

PERCEÇÃO DA MÃE SOBRE O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE LACTENTES EXPOSTOS AO HIV

MOTHER'S PERCEPTION OF THE MOTOR DEVELOPMENT OF
INFANTS EXPOSED TO HIV

Resumo: Introdução: Mulheres soropositivas podem transmitir o vírus ao filho por transmissão vertical. O uso da terapia antirretroviral (TARV) associado ao parto cesárea e a não amamentação diminui essa possibilidade. O contato dos lactentes com a TARV e exposição ao HIV podem acarretar atrasos motores. Acompanhar esses lactentes e entender a percepção das mães acerca do desenvolvimento motor, é necessário. **Objetivo:** avaliar o desenvolvimento motor de lactentes expostos e não expostos ao HIV e verificar se a percepção das mães se aproxima do real desenvolvimento deles. **Métodos:** Foram avaliados 34 lactentes filhos de mães soropositivas acompanhadas no SAE infantil – Santos e 34 lactentes não expostos ao HIV acompanhados na Unidade Básica de Saúde Vila Nova, nas idades de 4, 8, 12 ou 18 meses pela *Alberta Infant Motor Scale* e Guia Portage respondido pelas mães sobre o desenvolvimento motor de seus filhos. **Resultados:** A percepção das mães de lactentes expostos e não expostos não é diferente. Houve correlação forte entre a percepção da mãe sobre o desenvolvimento do lactente e o desenvolvimento real apenas aos 4 meses. Não houve diferença entre o desenvolvimento motor, exceto aos 12 meses em que lactentes expostos apresentaram menor escore. **Conclusão:** Conhecer ganhos motores auxilia a identificação de possíveis atrasos. O desenvolvimento de lactentes expostos e não expostos não difere, exceto aos 12 meses nos lactentes expostos, e a percepção das mães sobre o desenvolvimento dos lactentes, se aproximou da realidade na idade de 4 meses, indicando necessidade de orientá-las sobre o desenvolvimento motor.

Unifermos: Desenvolvimento infantil; HIV; Percepção; Relação Mãe-Filho.

Abstract: Introduction: HIV-positive women can transmit the virus to their children through vertical transmission. The use of antiretroviral therapy (ART) associated with cesarean delivery and not breastfeeding reduces this possibility. Infants' contact with ART and exposure to HIV can lead to motor delays. Monitoring these infants and understanding the mothers' perception of motor development is necessary. **Objective:** To assess the motor development of infants exposed and not exposed to HIV, and to verify whether the mother's perception is close to the real motor skills of these infants. **Methods:** 34 infants born to HIV-positive mothers were evaluated at the children's SAE - Santos and 34 infants not exposed to HIV monitored at the Basic Health Unit Vila Nova, aged 4, 8, 12 or 18 months by the Alberta Infant Motor Scale and Guide Portage answered mothers about their children's motor development. **Results:** The perception of mothers of exposed and unexposed infants is no different. There was a strong correlation between the mother's perception of the infant's development and actual development only at 4 months. There was no difference between motor development, except at 12 months in which exposed infants had a lower score. **Conclusion:** Knowing motor gains helps to identify possible delays. The development of exposed and unexposed infants does not differ, except at 12 months in exposed infants, and the mother's perception of the development of infants, approached reality at the age of 4 months, indicating the need to guide them on motor development.

Key words: Child Development; HIV; Perception; Mother-Child Relations.

Gabriela de Assis Souza¹
Raissa Felipe Pádua²
Cristina dos Santos Cardoso de Sá³

1- Graduada em Fisioterapia –
Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP – Campus Baixada Santista) –
Santos/SP – Brasil;

2- Doutoranda Programa de Pós-
graduação Interdisciplinar em Ciências
da Saúde, Lademi (Laboratório de
Desenvolvimento e Motricidade Infantil)
da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP-Campus Baixada Santista) –
Santos/SP-Brasil;

3- Professora associada do Departamento
de Ciências do Movimento Humano,
Programa de Pós-graduação
Interdisciplinar em Ciências da Saúde,
Lademi (Laboratório de Desenvolvimento
e Motricidade Infantil) da Universidade
Federal de São Paulo (UNIFESP-Campus
Baixada Santista) – Santos/SP-Brasil –
ORCID: 0000-0002-0920-6668.

