

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA

**AMBIENTE DOMICILIAR DA CRIANÇA NASCIDA EXPOSTA AO HIV SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA AMBIENTALISTA**

FORTALEZA

2011

IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA

**AMBIENTE DOMICILIAR DA CRIANÇA NASCIDA EXPOSTA AO HIV SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA AMBIENTALISTA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no processo do cuidar na promoção da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- L698a Lima, Ivana Cristina Vieira de
Ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao HIV sob a perspectiva da teoria ambientalista/ Ivana Cristina Vieira de Lima. - 2011.
81 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profª Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão
1. Enfermagem 2. Saúde da Criança 3. HIV 4. Habitação 5. Fotografia. I. Título.

CDD 610.73

IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA

**AMBIENTE DOMICILIAR DA CRIANÇA NASCIDA EXPOSTA AO HIV SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA AMBIENTALISTA**

Dissertação submetida à coordenação do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apresentada em: 19/09/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças (Membro efetivo)
Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo (Membro efetivo)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

DEDICATÓRIA

A Deus, pelo dom da vida e por me guiar
ao longo de toda a minha caminhada.

Aos meus pais, por investirem em minha
educação e na minha formação ética e
moral.

À Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez
Galvão, por me oferecer a oportunidade
de aprender e crescer como pessoa,
profissional e pesquisadora.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Autor da Criação, meu Mestre, meu Salvador. Glórias a ti, Senhor, por mais esta conquista. Tudo o que sou e o que tenho pertencem somente a ti.

Aos meus pais, Luis da Costa Lima e Josefa Vieira de Lima, que, com muito esforço trabalharam arduamente para investir em minha educação e me proporcionar ser a pessoa que sou hoje. Pai, o senhor é o meu maior exemplo de honestidade e dedicação. Mãe, eu te amo e seus carinhos e conselhos me ajudam a seguir em frente. Amo vocês!

Ao meu irmão Denys Regis Vieira de Lima, pelas suas palavras de incentivo e por acreditar na minha capacidade. Obrigada!

Às minhas irmãs em Cristo Flávia Viana e Ana Karolina, que tanto me incentivaram e lembraram que o Senhor estava comigo ao longo da minha caminhada no mestrado.

Ao meu namorado Hugo Natã Maia, por me ouvir, me compreender, me incentivar, enfim, por me amar do jeito que sou. Amor, esta conquista também é sua. Te amo!

À Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão, por ter acreditado em mim e investido seu tempo, sua paciência e seu saber para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por ter me ajudado a dar os primeiros passos na pesquisa e por ter me orientado ao longo da minha trajetória no mestrado. Você é um anjo que Deus colocou em minha vida. Serei eternamente grata por tudo que tem feito por mim.

À minha amiga Ênia Costa, pelas contribuições oferecidas ao meu trabalho e por me encorajar a finalizar esta etapa. Amiga, amo você, obrigada pela sua ajuda.

A todos os componentes do Núcleo de Estudos em HIV/aids e doenças associadas, especialmente às companheiras de coleta de dados, Larissa de Fátima e Nathália Pedrosa, pelas experiências compartilhadas e pelos momentos de alegria.

Às Profas. Dras. Cristiana Brasil, Maria Alix e Patrícia Neyva, pelas excelentes contribuições relativas à minha dissertação. Vocês são exemplos de profissionais. Admiro a competência de cada uma.

Aos colegas do Mestrado, pelos conhecimentos compartilhados, amizade e companheirismo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, pelos ensinamentos e orientações relacionadas ao percurso da pesquisa.

Enfim, a todos cujos nomes não foram citados, mas que estiveram envolvidos direta ou indiretamente nesta vitória alcançada.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

(Florence Nightingale)

RESUMO

A pauperização constitui uma das principais facetas da epidemia da aids, com possibilidade de desencadear a insalubridade das habitações dos acometidos pela doença. Tal condição implica a precariedade no acesso à água, ao saneamento e a práticas de higiene, situações estas que podem contribuir para a vulnerabilidade, especialmente da criança nascida exposta ao vírus, a agravos à saúde como diarreia, infecções respiratórias ou oportunistas, alergias, verminoses, afecções dermatológicas e oculares. Essa realidade indica a necessidade de o enfermeiro cuidar da criança e da sua família de forma holística, considerando não somente aspectos biológicos, de profilaxia e tratamento da doença, mas, sobretudo, o entorno social e ambiental no qual mãe e criança estão inseridas. Objetivou-se conhecer o ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao HIV sob a perspectiva da teoria ambientalista mediante uso da fotografia. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale aliada ao recurso da fotovoz. O período da coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a abril de 2011. As participantes foram 10 mães soropositivas para o HIV e cuidadoras de crianças nascidas expostas ao vírus, residentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. Durante as visitas domiciliares foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados: câmera fotográfica descartável, formulários para captação de informações em saúde associadas ao ambiente domiciliar, máquina fotográfica digital e diário de campo. Para a análise dos dados foram seguidos os passos metodológicos relativos à fotovoz: análise prévia das fotografias; revisão; comparação entre as fotografias registradas pelo pesquisador e pelas participantes e teorização com base no referencial teórico. Mediante investigação do ambiente domiciliar das crianças expostas, pôde-se observar: a) Vulnerabilidades associadas à estrutura física da moradia: infecções respiratórias decorrentes de infiltração e mofo das paredes, rachaduras que propiciam acomodação de insetos e roedores, acúmulo de água parada e lixo na área de serviço, risco para dengue e desabamento; b) Ar intra e peridomiciliar impuro: exposição da criança ao odor exalado pela fossa séptica, tabagismo passivo, contaminação do ar peridomiciliar por fábricas; c) Água utilizada para consumo: compra de água mineral envasada e riscos de infecções gastrointestinais decorrentes da falta de cuidados com os utensílios (garraão e suporte); d) Rede de esgoto e saneamento: esgoto peridomiciliar a céu aberto; e) Iluminação e Ventilação da residência: número reduzido de janelas, umidade, iluminação natural deficitária, conforto térmico comprometido; f) Limpeza do domicílio: presença de sujidades e partículas de poeira, condições habitacionais que favorecem acúmulo de sujidades; g) Riscos associados ao ambiente peridomiciliar: inadequado despejo de lixo em vias públicas. Os elementos da teoria ambientalista estiveram presentes de forma marcante no depoimento das mães. Foi possível a visualização e a reflexão acerca das condições ambientais desfavoráveis para a saúde da criança nascida exposta ao HIV, inclusive em relação àquelas que são modificáveis mediante uso de recursos simples que não implicam grande ônus financeiro. Considera-se essa atitude o passo inicial para a mudança de comportamento, possibilitando a redução de riscos à saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem. Saúde da Criança. HIV. Habitação. Fotografia.

ABSTRACT

Pauperization constitutes one of the main facets of the AIDS epidemic, which entails the possibility of unhealthy housing conditions for families affected by HIV. This condition implies precarious access to water, sanitation and hygiene practices. These situations can contribute to vulnerability, especially among children exposed to the virus at birth, to health problems like diarrhea, respiratory or opportunistic infections, allergies, verminoses, dermatological and eye affections. This reality indicates the need for nurses to deliver holistic care to children and their families, considering not only biological, prophylaxis and disease treatment aspects, but mainly the social and environmental context mothers and children are inserted in. The aim was to get to know the home environment of children exposed to HIV at birth from an Environmental Theory perspective, using photographs. This exploratory and descriptive study with a qualitative approach was based on the theoretical framework of Florence Nightingale's Environmental Theory, in combination with the photovoice resource. The research was accomplished at the homes of 10 HIV-positive mothers and caregivers to children exposed to the virus at birth, living in Fortaleza, Ceará, Brazil. The research took place between January and April 2011. The following were used for data collection: Disposable camera, forms to collect health information associated with the home environment, digital camera, field diary. For data analysis, the methodological steps of the photovoice method were followed: previous analysis of photographic records; review; comparison between the photographs the researcher and the participants registered; and theorization based on the selected theoretical framework. By investigating the home environment, the following could be observed: a) Risks associated with the physical housing structure: respiratory infections due to wall infiltration and mold, cracks that favor the appearance of insects and rodents, accumulation of still water and garbage in the service area, risk for dengue fever and collapsing; b) Unclean air in the home and peridomiciliary environment: children's exposure to the septic tank smell, passive smoking, peridomiciliary air contamination by factories; c) Water used for consumption: purchasing of bottled water and risks of gastrointestinal infections due to lack of care with utensils (bottle, support); d) Sewage and basic sanitation network: open-air peridomiciliary sewage; e) Residential Lighting and Ventilation: Small number of windows, humidity, insufficient natural lighting, compromised thermal comfort; f) Domestic cleaning: Presence of dirt and dust particles, housing conditions that enhance accumulated dirt; g) Risks associated with the peridomiciliary environment: inadequate garbage discarding on public roads. The presence of environmental theory elements was noteworthy in the mothers' testimony. Unfavorable environmental conditions for the health of children exposed to HIV at birth could be visualized and reflected on, also regarding those conditions that can be modified through the use of simple resources that do not imply any great financial burden. This attitude is considered the initial step to change behaviors, permitting the reduction of health risks.

