às crianças verticalmente expostas ao HIV, melhorando o cuidado familiar e a assistência em saúde a essa população.

Fui informado que o objetivo deste estudo consiste em **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**. Os participantes dessa pesquisa serão os cuidadores destas crianças.

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista com aplicação de protocolo de pesquisa composto pelos instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica do cuidador; Caracterização clínica, nutricional e alimentar da criança; Oportunidades para o desenvolvimento motor infantil em ambiente domiciliar; Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Escala de satisfação com o suporte social.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFSM, em dezembro de 2015, com número do CAAE 50609615.1.0000.5346. Este projeto é financiado pelo edital Universal 2016 do CNPq. Sob coordenação da Dra. Cristiane Cardoso de Paula, professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Telefone para contato: (55) 3220-8938 ou (55) 99999-3282.

  
\_\_\_\_\_  
**Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves**  
Secretária Municipal de Saúde

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV

**Pesquisador responsável:** Dra. Cristiane Cardoso de Paula

**Instituição/Departamento:** Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 32208938. Av. Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970, Santa Maria - RS.

**Local da coleta de dados:** Serviços de Atenção Especializada em HIV dos municípios: Porto Alegre, Alvorada, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Viamão, Gravataí, Cachoeirinha, Canoas, Novo Hamburgo, Santa Maria, Rio Grande, Pelotas, Bagé, Uruguaiana, Passo Fundo, Erechim e Santa Cruz do Sul.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV”, cujo objetivo é avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas verticalmente ao HIV, com até os 18 meses de idade, em 17 municípios do estado do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa justifica-se em razão das necessidades de saúde das crianças expostas ao HIV, as quais demandam cuidados diferenciados provenientes dos cuidadores familiares, para garantir a prevenção da transmissão do HIV e o crescimento e desenvolvimento adequado. Para a coleta de dados será utilizado um questionário específico para esta pesquisa, por meio de uma entrevista telefônica que levará cerca de 30 minutos para ser respondido, em horário e data acordado entre pesquisador e entrevistado. As respostas serão preenchidas pelo pesquisador em formulário próprio da pesquisa. Os dados coletados serão digitados de maneira duplo-independente, ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal por um período de cinco anos e após serão destruídos.

Tal pesquisa envolve os riscos de desconforto ou cansaço dos participantes, provenientes do tempo necessário para a resposta do questionário, bem como de mobilização de sentimentos acerca do cuidado realizado à criança. Na ocorrência destes, os coletadores irão propor a interrupção da entrevista telefônica e se disponibilizarão a ouvir acerca dos sentimentos e/ou demandas geradas. Caso o familiar referir necessidade de encaminhamento para atendimento no serviço de referência ao qual é afiliado, ou seja, mantém as consultas de infectologia da criança, ou ainda se o coletador identificar essa necessidade, o serviço será contatado para tal. A entrevista poderá ou não ser completada posteriormente, de acordo com o desejo do participante.

Os participantes não receberão qualquer remuneração pela participação, não terão nenhuma interferência nos tratamentos que estão recebendo nos serviços de saúde, assim como poderão retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua participação. Neste caso, qualquer informação dos mesmos não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para os desistentes.

Esta pesquisa permitirá ampliar o conhecimento acerca do tema saúde da criança exposta ao HIV. Espera-se contribuir com a identificação das fragilidades e potencialidades relacionadas ao cuidado à criança exposta ao HIV, para a proposição de ações em conjunto com estado e municípios, que contribuam para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como na prevenção da transmissão vertical do HIV. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Esta pesquisa está sendo financiada pelo Edital Universal - CNPq (2016) e Edital Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) - FAPERGS (2017).

Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável Cristiane Cardoso de Paula, pelo telefone (55) 99999-3282 ou (55) 32208938.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Município)

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante da pesquisa (ou representante legal)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da coordenadora do projeto

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Responsável pelo TCLE

*Este TCLE respeita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde*

**Comitê de Ética em Pesquisa**

CEP Escola de Saúde Pública (ESP). Av. Ipiranga, 6311, sala 26, Bairro Partenon, 90.610-000, Porto Alegre, RS. Telefone: (51)3901-1532. Email: [ceps-esp@saude.rs.gov.br](mailto:ceps-esp@saude.rs.gov.br).

CEP Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Av. Roraima, 1000, Prédio da Reitoria, 2º andar, Bairro Camobi, 97105-900, Santa Maria, RS. Email: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).

CEP Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Av. Francisco Trein 596, Centro Administrativo, 1º andar, Bairro Cristo Redentor, 91350-200, Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3357-2407.

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Rua Ramiro Barcelos, 230, 2º andar, sala 2227, Bairro Santa Cecília, 90035-903, Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3359-7640.

CEP Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG). Rua Visconde de Paranaguá, 102, 1º Andar, 96201-900, Rio Grande, RS. Telefone: (53) 3237-4652.

CEP Universidade Federal de Pelotas (FAMED/UFPEL). Av. Duque de Caxias, 250, Bairro Fragata, 96030-000, Pelotas, RS.

## ANEXO S – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título da pesquisa:** Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos cuidadores familiares cujos dados serão coletados em forma de entrevista com aplicação dos instrumentos Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV; Oportunidades no ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor; Instrumento de Fatores Protetores da família; Escala de satisfação com o suporte social; Escala brasileira de insegurança alimentar e recordatório alimentar. As informações que podem identificar o cuidador serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. Para a divulgação dos resultados da pesquisa, os participantes não serão identificados em nenhum momento, as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os instrumentos e os TCLE serão guardados por cinco anos após o término da divulgação dos resultados da pesquisa, 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 02/12/2015, com o número do CAAE 50609615.1.0000.5346. E aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública em 28/03/2018, com número de CAAE 50609615.1.3001.5312.

Santa Maria, .....de .....de 20.....

Assinatura do pesquisador responsável