E-mail: Cristina.sa@unifesp.br

Recebido em: 24/05/2021

Revisado em: 18/06/2021

Aceito em: 13/08/2021



Copyright: © 2021. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUÇÃO

HIV, sigla em inglês para o Vírus da Imunodeficiência Humana, é o causador da AIDS, a síndrome da imunodeficiência adquirida. A AIDS é o estágio mais avançado da doença. Uma vez adquirido o HIV não há maneiras para eliminá-lo, mesmo com o uso de medicações¹.

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2019, foram registradas 125.144 gestantes infectadas com o HIV. Notou-se aumento nos registros de gestantes com HIV, passando de 2,3 casos/mil nascidos vivos em 2007 para 2,8 casos/mil nascidos vivos em 2017. Esse aumento na descoberta de gestantes com HIV pode estar relacionado a ampliação no diagnóstico no pré-natal².

Para diminuir a possibilidade de transmissão do vírus ao lactente, transmissão vertical (TV), a gestante deve adotar algumas precauções durante e após a gestação. É importante a realização de três exames de carga viral – HIV (CV-HIV), na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e após admissão no local do nascimento, para a decisão da via de parto. A CV-HIV também pode-se ser solicitada a qualquer momento da gestação, caso haja dúvidas sobre o efeito da terapia antirretroviral (TARV), a qual objetiva reconstituir a função imune, diminuir a replicação viral a níveis indetectáveis, diminuindo assim a CV-HIV a taxa de TV cai consideravelmente, sendo apenas de 1%. O nível da carga viral é considerado para detectar o risco de TV, além de definir a via de parto³.

Com a utilização da TARV, caso a carga viral seja desconhecida, \geq a 1.000 cópias/mL

após a 34ª semana de gestação, é preconizado a escolha da cesárea eletiva com associação da zidovudina (AZT) 3 horas antes do horário do parto até o nascimento. A amamentação não é recomendada, pois há possibilidade de TV por meio do leite materno, desse modo o lactente deve ser alimentado com fórmula láctea³.

Imediatamente após o nascimento, ou até no máximo 4 horas após o lactente passa a receber a TARV por quatro semanas³. Este passa a ser acompanhado mensalmente até o 18º mês de vida, momento no qual irá refazer o exame para HIV, para o diagnóstico definitivo de soropositividade ou soronegatividade⁴. Após os resultados, é recomendado que a criança que foi exposta ao HIV e não infectada passe anualmente em consultas até o final da adolescência. Esta criança terá tendência a apresentar mais infecções bacterianas quando comparada com crianças que não foram expostas ao HIV³.

Na região da Baixada Santista, o lactente, após o nascimento, passa a ser acompanhado pela equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Especializada Infantil (SAE-infantil) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, por um fisioterapeuta que acompanha o desenvolvimento motor desses lactentes, e informa à equipe caso identifique atraso no desenvolvimento, para que a intervenção adequada seja iniciada. No serviço, a carga viral do lactente será testada três vezes (aos 2, 4 e entre 14 e 18 meses), se for detectável o lactente é considerado HIV positivo, nesse caso continuará o tratamento no SAE-infantil até completar 18 anos e, após esta idade, ele será encaminhado para o Serviço de Atenção Especializada – Adulto (SAE II)⁵.

O lactente exposto ao HIV tem maiores chances de desenvolver alterações no sistema nervoso central (SNC) devido à afinidade do HIV pelo mesmo, e, que nesse caso, está em maturação. As complicações mais frequentes vistas são microcefalia, rebaixamento cognitivo, encefalopatia, distúrbios do humor e do comportamento⁶. No Brasil, os lactentes expostos e os infectados pelo vírus mostram maior prevalência de anormalidades neurológicas leves e de atraso no desenvolvimento. As alterações podem, por muitas vezes, não aparecer de imediato, por isso é fundamental o acompanhamento do lactente exposto⁷.

Apesar de ser necessária e trazer muitos benefícios ao lactente, o uso da TARV está ligado à prematuridade, baixo peso ao nascer, hiperatividade, disfunção mitocondrial e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor⁸. Os lactentes expostos são propensos ao atraso no desenvolvimento motor pela exposição ao risco biológico e riscos ambientais. Famílias com baixos recursos e pais com baixo nível de escolaridade são indicativos de risco ambiental⁸. Então, apesar do risco pela utilização da TARV, a pouca ou inadequada estimulação recebida pelos lactentes também pode estar relacionada ao atraso.

O desenvolvimento motor dos lactentes é influenciado por uma série de fatores, como o ambiente no qual eles crescem, que engloba aspectos culturais, a interação com a família e todos os estímulos oferecidos ao lactente^{9,10}. É sabido que o ambiente modificado pela família pode facilitar o desempenho de habilidades motoras¹¹.