Keywords: Nursing. Child Health. VIH. Housing. Photography

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Elementos da Teoria Ambientalista e equipamentos urbanos básicos.....	32
Quadro 2-	Caracterização das participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2011.....	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Câmera fotográfica descartável Fuji Quicksnap Super800.....	31
Figura 2-	Câmera fotográfica digital Sony Cyber Shot DSC W350 14.1 megapixels	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SMX-TMP	Sulfametoxazol-trimetoprima
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	IMERSÃO DA PESQUISADORA NA TEMÁTICA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	14
1.2	EXPOSIÇÃO AO HIV NO PERÍODO DA INFÂNCIA E ENTORNO SOCIOAMBIENTAL.....	17
1.3	HABITAÇÃO SAUDÁVEL E SUA REPERCUSSÃO NA SAÚDE DA CRIANÇA	24
1.4	TEORIA AMBIENTALISTA E CONDIÇÕES SANITÁRIAS DAS MORADIAS..	27
1.5	PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO DOMICILIAR.....	31
2	OBJETIVOS.....	35
2.1	OBJETIVO GERAL.....	35
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2	LOCAL E PERÍODO.....	36
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
3.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	38
3.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	41
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
3.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	45
4	RESULTADOS.....	48
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS HABITAÇÕES DAS PARTICIPANTES.....	48
4.2	NARRATIVA DAS MÃES SOBRE AS VULNERABILIDADES HABITACIONAIS.....	50
5	DISCUSSÃO.....	60
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS HABITAÇÕES DAS PARTICIPANTES.....	60
5.2	NARRATIVA DAS MÃES SOBRE AS VULNERABILIDADES HABITACIONAIS.....	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICES.....	86
ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMERSÃO DA PESQUISADORA NA TEMÁTICA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Desde o ano de 2007 tenho participado do projeto intitulado Núcleo de Estudos em HIV/aids e doenças associadas, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Durante o período de 2007 a 2009 fui bolsista de iniciação científica junto ao CNPq e desenvolvi pesquisas voltadas para comunicação do binômio mãe HIV+ e filho nascido exposto ao vírus durante os cuidados maternos em ambiente experimental, as quais resultaram na publicação e envio de artigos (GALVÃO et al, 2009; GALVÃO et al, 2010; PAIVA et al, 2010a; PAIVA et al, 2010b).

Para a coleta de dados nestas pesquisas foi utilizado um recurso tecnológico pouco utilizado na área da saúde, a filmagem. O uso da filmagem se destaca nas pesquisas, uma vez que o vídeo se constitui instrumento valioso para a coleta e geração de dados, na medida em que garante a fidedignidade e a neutralidade da pesquisa, bem como permite uma análise criteriosa dos dados, visto que o pesquisador pode reavaliar as filmagens em número ilimitado de vezes (PINHEIRO et al, 2005).

Em contrapartida, afirma-se que a imagem é um recurso como qualquer outro e exige teorias embasadas para sua análise. Segundo indicado, o artefato da imagem não é melhor ou pior do que qualquer outro dado. Para a análise das imagens, sejam fotografadas ou filmadas, é preciso utilizar teorias sociais concretas que viabilizem a identificação do que é

importante no mundo que nos cerca para, então, através da análise, traçar intervenções viáveis (FLICK, 2009).

A partir da experiência no uso da filmagem para captar informações relativas à comunicação do binômio mãe HIV+ e filho verticalmente exposto, percebeu-se que a utilização de recursos tecnológicos como meio para a coleta de dados era favorável, tendo em vista captar aspectos reais e possibilitar ao pesquisador analisar repetidas vezes o fenômeno captado em busca de dados relevantes.

Ao pesquisar a comunicação entre mãe e filho na vigência do HIV em ambiente experimental, observou-se que era preciso conhecer o ambiente domiciliar desses binômios, de modo a captar a comunicação não-verbal estabelecida em sua essência. Deste modo, foi desenvolvida uma pesquisa que comparou a comunicação no ambiente experimental e domiciliar (GALVÃO et al, 2010).

Entretanto, ao realizar visitas domiciliares visualizaram-se aspectos do ambiente que são considerados inadequados para a criança nascida exposta ao vírus, tendo em vista sua maior suscetibilidade a infecções atrelada à imunodepressão. Conforme observado, a maior parte dos domicílios apresentou insalubridade, representada pela inadequada higiene intra e peridomiciliar, falta de saneamento básico, más condições de iluminação e ventilação, aglomeração de pessoas coabitando no mesmo domicílio, tratamento de água inadequado etc. Ademais, os domicílios estavam localizados na periferia de Fortaleza-CE, em bairros considerados de risco em termos de segurança.

os principais determinantes da morbimortalidade nos diferentes grupos etários, particularmente dos menores de cinco anos, tanto positiva quanto negativamente (MENENDEZ, 1992).

Dentre os membros da família destaca-se a mulher, principal usuária e interlocutora dos serviços de saúde, sendo responsável pela maternidade e pelo cuidado com a

saúde dos seus familiares. Assim, representa a figura-chave indispensável para o cuidado em saúde no cenário doméstico (GUTIERREZ; MINAYO, 2009).

Ressalta-se que no caso das mães portadoras do HIV, o seu papel de mulher não está limitado aos cuidados domésticos, mas elas também assumem a tarefa de cuidadoras da saúde, uma vez que cuidam dos seus filhos e do seu companheiro, principalmente se ele também for soroconcordante (HEJOAKA, 2009).

Essa sobrecarga de responsabilidade pode ocasionar fadiga e estresse. No entanto, conforme afirmam alguns estudos e com base na experiência em pesquisas envolvendo o binômio mãe e filho na vigência do HIV, a maternidade no contexto da epidemia. Estar no ambiente domiciliar daquelas famílias representou um choque cultural, suscitou a indignação, o sentimento de pena e a impotência frente a um contexto tão distinto: uma realidade de miséria e pobreza. Surgiu, então, a vontade de aliar o conhecimento teórico advindo da graduação em enfermagem à educação e saúde baseada no aproveitamento das habilidades daquelas mães, de forma a, juntos, pesquisador e participantes, subsidiarem a reflexão sobre essa realidade para direcionar o cuidado de enfermagem às crianças que estão sujeitas às condições de vulnerabilidade socioeconômica e a precárias condições de moradia.

A partir dessa realidade surgiu o interesse no desenvolvimento de uma pesquisa que pudesse subsidiar reflexões e sugerir melhoria das condições domiciliares e de saúde dessas crianças, com base nos pressupostos de promoção da saúde e do ambiente saudável. Neste âmbito, pesquisas com esse enfoque podem servir de alerta tanto para os profissionais da atenção básica quanto para aqueles que prestam assistência à criança nascida exposta ao vírus em serviços de atenção secundária, a exemplo dos serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/Aids.

Ao analisar esse contexto, e com base na experiência acumulada em pesquisas prévias realizadas pelo Núcleo de Estudos em HIV/aids, com foco no ambiente domiciliar,

conclui-se que os métodos de coleta de dados convencionais, a exemplo da entrevista e da observação, utilizados isoladamente poderiam se tornar insuficientes para captar e divulgar aspectos pertinentes a esse fenômeno. Em face desse contexto, decidiu-se escolher a fotografia como recurso complementar à coleta de dados.

Ao buscar na literatura a fundamentação para o problema de pesquisa, observou-se uma lacuna em relação à inter-relação entre os domínios: criança nascida exposta ao HIV, vulnerabilidades socioeconômicas, ambiente domiciliar e cuidado de enfermagem. Apesar da expansão de publicações no âmbito da epidemia do HIV/Aids na infância (FRANÇA, 2006; MACHADO et al, 2010; VIEIRA; PADILHA, 2007), a abordagem elencada mostrou-se inovadora e com enfoque atual ao tratar da questão relativa ao ambiente saudável, um dos importantes pressupostos da promoção da saúde (BRASIL, 2002). As questões que suscitaram a elaboração do estudo foram:

- Como é caracterizado o ambiente domiciliar e peridomiciliar da criança nascida exposta ao HIV com idade até cinco anos?
- O ambiente domiciliar apresenta fatores de risco para a eclosão de agravos em saúde para a criança nascida exposta ao vírus?
- De que forma os cuidadores das crianças nascidas expostas percebem a influência do ambiente na saúde da criança?

1.2 EXPOSIÇÃO AO HIV NO PERÍODO DA INFÂNCIA E ENTORNO SOCIOAMBIENTAL

Cerca de 1.000 crianças são infectadas pelo HIV diariamente em todo o mundo e mais da metade destas morrem em decorrência da Aids e da dificuldade de acesso ao

tratamento específico. Segundo a UNAIDS, até o final de 2009 existiam cerca de 2.5 milhões de crianças vivendo com o vírus em todo o mundo. Muitas crianças sofrem direta ou indiretamente as consequências da epidemia em virtude da morte de seus pais ou de familiares (UNAIDS, 2010).

No Brasil, as taxas de incidência da doença na infância são menos alarmantes que no resto do mundo, apesar de não representar atenuação dos incalculáveis prejuízos à saúde das crianças nascidas expostas ao vírus. Segundo o Boletim Epidemiológico de Aids, de 2010, de 1980 a 2010 foram diagnosticados 13.676 casos de Aids entre menores de 5 anos, com uma queda de 44,4% na incidência ao longo destes anos. A região Nordeste ocupou o terceiro lugar entre números de casos nesta faixa etária, com um total de 1.594 casos notificados no mesmo período nessa população, representando 11,65% do índice nacional (BRASIL, 2010a).

No Estado do Ceará, no período de 1980 a 2010, foram notificados 222 casos da doença em menores de cinco anos, número que merece destaque em comparação aos demais estados. Entre a forma de transmissão predominante está a via vertical (75,7%), ou seja, aquela que ocorre da mãe para o filho durante a gestação, o parto e o pós-parto (BRASIL, 2010a). A partir dos dados infere-se que, no Nordeste, por ser a região mais pobre do País, a epidemia ainda se caracteriza pela desigualdade social e pelas limitações no acesso a estratégias de prevenção e controle da epidemia.

Como medidas de prevenção da transmissão vertical do vírus mencionam-se o diagnóstico precoce da infecção em gestantes mediante ampliação da oferta do teste anti-HIV; uso precoce pela mãe da quimioprofilaxia com a Zidovuldina (AZT) e outras drogas quando necessárias; oferecimento de AZT xarope para os bebês nas primeiras duas horas de vida e a distribuição de fórmula láctea infantil em substituição ao aleitamento materno (BRASIL, 2010b).

Tendo em vista que a detecção precoce da infecção pelo HIV durante o atendimento pré-natal reduz a menos de 2% a transmissão vertical e a magnitude das consequências da infecção pelo vírus na infância, estratégias de prevenção devem ser priorizadas em todos os níveis de atenção. O Estado do Ceará tem se articulado para descentralizar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/Aids em nível estadual e municipal. Destacam-se as seguintes ações implementadas nos últimos anos para a atenuação dos impactos da infecção pelo HIV: implantação de centros de testagem e aconselhamentos municipais, juntamente com os serviços de atenção especializada; ampliação da cobertura e garantia do acesso a insumos de prevenção da transmissão vertical; ampliação da cobertura e garantia do acesso ao diagnóstico do HIV durante o pré-natal; implantação do Projeto Nascer em 37 maternidades de 21 municípios, com o objetivo de prevenir a transmissão vertical do HIV, por meio de testagem rápida e da profilaxia na mãe e no recém-nascido (CEARÁ, 2010).

A realidade indica que a consolidação das ações para prevenção, diagnóstico e tratamento associados à infecção pelo HIV em sua integralidade ainda se configura como um desafio para os profissionais em saúde. Isto ocorre em decorrência das facetas que caracterizam a epidemia, tais como o estigma, a interiorização, a pauperização, a feminilização, exigindo a articulação intersetorial, com destaque para o setor educacional, social e da saúde. As parcerias entre esses setores e a maior articulação entre atenção primária, secundária e terciária poderão proporcionar assistência integral e diferenciada a essa clientela.

Em se tratando particularmente do binômio mãe HIV+ e filho verticalmente exposto, além dos cuidados implementados durante a gestação e o parto, destaca-se a necessidade de indicação de procedimentos específicos e de seguimento do acompanhamento da criança em serviços especializados pelo menos até a definição do diagnóstico, de modo a

atenuar as chances de eclosão da infecção e dos agravos à saúde associados ao aumento da vulnerabilidade na infância. As crianças não infectadas devem realizar acompanhamento periódico (anual) na unidade especializada até o final da adolescência, em virtude de terem sido expostas não só ao HIV, mas também às drogas antirretrovirais (BRASIL, 2009).

Após o nascimento a criança passa a ser considerada potencialmente portadora do HIV até a confirmação do seu diagnóstico. Durante esse período há necessidade de cuidados específicos, tais como: administração da quimioprofilaxia com zidovudina nas primeiras duas horas após o nascimento até seis semanas de vida (42 dias); recebimento de profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) a partir de seis semanas de idade até completar um ano; seguimento de rotina de acompanhamento clínico e laboratorial; avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento nos primeiros meses de vida; oferecimento de fórmula láctea infantil em substituição ao leite materno e imunização específica. Aliado a esses cuidados deve haver a coleta de dados de história e epidemiologia que envolvem o núcleo familiar, sobretudo aqueles referentes à mãe biológica (BRASIL, 2009).

Crianças infectadas pelo HIV são mais suscetíveis a doenças como tuberculose e hepatite B. Portanto, as vacinas contra a tuberculose e contra o vírus da hepatite B deverão ser aplicadas logo após o nascimento. Para os bebês menores de um ano de idade, com suspeita clínica de infecção pelo HIV ou que tenham o diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV, recomenda-se não prescrever a vacina Sabin contra a poliomielite. A vacina com o vírus inativado, a Salk, é mais recomendada. Além da imunização, é indicada a profilaxia para pneumonia causada por *Pneumocystis jroveci*, afecção que pode causar insuficiência respiratória aguda com alta letalidade. Por isso, indica-se o uso de SXM-TMP em todas as crianças expostas ao vírus, até que seja diagnosticada a não infecção (BRASIL, 2009).

Indica-se, no caso de mães soropositivas para o HIV, a suspensão da amamentação e a utilização de substitutos do leite materno para a alimentação da criança

nascida exposta ao vírus. Uma vez suspensa a amamentação, o bebê deixa de receber anticorpos maternos que seriam essenciais para a prevenção de alergias, desnutrição e infecções em geral. O risco de diarreia é aumentado caso haja utilização de água não filtrada na preparação da fórmula láctea infantil ou se não houver a devida higiene dos utensílios utilizados na preparação e no oferecimento do alimento (BRASIL, 2003a).

Para minimizar os agravos à saúde suscitados pela exposição da criança ao HIV apenas os cuidados acima indicados não são suficientes. É essencial, ainda, conhecer as condições socioeconômicas e de moradia dessas crianças. Conforme indicado, a pauperização é tida como uma das principais faces da epidemia pelo fato de a doença atingir indivíduos economicamente ativos e incorrer em aumento dos gastos da família (tratamento, transportes, funerais, por exemplo), condições estas que trazem repercussões negativas para a criança em termos de nutrição, educação, saúde e suporte emocional (DORING; FRANCA-JUNIOR; STELLA, 2005; FRANÇA, 2006).

Assim, o interesse em investigar o ambiente domiciliar das crianças expostas ao vírus se deve às particularidades envoltas no cenário da epidemia, a exemplo da pauperização. Tal condição culmina muitas vezes na insalubridade das habitações aliada à precariedade do acesso à água, ao saneamento e a práticas de higiene. Essas situações podem implicar maior vulnerabilidade da criança nascida exposta ao vírus a agravos à saúde, como diarreia, infecções respiratórias ou oportunistas, alergias, verminoses e problemas dermatológicos, entre outros (WHO, 2010).

Como corrobora a literatura, a pobreza leva pais, familiares e comunidade em geral a apresentarem limitações no suprimento das necessidades materiais, sociais, psicológicas e de saúde das crianças nascidas expostas ao HIV (UNAIDS, 2010). Destaca-se, ainda, o fato de muitas crianças não serem mais cuidadas pelos seus pais biológicos, em decorrência da orfandade ou da própria limitação financeira, fato que obriga pais a relegarem

o cuidado dos seus filhos a outros familiares ou a instituições de abrigo (FREITAS et al, 2010). Portanto, cuidar de uma criança nascida exposta ao vírus exige investimento de tempo e se constitui ônus financeiro para mães ou para outros cuidadores (pai, tios, avós).

A criança sofre ainda mais pelo fato de a doença interferir em toda a estrutura econômica e psicoemocional de sua família. Em decorrência de a epidemia atingir particularmente as classes mais pobres e desfavorecidas, indicam-se fatores socioeconômicos e culturais como pobreza, promiscuidade, uso de drogas, criminalidade e perda dos pais ou outros membros da família em função da aids como representativos da realidade das crianças que convivem com o HIV (UNAIDS, 2009). Porém, é bem verdade que também se encontram famílias que mantêm sua agregação mesmo após a descoberta da soropositividade para o vírus e vivem normalmente, sem sofrer maiores limitações em termos sociais, econômicos e de saúde. Por isso, muitas vezes os profissionais de saúde que prestam cuidados a essa clientela devem reduzir preconceitos e paradigmas advindos de crenças ou culturas, de maneira a prestar assistência equitativa a essas pessoas, em especial às crianças nascidas expostas ao vírus.

Essa realidade indica a necessidade de se cuidar da criança e da sua família de forma holística, considerando não somente aspectos biológicos e de tratamento da doença, mas, sobretudo, o entorno social e ambiental no qual estão inseridas.

A família deve ser vista como unidade complexa inserida no contexto social, histórico e cultural para identificação de potencialidades e possibilidades de cuidado, pois é antes de tudo a principal provedora de recursos básicos para a saúde (LEITE; VASCONCELOS, 2006). Na unidade familiar são construídos e operados desencadeia na mulher sentimentos como força, autossatisfação, autorrealização e esperança, enfim consiste em estímulo para ela cuidar da sua saúde. São esses sentimentos que impulsionam a mulher

portadora de HIV a cuidar da saúde da sua família, em especial dos seus filhos (SANDELOWSKI; BARROSO, 2003).

Desse modo, geralmente a mãe portadora do HIV é a promotora da saúde do filho, seja ele soropositivo ou apenas nascido exposto. Dentre os cuidados gerais destacam-se hábitos do cotidiano, tais como alimentação, tratamento da água, limpeza do ambiente, higiene corporal e dos utensílios, educação, lazer, manutenção do ambiente de apoio e união familiar. Indicam-se, ainda, os cuidados relativos ao acompanhamento das ações e prescrições médicas: marcação de consultas, acompanhamento médico, obtenção dos medicamentos, observação de doses e horários de administração de medicamentos, tempos de intervenção médica como vacinas e *check-up* dentário, detecção precoce de doenças e verificação de sinais de doenças (LAGE, 2003). Por isso, neste estudo as mães foram elencadas como principais participantes e interlocutoras relacionadas às questões associadas ao ambiente domiciliar onde vivem.

Frente a essas particularidades observa-se que ainda há, em nível nacional e estadual, uma lacuna de informações concernentes às condições socioeconômicas e de moradia das crianças nascidas expostas ao vírus que comunga com a fragilidade dos serviços de saúde envolvidos em prover atenção integral a essas crianças e às suas famílias, implicando maior suscetibilidade a situações de morbimortalidade (MACHADO et al, 2010).

Tendo em vista que os cuidados desempenhados no domicílio se tornam extensão dos cuidados indicados nos atendimentos nos serviços de saúde, a pesquisa com esse enfoque poderá contribuir para propostas de cuidado prestado à criança exposta ao HIV e à sua família, com base no conceito ampliado de saúde no qual estão inclusas as questões relativas ao entorno socioambiental.

1.3 HABITAÇÃO SAUDÁVEL E SUA REPERCUSSÃO NA SAÚDE DA CRIANÇA

A habitação é classificada como uma necessidade humana básica, além de se constituir um direito social, independentemente do meio de aquisição. O artigo 6º da Constituição Brasileira do ano de 1988 corrobora essa afirmação ao citar como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Ademais, a moradia é considerada, com base na Carta de Otawa, um dos pré-requisitos básicos para o alcance da saúde, a saber: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Nesse contexto, para atingir um estado de completo equilíbrio biopsicossocial e de equidade na atenção à saúde é necessário aos indivíduos e aos grupos a modificação favorável do seu entorno ambiental e dos fatores determinantes de sua saúde (BRASIL, 2002). O estudo da influência do ambiente no processo saúde-doença data da Antiguidade, destacando-se como pioneiros desse tipo de investigação Hipócrates e seus seguidores (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

A habitação é o foco central da promoção da saúde familiar, uma vez que é no interior de sua moradia que os indivíduos estão expostos a situações negativas ou positivas que determinarão os níveis de qualidade de vida e influenciarão no processo saúde doença (COHEN, 2004).