Estímulos ofertados pelos pais que são adequados à idade do lactente são considerados fatores importantes para o seu desenvolvimento. A saúde materna e o perfil socioeconômico são citados como fatores que podem influenciar o desenvolvimento infantil, uma vez que estão diretamente ligados aos pais¹². Com isso, o conhecimento dos marcos motores do lactente, as habilidades no cuidado e nos processos de desenvolvimento infantil, assim como a familiaridade com os cuidados infantil são abordados como pontos positivos na interação dos pais com os filhos e na promoção do desenvolvimento¹³.

As informações associadas à falta de conhecimento e percepção dos pais podem ajudar os profissionais da saúde na orientação, nos encaminhamentos e intervenções que deverão ser feitas¹². Dessa maneira, a fisioterapia tem papel fundamental na orientação dos pais sobre quais são os movimentos adequados para estimular a criança, de forma que não haja preocupação sobre oferecer um estímulo que possa ser considerado inadequado¹³.

Os pais podem criar expectativas quando é falado sobre os ganhos motores da criança, como a marcha independente. Essa expectativa pode gerar excesso de estímulos desnecessários à criança⁹. Enquanto outros pais subestimam a capacidade de seu filho por acreditarem que ele não conseguirá realizar a tarefa, o que os faz ofertarem menos esta tarefa ao filho e, conseqüentemente, este não aprimora sua habilidade em realizá-la¹⁴. Em vista disto, é melhor quando os pais subestimam as potencialidades da criança, pois eles poderão se surpreender positivamente, enquanto os que

superestimaram poderão ficar frustrados pela expectativa não alcançada¹⁵.

Para ambas as situações anteriores, a quantidade de estímulos ofertados ao lactente será errada, por isso é importante entender quais marcos motores ele deve adquirir de acordo com sua idade.

As mães de lactentes expostos apresentam maior preocupação em relação ao desenvolvimento motor do seu filho, quando comparadas com as mães de crianças não expostas¹⁶. Elas tornam-se mais protetoras por todos os medos que possuem, entre eles o mais temido, o filho ser diagnosticado como HIV positivo¹⁷. A superproteção acaba virando um mecanismo compensatório pela situação na qual ela vive.

Este estudo objetivou avaliar e comparar o desenvolvimento motor de lactentes expostos e não expostos ao HIV, avaliar a percepção das mães sobre o desenvolvimento motor dos lactentes e verificar se a percepção da mãe sobre o desenvolvimento motor condiz ao desenvolvimento motor real do lactente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de caráter transversal, desenvolvido no serviço especializado de atendimento à população infantil exposta ao HIV, no programa DST/AIDS da Secretaria Municipal de Santos - SAE infantil e na Unidade Básica de Saúde Vila Nova, Santos, São Paulo, no período de abril de 2019 até maio de 2020. O estudo segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução Normativa 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS) e foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa

da Universidade Federal de São Paulo com parecer número 1262/2018.

Foram avaliados 68 lactentes nas idades de 4, 8, 12 ou 18 meses, de ambos os sexos, os quais as mães aceitaram participar após terem ciência do objetivo do estudo e seguirem as normas. Os lactentes foram divididos em dois grupos: lactentes expostos ao HIV, com 34 indivíduos, e lactentes não expostos, também com 34 lactentes (grupo controle).

As idades foram escolhidas por representarem importantes marcos motores na vida dos lactentes. Aos 4 meses o lactente possui controle cervical satisfatório, inicia o alcance manual, em supino inicia o rolar lateral e balbucia alguns sons; aos 8 meses ele consegue sentar sem apoio, apresenta reação de proteção lateral, passa da posição sentado para prono e em seguida para gatas e inicia o arrastar no chão, já começando a explorar o ambiente; com 12 meses o lactente está começando a dar os primeiros passos ainda com a base alargada, reage aos sons, aponta para algo que queira e, em pé, consegue segurar-se com uma mão enquanto com a outra, explora o ambiente; com 18 meses, o lactente corre, chuta uma bola, aponta para partes do corpo quando pedido¹⁸.

Os critérios de inclusão foram lactentes nas idades de 4, 8, 12 ou 18 meses, filhos de mães que apresentem sorologia positiva para o HIV, nascidos a termo, de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram lactentes com diagnóstico positivo para sífilis, tuberculose ou HIV, prematuros e/ou que a mãe não aceitasse participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão para os lactentes não expostos foram lactentes nascidos a termo,

nas idades de 4, 8, 12 ou 18 meses, de ambos os sexos, atendidos pela Unidade Básica de Saúde Vila Nova. Os critérios de exclusão foram lactentes com alguma síndrome, prematuros e/ou que a mãe não aceitasse participar da pesquisa.