Neste sentido, a habitação saudável significa um ambiente domiciliar compreendido pelo território geográfico e social no qual ocorrem a construção e a consolidação da saúde da família. O conceito de habitação saudável perpassa a construção da

moradia, os materiais utilizados para a sua construção, sua microlocalização e, por fim, seu uso e manutenção (OPAS, 2008). Inclui, ainda, equipamentos urbanos básicos, como saneamento, disponibilidade de água potável, ambiente livre de violência, redes de apoio psicossocial e espaço físico adequado (COHEN, 2004).

Além disso, a moradia não está restrita ao espaço físico da residência. Seu conceito perpassa questões como infraestrutura, meio ambiente, sentido de pertença, lugar de aconchego e de estabelecimento de relações íntimas, abrangendo dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias (COHEN et al, 2004).

Embora haja o aparato legal que respalde o direito à moradia digna, constata-se que mais de um bilhão de habitantes da Terra não têm direito à habitação segura e a serviços básicos como: abastecimento de água, rede de esgotamento sanitário e coleta de lixo (BRASIL, 2006a). Em nível nacional, o bem-estar habitacional ainda é o desejo de 1/3 da população brasileira (MACIEL et al, 2005). Esse fenômeno se justifica pela explosão demográfica associada aos processos de urbanização e industrialização.

Frente a essa realidade o mundo tem se voltado para o estabelecimento de pactos, acordos e compromissos para a erradicação da pobreza e para a melhoria da oferta de insumos básicos para a sobrevivência satisfatória, a exemplo do Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos, o qual destaca cinco dimensões básicas para enquadrar os domicílios como saudáveis: 1. Acesso à água potável (em quantidade suficiente para uso familiar e a um preço acessível); 2. Acesso ao saneamento básico (existência de banheiro privativo ou compartilhado com um número razoável de pessoas); 3. Segurança da posse, que garanta proteção do Estado contra desalojamento forçado; 4. Durabilidade da construção (em local não perigoso e com estrutura permanente e adequada); e 5. Área suficiente para viver (não mais que duas pessoas compartilhando o mesmo dormitório) (JÚNIOR, 2005).

As habitações insalubres associadas à deficiência do saneamento básico e ao acesso à água de qualidade influenciarão de maneira marcante na eclosão de doenças, agravando os níveis de mortalidade. Essa condição está diretamente associada à pobreza, às desigualdades sociais na distribuição territorial, à aglomeração populacional, à urbanização e às disparidades socioeconômicas em geral (PEDROSO; MOTA, 2010).

Dessa maneira, o local onde as famílias e as crianças residem poderá evidenciar situações de vulnerabilidades determinantes para o processo saúde-doença tanto da criança quanto da família (PEDROSO; MOTA, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 24% das enfermidades e 23% de mortes prematuras são decorrentes da falta ou insuficiência de condições básicas socioambientais e de moradia, tais como condições inadequadas de abastecimento de água, destinação do lixo e esgoto sanitário (WHO, 2006).

Para corroborar essa afirmação o Ministério da Saúde ressalta que o ambiente doméstico inadequado é responsável por quase 30% das ocorrências de doenças em países em desenvolvimento. A superlotação no domicílio pode estar associada à ocorrência de tuberculose. A poluição do ar em um recinto fechado traz riscos de infecções respiratórias, câncer pulmonar e doenças respiratórias crônicas. Por fim, a falta de saneamento básico e a precariedade no abastecimento de água e a falta de higiene podem desencadear verminoses, diarreia, além de outras doenças tropicais (BRASIL, 2006a).

De tal modo, garantir a habitação saudável é uma tarefa complexa que exige ação intersetorial, interdisciplinar e visão holística, ao unir o domínio político, social e da saúde e agregar a conscientização social por parte dos indivíduos às políticas públicas de habitação, saúde, ambiente e infraestrutura. São preconizadas ações intersetoriais aliando mobilização social, equidade, justiça social e defesa pública da saúde. A Rede Brasileira de Habitação Saudável é um exemplo de instituição voltada à operacionalização das políticas de promoção da saúde associadas à habitação (COHEN, 2004).

Neste âmbito, na medida em que são oferecidos cuidados à família, seja no cenário hospitalar ou domiciliar, a enfermagem deve considerar a avaliação das condições domiciliares como primeiro passo para o planejamento da assistência direcionada a contemplar as necessidades humanas básicas, de modo a prevenir enfermidades e garantir conforto e bem-estar ao cliente. Enquanto decisões políticas voltadas para a habitação saudável carecem de melhoria, o profissional da saúde deve reorientar a sua prática com base nos determinantes sociais da saúde.

1.4 TEORIA AMBIENTALISTA E CONDIÇÕES SANITÁRIAS DAS MORADIAS

Como pioneira na identificação da influência dos fatores ambientais no processo saúde-doença, destaca-se Florence Nightingale mediante a formulação da teoria ambientalista, descrita na obra publicada em 1859 e intitulada “Notas de Enfermagem – o que é e o que não é” (NIGHTINGALE, 1989).

Conforme indicado pela teórica, o controle do ambiente consiste em manter condições como: o arejamento e o aquecimento do ar interior; a ausência de ruídos; a iluminação; a higiene do piso, das paredes, do mobiliário, das roupas e dos objetos. Menciona, ainda, pontos essenciais para assegurar uma moradia saudável e, conseqüentemente, minimizar os agravos à saúde.

De acordo com Florence, para ser saudável a habitação deve dispor de condições mínimas, tais como: ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação. Conforme a teórica, a insalubridade de uma moradia seria proporcional ao grau de deficiência desses fatores (NIGHTINGALE, 1989).

Após cerca de 150 anos de autoria, a aplicabilidade das contribuições de Florence Nightingale demonstra ser factível no cenário do cuidado em saúde atual, pois as particularidades associadas às privações das condições socioeconômicas e repercussões ambientais consistem em desafios para os profissionais de saúde em geral.

A seguir, lista-se uma descrição dos fatores associados às condições sanitárias da habitação, à luz da teoria ambientalista de Florence, que servirão de base para a investigação do ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao vírus:

a) Ar puro: Nightingale destaca a necessidade de as construções das habitações serem planejadas de modo que todos os cômodos da casa estejam em contato com a atmosfera exterior (ar do ambiente), pois o ar estagnado pode influenciar a instalação de doenças. O ar deve vir da área externa mediante janelas que o deixem entrar mais fresco. Esse fator se relaciona diretamente à teoria miasmática, na qual a essência da doença era transmitida pelo ar.

b) Água pura: a teorista menciona que o advento da reforma sanitária em Londres, melhorou o acesso à água pura, tendo em vista que a população ainda cultivava o hábito de usar diariamente água poluída pela drenagem dos esgotos. Ressalta que o uso de água de poço de má qualidade para fins domésticos aumentava o risco do aparecimento de moléstia contagiosa.

c) Rede de esgoto eficiente: em seus escritos Florence teceu críticas à rede de esgoto das habitações de Londres, por considerar o coletor de detritos da rua ligado à habitação através de um cano como um escoadouro de imundícies, o qual permitia a veiculação de doenças epidêmicas e outras moléstias.

d) Limpeza do domicílio: a autora elenca como meios de acúmulo de sujeira os tapetes e os mobiliários sujos. Reforça que todo o mobiliário deve ser limpo com pano úmido para eliminar a sujeira.

e) Iluminação: Florence afirma que a casa escura é sempre insalubre, mal arejada e suja. Ademais, a falta de iluminação dificulta o crescimento da criança e favorece o aparecimento do raquitismo. Em uma casa escura as pessoas adoecem e não conseguem recuperar a saúde.

O presente estudo contribuirá para o resgate histórico da teoria ambientalista, ao mesmo tempo em que permitirá a visualização da evolução dos elementos destacados por Florence no atual cenário domiciliar e de saúde. Contemplará, ainda, a lacuna presente na literatura em relação à aplicação da teoria ambientalista no cenário domiciliar.

Em virtude da carência de estudos associados às condições domiciliares das crianças expostas ao HIV, são apresentadas abaixo pesquisas realizadas junto a crianças em geral, as quais refutam as implicações para a saúde infantil advindas das condições do ambiente domiciliar.

Pesquisa desenvolvida com 2001 crianças pré-escolares residentes no Estado da Bahia evidenciou que a pauperização restringe o acesso às condições básicas de sobrevivência, acarretando prejuízos indelévels à saúde e à nutrição das crianças menores de cinco anos de idade. Como agravantes foram citados os seguintes fatos: criança ser cuidada por pessoa distinta do genitor; apresentar irmãos menores de cinco anos residindo no mesmo domicílio; compartilhar cama com outra pessoa; e o fato de a mãe possuir baixa escolaridade (ASSIS et al, 2007).

As condições ambientais podem, ainda, interferir no desenvolvimento físico e emocional dos infantes, como destacam algumas pesquisas no cenário da psicologia (MARTINS et al, 2004). Como evidenciado, a partir do apoio social e familiar a criança vivencia possibilidades de crescimento e desenvolvimento físico, mental, cognitivo, emocional e afetivo. Para tanto, ela precisa de condições que favoreçam esse processo, a saber: acesso adequado à saúde e à educação, convivência em família, lazer, cultura e

recreação, políticas públicas específicas, respeito aos direitos de cidadania, entre outras. Ademais, por ser vulnerável necessita de cuidados específicos para vivenciar plenamente sua saúde (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA, 2007).

De modo semelhante e para refutar a ocorrência da desigualdade social em estados da região centro-sul, pesquisa realizada em Pelotas, no Rio Grande do Sul, destacou a organização do ambiente físico e do entorno da criança como indicadores para o ótimo desenvolvimento de sua saúde. Constatou que quanto menor a renda familiar, maiores são as chances de o ambiente se apresentar negativo para a criança. Um ambiente físico organizado e onde haja interação dos pais mostrou ser essencial para prevenir atrasos no desenvolvimento infantil (MARTINS et al, 2004).