Os materiais utilizados foram a *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS) e o Guia Portage.

A AIMS foi desenvolvida em 1992 no Canadá por Piper et al¹⁹, e validada para o Brasil por Valentini e Saccani²⁰. A AIMS avalia o desenvolvimento motor dos lactentes nascidos prematuros e a termo até os 18 meses de idade¹⁹; avalia de forma padronizada as habilidades motoras grosseiras em quatro posições: prono, composto por 21 itens, supino, por 9 itens, sentado, por 12 itens, e em pé, por 16 itens, considerando o alinhamento postural, movimentos antigravitacionais e superfícies de contato. Possui caráter observacional, o que implica em quase nenhuma interferência do avaliador, focando nos movimentos espontâneos da criança, e avalia a sequência do desenvolvimento motor infantil. Com ela, é possível identificar recém-nascidos com atraso motor e avaliar a maturação de aquisições motoras²⁰. O lactente recebe pontuação "0" quando não realizava ou "1" quando realizava a posição indicada pela escala em cada posição: prono, supino, sentado e em pé. A soma de todas as pontuações nas posições revelava o escore bruto, o qual relacionado à idade do lactente permite o cálculo do percentil para o desenvolvimento motor. Os percentis são divididos em: abaixo de 5% (desenvolvimento motor atípico), entre 5% e 25% (desenvolvimento motor suspeito) e acima de 25% (desenvolvimento motor típico)²¹.

O guia Portage de Educação Pré-Escolar, traduzido para o português por duas psicólogas brasileiras, Williams e Aiello, avalia crianças de 0 a 6 anos e é composto por 5 áreas: desenvolvimento motor, linguagem, socialização, autocuidados e cognição, totalizando 580 itens. O Portage possibilita perceber se há alguma alteração ou dificuldade no desenvolvimento²² e, com isso, iniciar precocemente a intervenção. É utilizado com o aplicador observando o lactente e respondendo as sentenças conforme o que é visto. Neste estudo foi realizada uma adaptação para o uso do guia Portage, cuja aplicação foi feita perguntando à mãe do lactente, o que ela notava sobre o desenvolvimento motor de seu filho. Para os lactentes de 4, 8 e 12 meses, utilizou-se as afirmações da faixa etária de zero a um ano que possui pontuação máxima de 45 pontos, e para os lactentes de 18 meses, as afirmações de zero até dois anos, com pontuação máxima de 63 pontos. Para respostas "sim" e "sim, com mediação" foi pontuado 1 ponto e para as respostas "não", não houve pontuação. Posteriormente, os pontos foram somados e divididos pelo total de afirmações para cada idade avaliada, resultando na porcentagem do Portage.

Procedimentos

As avaliações ocorreram no mesmo dia, simultaneamente. Os lactentes foram avaliados de forma observacional, a partir da AIMS, em uma sala bem iluminada, em temperatura ambiente e silenciosa para a realização dos testes. Foi utilizado um tapete de EVA para acomodar o lactente. O mesmo foi estimulado

a realizar movimentos nas posições prono, supino, sentado e em pé, e, para incentivar a execução de alguns movimentos, foram ofertados brinquedos adequados à idade.

As mães responderam ao questionário Portage tendo "sim", "ainda não" ou "sim com mediação" como as possíveis alternativas para resposta de acordo com suas percepções diárias sobre seu filho. Quando a mãe não sabia ou não tinha ofertado ao lactente o objeto descrito na sentença a alternativa "não" foi assinalada. Estas condições para a avaliação foram similares para os lactentes expostos e os não expostos.

Análise de dados

A normalidade e homogeneidade dos dados foram testadas, respectivamente pelos testes de Shapiro Wilk e Levene.

A análise estatística descritiva (média e desvio padrão) para o número de acertos do Portage, escore bruto da AIMS e porcentagem do Portage foi realizada para ambos os grupos em todas as idades. Os percentis AIMS foram divididos em categorias: 1 - abaixo de 5%, 2 - entre 5 e 10%, 3 - entre 10 e 25%, 4 - entre 25 e 50%, 5 - entre 50 e 75%, 6 - entre 75 e 90%, 7 - acima de 90%, e a partir dessa categoria foi calculado a média da categoria dos Percentis da AIMS.