O apanhado científico demonstra claramente que a abordagem do conceito de habitação saudável é premente no âmbito da saúde pública, por ser destacado como estratégia-chave para a garantia de apropriação do contexto de vida das populações e de identificação dos determinantes sociais da saúde. Ainda é factível sua aplicação ao contexto de vida das crianças, tendo em vista as evidências que apontam que as condições domiciliares satisfatórias contribuem de modo particular para o desenvolvimento físico, social e biológico das crianças em geral.

Estreitando o enfoque para as crianças nascidas expostas ao vírus, o presente estudo foi realizado com o intuito de favorecer a imersão e a investigação de situações particulares associadas ao entorno socioambiental, tendo em vista que além de fatores biológicos, a exemplo da imunodepressão, essas crianças são consideradas vulneráveis socialmente em decorrência das privações socioeconômicas e de questões relativas ao preconceito e ao estigma.

1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO DOMICILIAR

As concepções relativas à associação entre ambiente e saúde foram sendo construídas historicamente de acordo com as demandas colocadas pela sociedade e a evolução das disciplinas científicas presentes na saúde pública (BRASIL, 2006b).

A promoção da saúde surge como importante resposta para a reestruturação da atenção à saúde em face das constantes mudanças sociais, políticas e culturais com vistas a superar o modelo biomédico do processo saúde-doença. A partir de seus pressupostos, encara-se a saúde não mais como estritamente determinada por fatores biológicos, mas suscetível a influência de determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais (COHEN, 2007).

Seus pressupostos se iniciaram nos países desenvolvidos em meados dos anos 1970, e sua proposta atualmente assume o *status* de uma das principais linhas de atuação da Organização Mundial da Saúde, influenciando a elaboração de políticas de saúde em diversos países (CARVALHO, 2004).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Otawa/Canadá, é o marco histórico e conceitual da promoção da saúde, pois representa a transição do enfoque baseado no estilo de vida individual para a nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais, na inter-relação entre promoção da saúde, ambientes saudáveis e equidade (BRASIL, 2002).

Além disso, a carta destaca a atenção integral e intersetorial como subsídio à promoção saúde, mediante articulação de diversos segmentos, como o governo, o setor saúde, os setores sociais e produtivos, os indivíduos, as famílias e as comunidades, direcionadas ao

desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação dessa prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas de um país, a saber: estabelecimento de políticas públicas de saúde; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

As Conferências subsequentes (México, Alma Ata, Adelaide) consolidaram a saúde como direito fundamental dos indivíduos e reafirmaram a necessidade de identificar e intervir de maneira intersectorial sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais que atuam no processo saúde-doença.

Nas Declarações de Sundsvall (1991), Santafé de Bogotá (1992) e Jacarta (1997), apontam-se reflexões mais aprofundadas sobre a influência das condições de extrema pobreza e privação para a saúde e bem-estar das pessoas e da comunidade, uma vez que indicam riscos associados à falta de água potável, ao saneamento, à alimentação inadequada, ao abrigo e ao acesso aos cuidados básicos em saúde. Lança-se o desafio e o compromisso da atenção em saúde equitativa com base na capacitação dos indivíduos para a realização de mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver (BRASIL, 2002).

A partir desse cenário infere-se ser essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às condições do domicílio e às vulnerabilidades a que estão expostas as crianças e suas famílias para propor intervenções em saúde adaptadas ao contexto em que o infante vive. A visita domiciliar é uma alternativa de cuidado viável, desde que seja pautada na escuta e na valorização do outro e do seu ambiente, perdendo de vista as relações de poder que estigmatizam e distanciam ainda mais o profissional do cliente.

Segundo revelado, o ambiente domiciliar se constitui espaço privilegiado para a assistência à família, pois nesse espaço privativo a família consegue expressar mais espontaneamente suas crenças, práticas e valores sobre a saúde e a doença. Assim, adentrar no

ambiente domiciliar permite ao profissional a identificação de necessidades de cuidado, permitindo a elaboração de um eixo norteador para as suas ações de saúde. Ainda como revelado, neste ambiente há maiores possibilidades para escuta, acolhimento e estabelecimento da confiança mútua entre o indivíduo e o profissional (SILVA, 2009).

Para atingir resultados satisfatórios por meio do cuidado domiciliar é necessário visualizar o indivíduo e sua família em seu contexto de vida, considerando o meio social no qual estão inseridos, o local de moradia, os hábitos e os comportamentos que influenciam o processo saúde-doença e a qualidade de vida (LACERDA, 2010).

Contudo, o que se percebe na prática é que na saúde coletiva e na atenção à criança e à sua família ainda prevalece a atuação clínica, individual e curativista, com reduzida aplicabilidade de visitas domiciliares, trabalhos educativos, vigilância sanitária e epidemiológica. Isto demonstra que a saúde ainda deve avançar para contemplar princípios como integralidade, participação social e equidade. Unidos, profissionais, família e comunidade, com o apoio da gestão em saúde, poderão paulatinamente alcançar a integralidade na atenção à saúde da criança mediante ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (MONTEIRO; FERRIANI, 2000).

O intuito é que o enfermeiro seja capaz de avaliar as particularidades de cada caso para planejar e executar um cuidado integral à saúde da criança, em particular a nascida exposta ao vírus. Para maximizar esses resultados destaca-se a necessidade de articulação direta com a família enquanto agente de mudanças (PEDROSO; MOTA, 2010). Para minimizar os efeitos da desigualdade cabe o incentivo à formação de redes de apoio tanto em nível hospitalar quanto domiciliar, a realização de visitas domiciliares e o planejamento de consultas de enfermagem sistematizadas.

Frente às vantagens da aplicabilidade da visita domiciliar enquanto ferramenta de promoção da saúde da família, neste estudo a visita domiciliar foi elencada como instrumento

primordial à captação de demandas de cuidado em saúde associadas ao ambiente domiciliar e peridomiciliar das famílias de crianças nascidas expostas ao HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao HIV sob a perspectiva da teoria ambientalista.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as situações de vulnerabilidade ambiental para a saúde da criança nascida exposta ao HIV associadas às condições habitacionais do domicílio.

Avaliar a percepção das mães HIV+ acerca da influência das condições habitacionais na saúde da criança nascida exposta ao vírus.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, baseado no uso da fotovoz, recurso no qual os participantes tiram fotos que são subsequentemente discutidas através de uma entrevista. Estudiosos afirmam que unir a fotografia e a narrativa viabiliza o fornecimento de diferentes informações sob um dado fenômeno, de modo a ampliar o campo de entendimento e interpretação do problema da pesquisa (HARPER, 2002).

3.2 LOCAL E PERÍODO

O estudo foi desenvolvido no domicílio das famílias das crianças expostas ao vírus, localizados em Fortaleza-CE. O período de coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a abril de 2011.

A captação das mães ocorreu no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, em Fortaleza-CE, serviço de referência no acompanhamento das gestantes portadoras do HIV e no pós-parto. Semanalmente, um infectologista atende cerca de 10 crianças nascidas expostas ao vírus. As mães foram contatadas enquanto aguardavam a consulta dos seus filhos.

3.2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste estudo os participantes foram mães de crianças nascidas expostas ao vírus residentes em Fortaleza, Ceará. As crianças deveriam apresentar idade até cinco anos em virtude de nessa faixa etária apresentarem suscetibilidade a agravos à saúde (infecções, acidentes, diarreia, desnutrição) associados ao ambiente físico e social no qual estão inseridas (BRASIL, 2003b).

A escolha das mães como participantes foi motivada pelo destaque à participação direta da mulher nos cuidados da saúde da família, principalmente da criança, e à sua importância enquanto interlocutora dos serviços de saúde e articuladora das ações voltadas à promoção da saúde (GUTIERREZ; MINAYO, 2009).

A seleção das participantes baseou-se nos seguintes critérios: a) Ser mãe soropositiva para o HIV+ e cuidadora de pelo menos uma criança nascida exposta ao vírus; b) Possuir filho nascido exposto ao vírus com idade entre zero e cinco anos; c) Consentir em participar voluntariamente do estudo e em receber visitas domiciliares. Os critérios de exclusão foram: a) Ser mãe adolescente (justificado por questões éticas); e b) Possuir deficiência física ou cognitiva que impossibilite o manuseio da máquina fotográfica, já que as próprias participantes efetuariam o registro fotográfico.

Para corroborar o número de participante citam-se estudos que utilizam o recurso da fotografia junto a diversos grupos de indivíduos nos quais o número de participantes foi igual ou inferior ao desta pesquisa (MELLEIRO; GUALDA, 2005; MAURENTE; TITTONI, 2007; ROSSARI; MOTTA, 2009). Ademais, verificou-se que o recorte empírico foi suficiente para a saturação dos dados, ou seja, a repetitividade das informações colhidas.

3.2.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados diferentes instrumentos e equipamentos para a coleta de dados, a citar:

3.2.4.1 Câmera fotográfica descartável

Foi disponibilizada uma câmera fotográfica do modelo Fuji Quicksnap Super800/27 poses para cada participante do estudo. A opção pelo dispositivo de *flash* se deve à atenção de não se perder fotografias em ambientes escuros. Foi solicitado às participantes da pesquisa o registro fotográfico de situações do ambiente domiciliar ou peridomiciliar que, na opinião delas, representassem risco para a saúde da criança. Posteriormente, foi agendada nova visita para recebimento da câmera fotográfica e após a revelação das fotos retornou-se ao domicílio para dialogar com as mães sobre o significado das situações registradas.