Foi realizado o teste t-student para cada idade, visando comparar o desenvolvimento motor de cada grupo por idade avaliada, e a percepção das mães de ambos os grupos em relação ao desenvolvimento. Para tal, as variáveis analisadas foram: número de acertos do Portage, porcentagem do Portage, escore bruto do desempenho motor (AIMS) e a média

da categoria do percentil do desenvolvimento (AIMS).

Foi realizado o teste de correlação de Pearson entre a porcentagem do Portage e a categoria do percentil do desenvolvimento (AIMS). Os valores de correlação indicaram: valor de $r \geq 0,9$ - correlação muito forte; entre 0,7 a 0,89 indica correlação forte; 0,5 a 0,69 indica correlação moderada; 0,3 a 0,49 indica correlação fraca; 0 a 0,29 indica correlação muito fraca. As análises foram realizadas pelo programa SPSS, versão 23.0. Os valores $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Sessenta e oito lactentes no total, divididos igualmente entre grupo exposto ao HIV e grupo não exposto ao HIV. Cada grupo foi subdividido de acordo com as idades dos lactentes resultando em 5 lactentes com 4 meses, 6 com 8 meses, 13 com 12 meses e 10 com 18 meses, em cada grupo.

A tabela 1 revela as comparações entre os grupos expostos e não expostos ao HIV de acordo com a idade da avaliação. Nota-se que a percepção das mães em relação ao desenvolvimento do seu filho em cada uma das idades avaliadas foi a mesma, e portanto, não está relacionada ao seu filho pertencer ao grupo exposto ou não exposto ao HIV. O desenvolvimento motor dos lactentes avaliados aos 4 meses, 8 meses ou 18 meses não apresentam diferenças em relação ao escore bruto e percentil do desenvolvimento. No entanto, na idade dos 12 meses, o desempenho dos lactentes é diferente, sendo que os lactentes não expostos apresentam escore

bruto ($p=0,019$) e percentil do desenvolvimento ($p=0,008$) maior do que os expostos ao HIV.

Tabela 1: Média e desvio padrão das variáveis de acordo com o grupo e por idade, test-t.

| Variáveis Por Idade Avaliada | Exposto Ao Hiv Média ($\pm Dp$) | Não Expostos Ao Hiv Média ($\pm Dp$) | Teste T |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 4 meses | | | |
| Número De Acertos Portage | 15,0(5,6) | 15,6 (4,2) | $t=-0,190$, $p=0,854$ |
| Porcentagem Portage | 33,3 (12,5) | 34,6 (9,3) | $t=-0,190$, $p=0,854$ |
| Escore Bruto Aims | 15,2 (3,2) | 15,8 (1,9) | $t=-0,354$, $p=0,733$ |
| Categoria Do Percentil Da Aims | 4,2 (0,4) | 3,8 (0,4) | $t=1,414$, $p=0,195$ |
| 8 meses | | | |
| Número De Acertos Portage | 31,3 (4,8) | 32,8 (2,1) | $t=-0,694$, $p=0,504$ |
| Porcentagem Portage | 69,6 (10,7) | 72,9 (4,7) | $t=-0,694$, $p=0,504$ |
| Escore Bruto Aims | 34,0 (2,8) | 36,8 (2,1) | $t=-1,927$, $p=0,083$ |
| Categoria Do Percentil Da Aims | 4,1 (0,4) | 4,5 (0,5) | $t=-1,195$, $p=0,260$ |
| 12 meses | | | |
| Número De Acertos Portage | 40,5 (2,8) | 41,7 (2,8) | $t=-1,099$, $p=0,283$ |
| Porcentagem Portage | 90,0(6,3) | 92,8(6,2) | $t=-1,100$, $p=0,282$ |
| Escore Bruto Aims | 50,6(4,0) | 54,1 (3,0) | $t=-2,507$, $p=0,019^*$ |
| Categoria Do Percentil Da Aims | 4,2 (0,9) | 5,1(0,6) | $t=-2,882$, $p=0,008^*$ |
| 18 meses | | | |
| Número De Acertos Portage | 60,2(4,1) | 57,5 (2,6) | $t=1,742$, $p=0,098$ |
| Porcentagem Portage | 95,5 (6,5) | 91,2 (4,1) | $t=1,760$, $p=0,095$ |
| Escore Bruto Aims | - | - | - |
| Categoria Do Percentil Da Aims | - | - | - |

Legenda: * $p < 0,05$; (-) ambos os grupos atingiram o escore máximo 58 pontos. AIMS = Alberta Infant Motor Scale.

Ao correlacionar a percepção das mães em relação ao desenvolvimento de seus filhos e o desenvolvimento de fato dos lactentes, observamos correlação forte e positiva apenas na idade de 4 meses (Tabela 2), ou seja, a percepção da mãe em relação as aquisições do lactente nessa idade concordam com as aquisições motoras do lactente. Para as demais

idades, não há correlação entre a percepção da mãe sobre o desenvolvimento de seu filho e as aquisições motoras obtidas pelos lactentes em cada idade. Para a idade de 18 meses, pelo fato do percentil do desenvolvimento motor (AIMS) ser constante, não foi possível verificar se há correlação.

Tabela 2: Valores do coeficiente de correlação (r) estabelecidos por meio do teste de correlação de Pearson para as variáveis Porcentagem do Portage e percentil do desenvolvimento motor (AIMS).

| Idade | Coeficiente de correlação (R) | valor de p |
|--------------------|-------------------------------|------------|
| % Portage e % Aims | | |
| 4 meses | 0,650 | 0,042 |
| 8 meses | 0,286 | 0,367 |
| 12 meses | 0,214 | 0,294 |
| 18 meses | - | - |

Legenda: p<0,05. AIMS = Alberta Infant Motor Scale.

DISCUSSÃO

Este estudo de caráter transversal avaliou a percepção das mães sobre o desenvolvimento motor dos lactentes, expostos e não expostos ao HIV e o desenvolvimento motor destes mesmos lactentes.

A percepção da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho é mesma, independente de ser exposto ou não ao HIV. Este resultado vai contra nossa hipótese, a qual sugeria que as mães com diagnóstico positivo para o HIV subestimariam o desenvolvimento motor de seu filho pela superproteção.

Souza, Felipe e Gradim²³, em sua revisão bibliográfica, revelaram que quando os pais entendem os possíveis problemas que seu filho possa desenvolver, eles estão mais preparados para evitá-los. Os participantes deste estudo foram acompanhados periodicamente pela equipe de saúde do SAE infantil e informados sobre o desenvolvimento do lactente, portanto estas informações somadas ao entendimento das mães sobre a doença não as fizeram identificar seus filhos como mais frágeis pela exposição ao vírus.

A literatura relata que o medo de transmitir o vírus ao filho é uma das maiores

preocupações da mãe²⁴, ainda que o desenvolvimento motor seja importante na vida do filho lactente. Willcocks *et al.*²⁵ apresentam dados revelando que o medo e a ansiedade de um resultado positivo levam algumas mães a não pensar no futuro enquanto não recebem os últimos testes informando que seus filhos não foram infectados.

A idade na qual a percepção das mães mais se aproximou da realidade foi 4 meses, isso pode ser explicado pelo menor repertório de habilidades motoras do lactente quando comparado com as demais idades. Este achado não se estende para as idades de 8 e 12 meses, tendo em vista a quantidade de ganhos motores adquiridos com o avançar do tempo¹⁸.

Aos 4 meses de vida é esperado que o lactente tenha controle completo de cervical, brinque com as mãos na linha média, leve as mãos à boca e inicie o alcance manual¹⁸. Poteriko e Yamazaki²⁶ analisaram o conhecimento materno sobre o desenvolvimento motor típico no primeiro ano de vida, criaram um quadro com as aquisições "controle de cabeça", "sentar", "engatinhar" e "andar", relacionaram às idades de 1 mês até

12 meses e pediram para as mães o completarem. No 4º mês, a maioria das mães conseguiu identificar o controle da cervical como aquisição motora da idade, isso corrobora com nosso achado, o qual traz a percepção das mães sobre seus filhos lactentes de 4 meses como mais próxima à realidade.

Ao analisar o desenvolvimento motor dos lactentes, não foi identificada diferença significativa entre os lactentes com 4 e 8 meses de idade. Neves e Sá²⁷, em seu estudo longitudinal, utilizaram a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil e compararam o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem de lactentes expostos e não expostos ao HIV, com 4, 8, 12 e 18 meses de idade, e corroborando com nossos resultados, não encontraram diferença entre os grupos. Wedderburn *et al*²⁸ avaliaram lactentes expostos ao HIV com 6 meses e, posteriormente, com 24 meses de idade utilizando a mesma escala, Bayley, e também não encontraram diferença nas pontuações brutas médias dos domínios motor fino ou motor grosso, em ambas as idades avaliadas. Estes achados vão ao encontro aos resultados da literatura que não encontram diferença significativa quando comparado o desempenho motor de lactentes expostos ao HIV com não expostos.