Figura 1 – Câmera fotográfica descartável Fuji Quicksnap Super800

3.2.4.2 Formulários para captação de informações em saúde

Foram utilizados dois formulários. O primeiro captou variáveis relativas à caracterização sociodemográfica, econômica e de saúde da família, da mãe e da criança. No ambiente domiciliar observou-se o acesso a redes públicas de água e de esgoto, o destino do lixo e o tratamento da água para consumo, o acesso à rede elétrica, o tipo de material empregado nas construções das paredes das casas, a presença de janelas, o tipo de revestimento do solo (piso), a presença de banheiro, vaso sanitário e chuveiro, a higiene do domicílio, o número de cômodos, o número de pessoas que coabitam na residência. Ademais, foi incluída como variável a presença de familiar fumante, por se relacionar à qualidade do ar intradomiciliar (APÊNDICE A). Ainda relacionado ao domicílio, observaram-se aspectos voltados para as condições sanitárias dos domicílios, os quais são propostos na teoria ambientalista de Florence Nightingale, conforme Quadro a seguir:

Quadro 1 – Elementos da Teoria Ambientalista e equipamentos urbanos básicos.

Elementos da Teoria	Equipamentos urbanos básicos
Ar puro	Número de janelas, ocorrência de familiar fumante, fossa exaladora de odor intradomiciliar, poluição ambiental (odor/fumaça).
Água pura	Acesso à água: abastecimento da rede pública; tratamento e armazenamento da água para consumo humano.
Rede de esgoto eficiente	Acesso à rede de esgoto, lançamento de esgoto a céu aberto.
Limpeza do domicílio	Higiene domiciliar, acesso à coleta de lixo, presença de água acumulada em área de serviço, acúmulo de lixo.
Iluminação	Acesso à rede elétrica, presença de janelas que conferem claridade.

O segundo formulário foi utilizado na entrevista aberta com as mães para a contextualização das fotos e a construção da narrativa (APÊNDICE B).

3.2.4.3 Máquina fotográfica digital

Foi utilizada a fotografia para caracterizar, sob o ponto de vista delas, o ambiente domiciliar e peridomiciliar, bem como para identificar condições do domicílio (tratamento da água, saneamento, higiene), que em sua visão representassem risco para a saúde da criança. Para garantir a tomada adequada das fotografias a pesquisadora realizou um curso de fotografia com carga horária de 60 horas/aula durante os meses de março, abril e maio de 2011, oferecido pela Casa Amarela Eusélio Oliveira, no qual apreendeu noções básicas sobre o registro fotográfico, bem como a sua análise (ANEXO A). Para o registro fotográfico foi utilizada câmera digital Sony Cyber Shot DSC W350 14.1 megapixels, por possuir resolução e recursos compatíveis para os registros das fotografias do estudo.



Figura 2 – Câmera fotográfica digital Sony Cyber Shot DSC W350 14.1 megapixels.

3.2.4.3 Diário de Campo

Foi utilizado para registrar os relatos associados à captação, tais como o número de recusas e motivos; os endereços e telefones para contatar as participantes da pesquisa e

agendar as visitas domiciliares, além do registro da sua percepção sobre o ambiente domiciliar e peridomiciliar da família.

3.2.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi realizada a validação dos instrumentos mediante estudo piloto com quatro mães portadoras do HIV entre os meses de setembro e outubro de 2010. O intuito foi verificar a coerência dos objetivos do estudo e o caminho metodológico proposto; identificar precocemente possíveis dificuldades de manipulação das câmeras digitais, bem como problemas com a revelação das fotografias; e, por fim, viabilizar a aproximação com o referencial metodológico e o objeto do estudo. Como afirma Morin e colaboradores (2003), “o método não precede a experiência, o método emerge durante a experiência e se apresenta ao final, talvez para uma nova viagem.”

3.2.5.1 Primeira Etapa

Nesta ocasião foram explicados os objetivos e finalidades da pesquisa e houve esclarecimentos sobre o uso da fotografia e a necessidade de visita ao domicílio. Mediante aceitação em participar do estudo foi registrado o endereço/telefone da mãe e realizado agendamento da visita ao domicílio.

3.2.5.2 Segunda Etapa

No domicílio, logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), foi realizado o preenchimento do Formulário 1 (APÊNDICE A). Após o preenchimento foram registradas fotografias do ambiente domiciliar e peridomiciliar, com cuidado especial para preservar o sigilo das participantes. Para a impressão dessas fotos o pesquisador utilizou equipamento (impressora) e outros recursos próprios, como o papel fotográfico.

Nessa etapa foi entregue à participante da pesquisa a câmera descartável com as devidas orientações quanto ao seu manuseio e cuidado para não fotografar pessoas. A seguir, cada mãe foi instruída a produzir imagens que, em sua opinião, se relacionassem a situações de risco para a saúde da criança associadas ao seu ambiente domiciliar e peridomiciliar. Foi dado o prazo de uma semana para que a participante realizasse o registro fotográfico.

3.2.5.3 Terceira etapa

Após uma semana foi realizada a segunda visita domiciliar para recebimento da máquina fotográfica descartável. A segmentação do tempo de uma semana decorreu da preocupação com o extravio da câmera e por se considerar tempo suficiente para o registro fotográfico. A revelação das fotos foi realizada em estúdio fotográfico apropriado. Por intermédio dessa visita foi informado às mães que dentro de alguns dias seria agendada a terceira visita domiciliar para a discussão das fotos, em dia e horário convenientes para as

mesmas. No intervalo entre a revelação e a discussão das fotografias a pesquisadora fez uma pré-análise e elencou as fotografias que seriam discutidas com as mães.

3.2.5.4 Quarta etapa

Nesta etapa ocorreu a terceira visita domiciliar, destinada ao esclarecimento do significado de cada fotografia. Para tanto, foi realizada uma entrevista aberta com o intuito de promover a contextualização de cada foto e viabilizar a constituição de uma narrativa sobre as situações retratadas, buscando-se investigar o motivo do registro fotográfico, a relação da situação com a saúde da criança, os sentimentos vivenciados durante o registro da imagem, entre outras questões (APÊNDICE B). Buscou-se fazer com que a mãe ficasse o mais livre possível para falar sobre as imagens, só intervindo-se para pontuar questões no sentido de esclarecimento. As verbalizações e as fotografias foram gravadas com o uso de uma câmera filmadora móvel portátil. Cada entrevista teve duração média de oito minutos, sendo discutidas entre duas e dez fotos (número variável de acordo com os registros fotográficos das mães). Algumas fotografias foram reproduzidas nesta pesquisa, entretanto todas as originais reveladas foram entregues às mães.

3.2.6 ANÁLISE DOS DADOS

As fotografias e os discursos dos participantes do estudo foram analisados conforme os passos metodológicos relativos à fotovoz, validados por Oliffe et al (2008), descritos a seguir:

3.2.6.1 Análise prévia

Consiste no processo de visualização de cada foto aliada ao depoimento produzido pelos participantes, de modo a valorizar suas perspectivas e percepções. Assim, as narrativas proporcionaram a aproximação ao contexto relativo à imagem e mediaram a clarificação do conteúdo da fotografia, a partir de uma conexão entre as falas e os registros fotográficos. Em suma, a análise prévia consiste na primeira visualização e interpretação das imagens registradas pelas mães em comparação à percepção dos pesquisadores.

3.2.6.2 Revisão

Nesta fase foram feitas interpretações das fotografias a partir da percepção da pesquisadora. Assim, foram visualizadas atentamente cada foto aliada ao depoimento, com o

intuito de captar inconsistências entre o que foi fotografado e narrado. Houve registro das situações em comum captadas pelas participantes.

3.2.6.3 Comparação

Nesta fase todas as fotografias aliadas às respectivas falas das participantes foram reunidas, interpretadas, comparadas e categorizadas. Emergiram as seguintes categorias: a) Vulnerabilidades associadas à estrutura física da moradia; b) Ar intra e peridomiciliar impuro; c) Água utilizada para consumo; d) Rede de esgoto e saneamento; e) Iluminação e Ventilação da residência; f) Limpeza do domicílio; g) Riscos associados ao ambiente peridomiciliar.

3.2.6.4 Teorização

Consistiu na análise propriamente dita das fotografias e das narrativas, à luz da teoria ambientalista de Florence e da literatura pertinente a habitação saudável.

3.2.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo 136/10 (ANEXO B), e seguiu os princípios éticos contidos na

Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Para a preservação do sigilo as mães foram identificadas no estudo pela letra “E” de entrevistada, seguida de algarismo arábico de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

A participação do estudo foi efetivada mediante a concordância da mãe HIV+ em participar da investigação e, principalmente, mediante aceitação em receber o pesquisador em seu ambiente domiciliar. A anuência para a participação do estudo foi efetivada pela assinatura do TCLE. As fotografias não foram utilizadas para prejudicar a imagem materna, da família ou da criança, tampouco evocar comentários equivocados sobre tal ambiente. Foram investigados ambientes com reduzidos recursos financeiros, já que essa população assistida no serviço advém de camada social baixa. Contando com a possibilidade de haver imagens de pessoas nas fotos foram preservadas suas identificações mediante o uso de tecnologia digital. Esse recurso foi utilizado antes da impressão das fotografias para a divulgação dos resultados obtidos. Os participantes tiveram acesso às imagens originais no momento da entrevista. Além disso, todas as imagens reveladas e não utilizadas na pesquisa foram devolvidas ao final do estudo.

A maior parte das mães recebeu com naturalidade a proposta da pesquisa. Isto se deveu, principalmente, à explicação sobre a proposta da pesquisa, a qual envolveria visita domiciliar e uso da fotografia, deixando claro que não haveria exposição da imagem da criança em nenhum momento. Além disso, o pesquisador poderia ser auxílio, fonte para diálogo, escuta e compreensão de questões associadas à doença e a elas songadas em consequência do sigilo e do preconceito evidenciados pelas pessoas que fazem parte do seu entorno social. A possibilidade de receber um profissional de saúde em sua residência também foi considerada favorável, uma vez que as orientações disponibilizadas poderiam trazer benefícios para a saúde de seu filho.

As participantes da pesquisa preencheram um Termo de Autorização e Cessão do Direito do Uso da Imagem (APÊNDICE D), de maneira a seguir os pressupostos legais assegurados pela lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata da legislação associada aos direitos autorais das imagens.