Outro achado do nosso estudo foi a menor pontuação no desenvolvimento motor dos lactentes expostos ao HIV quando comparados com o grupo não exposto, aos 12 meses. Esse resultado corrobora com o estudo de Silva, Sá e Carvalho²⁹, que ao analisar os escores do domínio motor encontraram pontuação mais baixa dos lactentes expostos ao HIV comparados à lactentes não expostos.

Uma meta-análise sobre avaliação do desenvolvimento de lactentes expostos ao HIV também corrobora com nossos achados, pois identificou que estes lactentes podem ter pontuações menores quando comparados com lactentes não expostos³⁰. Apesar da menor pontuação, ela não significa um atraso no desenvolvimento, contudo pode ser resultado de falta de estímulos adequados à idade e à exposição a TARV. Por isso, é fundamental a orientação dos pais para melhores estímulos e acompanhamento buscando averiguar se há melhora dessas pontuações.

Este estudo teve as seguintes limitações: o estudo foi geograficamente limitado, ou seja, apenas de uma cidade no Brasil, não podendo representar um todo; o estudo não ter sido longitudinal para o acompanhamento ao longo da idade dos lactentes e não ter sido avaliado o grau de escolaridade das mães, pois isso influencia o nível de instrução da mesma. É importante que estudos futuros façam um acompanhamento longitudinal para analisar o desenvolvimento motor dos lactentes expostos ao HIV.

CONCLUSÃO

Conclui-se que com relação ao desenvolvimento motor não há diferença significativa entre os lactentes expostos ao HIV e os que não foram expostos nas idades 4 e 8 meses. Contudo, os lactentes não expostos ao HIV com 12 meses de idade obtiveram resultados maiores quando comparados com o grupo exposto de mesma idade.

As percepções das mães em relação ao desenvolvimento dos lactentes expostos e não expostos é a mesma; entretanto, a percepção

das mães só se relaciona fortemente com o desenvolvimento motor aos 4 meses de idade, não ocorrendo esta correlação para as demais idades.

REFERÊNCIAS

1. Unaid. Você sabe o que é HIV e o que é AIDS? Acesso em: 12 fev 2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids>.
2. Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília, (01): 1-84, DF, 2019. Acesso em: 12 fev 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília, 2019. Acesso em 15 fev 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
4. Torres SR, Luz AMH. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. Rev Gaúcha Enferm. 2007; v. 28, n. 4, p. 505-1.
5. Secretaria de Saúde de Santos. Prefeitura assiste gestantes com HIV e atua contra transmissão vertical. Acesso em 3 mar 2020. Disponível em: [https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/santos-recebe-premio-por-combater-a-sifilis-congenita-e-zerar-transmissao-vertical-do-hiv#:~:text=O%20munic%C3%ADpio%20de%20Santos%20foi,o%20filho\)%20do%20v%C3%ADrus%20HIV](https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/santos-recebe-premio-por-combater-a-sifilis-congenita-e-zerar-transmissao-vertical-do-hiv#:~:text=O%20munic%C3%ADpio%20de%20Santos%20foi,o%20filho)%20do%20v%C3%ADrus%20HIV).
6. Rocha C, Gouvêa A, Machado D, Cunegundes K, Beltrão S, Bononi F et al. Manifestações neurológicas em crianças e adolescentes infectados e expostos ao HIV-1. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2005 [cited 2020 Apr 20]; 63(3b): 828-831. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000500020>.
7. Capelo AV, Sá CAM, Rubini NP, Kalil RS, Miranda E. Revisão: Impacto da neuroaids na infância. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(4): 259-262. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-495590>.
8. Ramos AD, Morais RLS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um programa DST/AIDS. Fisioter. Pesqui. [Internet]. 2011 [citado 2019 Mar 12]; 18(4): 371-376. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000400013>.
9. Shepherd RB. Fisioterapia em pediatria. Ed Santos. 3ed, p421 São Paulo, 1995
10. Oliveira DKS, Nascimento DDG, Marcolino FF. Percepção de cuidadores familiares e profissionais da estratégia saúde da família em relação ao cuidado e desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [Internet]. 2012 [citado 2020 fev 22]; v.22, 2; 142-150. Disponível em: <https://doi:10.7322/jhgd.44943>.
11. Sehn AS, Feeburg NL, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternal Adaptation in the Role of Caring for and Rearing 12-Month-old Babies. Trends Psychol. [Internet]. 2019 [citado 2020 mar 15]; v.27, 3, 661-676. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/tp2019.3-05>.
12. Glascoe FP, Leew S. Parenting Behaviors, Perceptions and Psychosocial Risk: Impacts on Young Children's Development. Pediatrics. 2010; v. 125, n. 2, p. 313–319.
13. Habibi E, Sajedi F, Afzali HM, Hatamizadeh N, Shahshani S, Glascoe FP. Early childhood development and Iranian parents' knowledge: A qualitative study. Int J Prev Med. 2017; v 8:84.
14. Silva SD, Flôres FS, Corrêa SL, Cordovil R, Copetti F. Mother's Perception of Children's Motor Development in Southern Brazil. Perceptual and Motor Skills. [Internet] 2016 [citado 2019 mar 02]; v.124(1), 72–85. Disponível em: <https://doi: 10.1177/0031512516676203>.