4 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão organizados em três seções. Na primeira consta a caracterização sociodemográfica das participantes do estudo e a caracterização do domicílio. A segunda seção é composta pela exposição das fotografias registradas pelas mães aliadas às narrativas, de acordo com os elementos para a moradia saudável indicados na teoria ambientalista.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA HABITAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram dez mães biológicas portadoras de HIV/Aids e cuidadoras de crianças nascidas expostas ao vírus. Na presente investigação contabilizaram-se, aproximadamente, oito recusas. Foram excluídas, ao longo do estudo, duas participantes em decorrência da mudança do local de domicílio. No Quadro 1 consta a caracterização sociodemográfica e econômica da mãe, da criança e da família.

QUADRO 2 – Caracterização das participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2011.

Domicílio	Mãe		Criança		Família		
	Idade	Escolaridade (em anos)	Idade (em meses)	Auxílio Governo*	Nº de membros	Renda <i>per</i> <i>capita</i>	Classe econômica
1	29	9	18	sim	4	175,00	C
2	20	14	6	não	4	100,00	C
3	21	8	5	sim	3	50,00	D
4	18	11	4	não	5	156,00	D
5	23	13	10	sim	6	136,00	C
6	25	11	17	não	3	100,00	D
7	34	11	18	sim	4	33,00	C
8	23	14	35	sim	4	160,00	D
9	28	14	8	sim	10	69,00	C
10	30	8	18	sim	4	270,00	C

Fonte: Formulário semiestruturado de identificação preenchido pelo pesquisador na primeira visita domiciliar.

*O auxílio se refere ao Bolsa Família.

O Quadro 1 evidencia que as mães eram jovens com idade situada entre 18 e 34 anos. Neste estudo, entre as mães prevaleceu a profissão do lar, demonstrando que maior parte delas exercia dedicação integral aos cuidados com a criança e com o ambiente domiciliar. A escolaridade das participantes variou de 8 a 14 anos. Quanto à idade da criança, a mais nova possuía três meses e a mais velha, trinta e cinco meses. O auxílio do governo (Bolsa Família) era recebido por sete participantes. O número de membros da família residentes no domicílio variou de 3 a 10 pessoas. A renda *per capita* variou de 33,00 a 270,00 reais. As classes econômicas identificadas foram C e D, de acordo com o Critério Brasil de Classificação Socioeconômica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2011).

Metade dos domicílios era casa própria, entretanto três domicílios eram cedidos por familiares ou amigos e dois alugados. A moradia conjunta e improvisada foi observada

em dois domicílios. Com exceção de um domicílio, observou-se recebimento e acesso à água do sistema público, com pelo menos uma torneira na cozinha. Havia canalização interna da água entre a área de serviço e a cozinha, por isso estes dois cômodos se localizavam próximos um ao outro. Quatro domicílios possuíam área de serviço, apesar de a luz natural e a ventilação serem mínimas. Predominou o número reduzido de janelas em virtude de as paredes dos domicílios serem contíguas a outras habitações.

Todos os domicílios possuíam acesso a água potável, energia elétrica e coleta pública de lixo. Os telhados eram de cerâmica sem forro. Todos os domicílios possuíam piso de cimento. Dois domicílios situavam-se próximos a fábricas (fogos, beneficiamento de castanha) e recebiam fumaça. Em três domicílios havia familiar fumante.

4.2 NARRATIVA DAS MÃES SOBRE AS VULNERABILIDADES HABITACIONAIS

4.2.1 Vulnerabilidades associadas à estrutura física da moradia

Ficou clara, mediante a análise das imagens aliadas à narrativa das mães, a insatisfação com relação às condições da habitação. A vontade de mudar de domicílio ou mesmo reformá-lo esteve presente na maioria das falas. As privações socioeconômicas fazem com que esse ambiente esteja longe da tão sonhada morada bonita, aconchegante e saudável para os seus filhos. Mesmo diante da insatisfação das participantes em relação ao espaço onde vivem, percebe-se a vontade de viver em um ambiente mais saudável para a criança, que

possua boa aparência, seja uma casa rebocada, com paredes pintadas e condições mínimas favoráveis para a saúde do filho. Como afirmado, condições inadequadas do domicílio podem propiciar o acúmulo de bactérias e veiculação de doenças. O depoimento a seguir confirma esta afirmação:

“Aqui eu acho que não é adequado para ele, porque há muitos buracos, o piso está afundando, a parede está infiltrada... Eu acho que precisaria de um ambiente mais limpo, um pouco mais bonitinho, cuidadinho e aconchegante... Acho que o ambiente assim pode trazer mais bactérias e doenças...” (E8).

Dentre as principais fontes de risco de agravos à saúde para as crianças, identificaram-se as paredes sem reboco, as quais contribuem para a acomodação de insetos e roedores. Como as privações socioeconômicas constituem-se, na maioria das vezes, em barreiras para a aquisição ou reforma na morada já existente, a alternativa encontrada é usar a criatividade mediante adaptação das condições domiciliares. Evidencia-se o revestimento da parede não rebocada com tecido e o uso de lençóis para delimitar os cômodos. Isto é confirmado no depoimento a seguir:

“Podia melhorar porque não é rebocada a parede, pode trazer barata, ratos, escorpião. Poderia ter um reboco ali atrás do berço... como não tem eu coloco um pano para proteger.”(E2).

Em contrapartida, a presença de reboco nas paredes não exime a criança de risco. Na opinião das mães, o mofo e as infiltrações nas paredes podem representar risco de alergia e infecções respiratórias, a exemplo de bronquite, gripe e asma. Percebeu-se, ainda, a tentativa da mãe de atenuar esse risco mediante o reforço de limpeza das paredes que apresentam mofo.

“Essas paredes do banheiro, além da aparência, guardam alguma coisa por trás... joguei um balde de água com um litro de água sanitária e passei nas paredes... lavei tudo com um escovão porque estavam feias e sujas. Eu creio que estas paredes prejudicam a saúde dele, porque tem um cheiro de mofo e ele tem alergia...”(E1).

Ainda em relação ao risco representado pela presença de mofo nas paredes e pela umidade do domicílio, a fala a seguir relaciona o aumento da vulnerabilidade a infecções respiratórias.

“Aqui é o quarto onde ele dorme. Quando chove fica molhando, fica úmido e surge o mofo, que pode causar bronquite ou asma. O quarto escuro, sem janela, eu acho que tem algum problema para ele, causa gripe.”(E4).

O risco de desabamento do domicílio em decorrência da estrutura antiga, da presença de rachaduras e da ausência de manutenção, foi um fato de destaque nos registros fotográficos e nas narrativas. As participantes revelaram o medo de desabamento da casa, principalmente durante o inverno.

“Aqui eu mostro as paredes que estão se rachando porque a casa é antiga. Quando chove a gente nem dorme direito, porque a estrutura da casa está deteriorada e a gente tem medo dela desabar. A gente evita de ir ao banheiro, onde tem uma rachadura grande e para o quarto, porque ficamos com medo de cair. Também acumula rato, caranguejeira e barata nestas rachaduras.” (E5).

“Eu acho que tudo é inadequado para a saúde dele, a casa, a frente da casa, as coisas, tudo... Eu queria mudar tudo, principalmente as paredes (infiltradas e com rachaduras) e o telhado. Semana passada deu uma ventania aqui assim que eu tirei o lençol da cama, a cama ficou da cor do chão, muito cisco. Essa casa aqui é antiga demais. Quando chove eu morro de medo de ela cair (a madeira que sustenta as telhas são frágeis e estão envergadas).” (E3).

A área de serviço e o banheiro foram os principais cômodos do domicílio que traziam, na visão das mães, risco para as crianças. Como revelado, na maior parte dos domicílios o banheiro se encontrava próximo à cozinha, e a encanação da pia escoava para a área de serviço, ocasionando acúmulo de água e umidade nesse local. Observou-se como agravante o acúmulo de lixo e objetos subutilizados na área de serviço. Esses riscos eram aumentados porque, por ser a área livre do domicílio, as crianças desejavam brincar naquele

local. A água acumulada, na ótica das mães, favorecia a proliferação de insetos, como o mosquito *aedes aegypti*, causador da dengue.

“A estrutura do banheiro é inadequada porque traz rato e barata, pois não é revestido com azulejo. Ainda não tive tempo de colocar azulejo. No quintal não tem piso e tem que fazer o telhado.”(E10).

“Aqui o quintal estava se abrindo, tava mais fundo aqui nesta região, porque antigamente aqui tinha uma cacimba... a água vai para o quintal e fica se acumulando lá, é perigoso para ele por causa do mosquito da dengue.” (E5).

4.2.2 Ar intra e peridomiciliar impuro

Para essas situações considerou-se o informado pelas mães. Não foi examinada a qualidade do ar com instrumentos mensuráveis. Houve depoimentos que trataram da influência da qualidade do ar para a ocorrência de agravos à saúde da criança. Como revelado, o odor exalado pela fossa séptica foi uma das condições referidas, por gerar desconforto respiratório para a criança e consistir em suscetibilidade a doenças. O local onde estava localizada a fossa séptica era a área de serviço. A qualidade do ar no peridomicílio não foi referido pelas mães, embora existissem fábricas que exalavam fumaça. O fato de haver pelo menos um familiar fumante não foi considerado como risco, pois segundo afirmaram as participantes, os mesmos não fumavam próximos à criança.

“Desse jeito (se referindo ao quintal escuro e sem revestimento de piso) eu creio que tem muito germe, bactérias, essas coisas. É úmido e já tem a fossa também... Era para ser pelo menos um piso morto. Creio eu que transmite alguma doença para ele, porque como a fossa

não tem o suspiro, de vez em quando sai o mau cheiro, creio que não é bom para a saúde dele.”(E1).

Um das estratégias utilizadas pelas mães para minimizar a exposição da criança ao odor exalado pela fossa séptica era limitar a sua ida ao quintal, como mostra o depoimento a seguir.

“O quintal, que é uma coisa que é bom para a criança brincar, mas o daqui não é bom para ele, pois de vez em quando a fossa elimina um odor...Ele gosta de brincar no quintal, mas eu não deixo por causa desse odor...”(E8).