15. Serra MJM, Correa J. Expectativa materna e o desempenho da criança na alfabetização. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [Internet] 2005 [citado 2019 abr 28] v. 15, n.1, p.32-45, Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100005&lng=pt&tlng=pt.
16. Corrêa AM, Sá CSC. Vulnerabilidade socioambiental e desenvolvimento motor de lactentes expostos ao HIV. *Rev. Ciênc. Ext.* 2018; v.14, n.1, p.83-96.
17. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2010 [citado 2020 jan 11] v.63, n.3, p.371-376. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300004>.
18. Gallahue DL, Ozmun JC, Goodway JD. *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.* 7 ed. São Paulo: AMGH; 2013.
19. Piper MC, Pinnell LE, Darrah J, Maguire T, Byrne PJ. Construction and Validation of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS). *Canadian Journal of Public Health.* 1992; v. 83; 46-50.
20. Valentini NC, Saccani R. Brazilian Validation of the Alberta Infant Motor Scale. *Physical Therapy.* 2012; v. 92, (3), p. 440-447.
21. Saccani R, Valentini NC. Análise do desenvolvimento motor de crianças de zero a 18 meses de idade: representatividade dos itens da alberta infant motor scale por faixa etária e postura. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2010; v.20, n.3, p. 711-722.
22. Williams LCA, Aiello ALR. *O Inventário Portage Operacionalizado: intervenção com famílias.* São Paulo. Memnon/Fapesp, 2001.
23. Souza MC, Felipe AOB, Gradim CVC. Understanding the Family Relationship Towards Child Growth and Development. *Rev Fund Care Online.* [Internet] 2019 [citado 2020 mar 22] v.11(3); 694-699. Disponível em: <https://doi:10.9789/2175-5361.2019.v11i3.694-699>.
24. Galvão MTG, Lima ICV, Cunha G, Santos VF, Mindêllo MIA. et al. Estratégias de mães com filhos portadores de HIV para conviverem com a doença. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2013 [citado 2020 mar 30] v.18(2):230-7. Disponível em: <https://doi:10.5380/ce.v18i2.27630>.
25. Willcocks K, Evangeli M, Anderson J, Zetler S. "I Owe Her So Much; Without Her I Would Be Dead": Developing a Model of Mother-Infant Bonding Following a Maternal Antenatal HIV Diagnosis. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* [Internet] 2016 [citado 2020 nov 12] v. 27(1), 17-29. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.jana.2015.08.007>.
26. Poteriko JF, Yamazaki ALS. Conhecimento materno sobre o desenvolvimento motor normal no primeiro ano de vida. In: V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica CESUMAR [Internet]; 2010 Out; Maringá, PR. Anais eletrônicos. ISBN 978-85-61091-69-9.
27. Neves FC, Sá CSC. Desenvolvimento de lactentes expostos e não expostos ao HIV: estudo longitudinal. *Temas em saúde.* 2020; v.20 n.1.
28. Wedderburn CJ, Yeung S, Rehman AM, Stadler JAM, Nhapi RT, Barnett W, et al. Neurodevelopment of HIV-exposed uninfected children in South Africa: outcomes from an observational birth cohort study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2019; v.3(11): p.803-813.
29. Silva KM, Sá CSC, Carvalho R. Evaluation of motor and cognitive development among infants exposed to HIV. *Early Human Development.* [Internet] 2016 [citado 2020 nov 28] v.105,p.7-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumandev.2016.12.013> 0378-3782.
30. McHenry MS, McAteer CI, Oyungu E, McDonald BC, Bosma CB, Mpofu PB, et al. Neurodevelopment in Young Children Born to HIV-Infected Mothers: A Meta-analysis. *Pediatrics.* [Internet]. 2018 [citado 2021 jan 09] 141(2): e20172888. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29374109/> doi: 10.1542/peds.2017-2888.