4.2.3 Água utilizada para consumo

Como já mencionado, apenas um dos domicílios não possuía abastecimento público de água, obtendo-a de um poço profundo. No entanto o acesso à água não foi registrado nas fotografias aliadas às narrativas. Na maioria dos domicílios predominou o uso da água mineral para o consumo das crianças. Este fator foi considerado como benéfico para a saúde, tendo em vista a prevenção de verminoses e episódios de diarreia.

Frente aos reduzidos recursos econômicos as cuidadoras revelaram reservar as economias para a compra da água mineral para a criança. Muitas contavam com a ajuda financeira de familiares e vizinhos. Como evidenciado, as cuidadoras colocavam a saúde de seu filho em primeiro lugar. Mesmo que outros familiares ingerissem água sem tratamento nunca faltava água mineral para a criança.

“Ele bebe água mineral, a gente bebe água normal (sem tratamento) mesmo.”(E8).

Nos domicílios em que havia uso de água mineral foi identificada a utilização do suporte para garrafão. Nenhuma das mães mencionou ter cuidados especiais com a limpeza desse suporte antes de acoplar o garrafão. Apenas uma das cuidadoras referiu proteger o suporte com saco plástico para evitar a exposição da água à poeira.

“Ele (pai da criança) botou um saco cobrindo o garrafão de água para proteger da poeira”. (E2).

Em um dos domicílios a fervura foi relatada como método de tratamento. Nesse domicílio a água provinha de um poço profundo, mas mesmo assim foi evidenciada a preocupação dos pais em oferecer água de boa procedência para a criança.

“A água da cacimba me incomoda, é terrível, tem cobra e sapo lá dentro, quase que agente morria com crise de verme. Ele não toma a água de lá porque meu marido traz água do trabalho dele, eu ferve a água.”(E6).

4.2.4 Rede de esgoto e saneamento

O esgoto a céu aberto no peridomicílio foi um dos fatores mencionados como prejudiciais à saúde da criança, pois na opinião das mães contribui para a proliferação das larvas do *aedes aegypti* e de pernilongos, além da acomodação de insetos e roedores. Nessa categoria não foram encontradas inconsistências entre o revelado pelas mães e o observado pela pesquisadora. Os depoimentos aliados às narrativas confirmam este achado:

“Aqui eu mostro no lado de fora a água parada por causa dos vizinhos, dos dois lados da rua, aqui não tem saneamento básico.”(E4).

“Aqui não tem esgoto, exala aquele odor, tem lixo, mosquito. Aqui não tem saneamento, a água vai direto para a rua.”(E6).

Uma das participantes informou que o esgoto a céu aberto é, muitas vezes, provocado pela falta de ligação da caixa de visita ou de calçada do morador com a rede coletora geral.

“Aqui em frente tem um lamaçal, tem SANEAR (saneamento básico local) aqui em casa, mas o esgoto vem para cá porque os vizinhos não terminam os ralos da CAGECE (empresa de abastecimento de água do domicílio). Isso pode trazer dengue e muriçocas. Já apareceu até cobra aqui.” (E10).

4.2.5 Iluminação e Ventilação da residência

Observou-se que o número reduzido de janelas e com orientação voltada para o sol foi um fator que, na visão das mães, repercute sobre o conforto térmico da criança provocando o superaquecimento. Durante o dia as janelas ficam fechadas para impedir que os raios solares adentrem no domicílio. E isso ocasiona, segundo as participantes, aumento da temperatura intradomiciliar, causando desconforto térmico, além de comprometer a iluminação natural. Foi relatado o uso de ventiladores para amenizar esse desconforto.

“A janela fica fechada durante o dia, só de vez em quando que eu abro uma parte da janela para pegar mais um vento. Aqui em casa eu acho muito quente, a gente passa o dia e a noite com o ventilador ligado. Aqui é muito quente para ela. Aqui em cima no telhado ele (pai da criança) colocou um plástico porque tem goteira demais.”(E2).

“Eu acho quente na frente da casa. Lá na frente quando está no sol, tenho que ir lá para o outro lado da rua... Aqui é quente que dói na pele.”(E1).

“Aqui eu quis retratar o quarto. É fechado, abafado e escuro. Se tivesse uma janela era melhor... como não tem janela, é mais abafado. Se tivesse uma janela o quarto era melhor, né!”(E7).

Este depoimento demonstra que a janela permanece fechada a maior parte do dia em decorrência da entrada de raios solares, reduzindo a ventilação intradomiciliar e tornando o ambiente quente.

A janela fica perto do berço dela, dá muito sol para o berço dela, ela não pode ficar ali... Aqui é muito quente, não tem ventilação quase nenhuma. A gente tem que colocar um pano no portão para não fazer muito calor para ela. (E9).

O ambiente domiciliar escuro, úmido, com insatisfatória ventilação e iluminação naturais se desvela para as mães como fonte de infecções respiratórias.

“Aqui é muito abafado por causa dessa parede do quintal da vizinha dos fundos. A ventilação poderia ser melhor, mas dá pra dormir sem ventilador. Isto pode trazer doença para o pulmão dele. Ele pega muita falta de ar, eu dou lambedor.” (E10).

4.2.6 Limpeza do domicílio

Concernente à higiene do domicílio, foi revelada em alguns domicílios a precária higiene, manifestada pelo odor e pela poeira. A observação do ambiente mostrou que na maioria dos domicílios não havia nenhum produto de limpeza.

Com relação a este achado, as mães revelaram que o piso sem cerâmica e o telhado sem forro favorecem o acúmulo de sujidades e de poeira, além de deixar o ambiente com aspecto de “má aparência”, ocasionando prurido, alergias e infecções virais nas crianças. As figuras e comentários a seguir ilustram esta afirmação:

“Acaba deixando a casa suja. Eu acho o piso muito imundo, sujo... A gente limpa e não fica limpo. Acho que isto pode causar coceira nele.”(E3).

“Essa aqui é a poeira no chão, a gente quando vai varrer tem que jogar água porque se não sobe a maior poeira. Quanto à poeira, a gente joga sempre água no chão. Não dá para passar o pano no chão, agente respinga a água quando vai varrer e tira ela de perto.”(E9).

Mesmo diante da dificuldade de manter o ambiente limpo algumas mães verbalizaram o reforço à limpeza do domicílio mediante o uso de produtos químicos, como a água sanitária.

“O ambiente aqui é sujo demais, muita areia, dá goteira no chão. Eu não gosto do piso, eu passo o pano e parece que fica é mais sujo. O chão eu lavo com água sanitária e ácido muriático.”(E6).

4.2.7 Riscos associados ao ambiente peridomiciliar

Apesar de não haver indicação do peridomicílio na teoria ambientalista, o tema foi incluso em face de o peridomicílio ser a extensão da casa devido ao reduzido espaço interno domiciliar. Além disso, no peridomicílio ocorrem a deposição e o escoamento de esgoto, revelando a ausência de saneamento básico, tema que será tratado de forma mais específica na categoria rede de esgoto e saneamento. No entanto, no decorrer da investigação emergiram falas peculiares. A maior parte das mães revelou satisfação com o peridomicílio. Os depoimentos a seguir mostram fatores ambientais positivos e negativos acerca do ambiente peridomiciliar.

“Na rua não tem nada que me incomode não, está tudo bem para mim, porque ele pode brincar na calçada, ele gosta de brincar só na calçada, ele não é de ir para a pista não (referindo-se ao asfalto da rua). Aqui nunca teve esse negócio de dengue. A coleta de lixo é normal, na terça, quinta e sexta-feiras o caminhão do lixo passa...”(E8).

“Os vizinhos aqui só jogam lixo na rua no dia que o carro passa.” (E9).

A única fonte de risco e desconforto destacada foi o despejo do lixo em calçadas, vias públicas ou terrenos baldios pelos moradores, condição que contribui sobremaneira para a reprodução de insetos e roedores que podem adentrar no domicílio.

“Aqui na rua não tem nada que me incomoda, só um homem que mora ali, que coloca a comida podre no meio da rua.”(E2).

“Só é ruim por causa desse mato aí, eu tenho medo de aranha, já subiu aranha já, aí eu tenho medo. Com certeza esse mato é cheio de lixo...tem chovido muito e eu não sei como estão as condições daí.”(E7).

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

Como constatado, o perfil das participantes do estudo foi representado por mulheres jovens, com idade variável entre 18 e 34 anos, em sua maioria cuidadoras primárias das crianças e atuando como profissionais do lar. Segundo dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, a maioria das mulheres infectadas pelo vírus encontra-se em idade fértil. Nas últimas décadas tem ocorrido o crescimento de mulheres jovens infectadas com idade entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2010a).

Como possíveis justificativas para esse fenômeno são apontados fatores de ordem biológica, cultural e socioeconômica, a exemplo da iniciação sexual precoce entre mulheres jovens, das diferenças de gênero e socioeconômicas, da violência contra a mulher, da prostituição feminina e dos preconceitos de todos os tipos (VASCONCELOS; GALVÃO, 2004).

Ainda com relação à caracterização materna, no decorrer da pesquisa foi evidenciado bom nível educacional por parte das participantes. Como revelado por estudiosos, mães com grau de escolaridade mais elevado se preocupam mais com os cuidados básicos prestados à criança, com os estímulos direcionados a esta, além de possuírem maior atenção voltada para a manutenção do ambiente domiciliar (KOBARG; VIEIRA; 2008).

O cuidado do lar foi revelado como principal ocupação das participantes, tanto em decorrência da responsabilidade de cuidar do filho pequeno e da família quanto pelo fato de a

doença restringir as possibilidades de emprego. Contudo, algumas participantes referiram desenvolver atividades sem vínculo empregatício esporadicamente, permanecendo a criança, nestes casos, sob os cuidados das avós, dos irmãos ou dos pais.

O fato de as mães serem as cuidadoras primárias de seus filhos vai ao encontro de pesquisas realizadas na área e pode significar também um reflexo do acesso à terapia antirretroviral e a melhoria na qualidade de vida das mães, condições que diminuem os índices de orfandade em decorrência da Aids (PINHEIRO, 2002). Representa, também, um achado importante em relação à classificação do ambiente domiciliar como saudável. Em tese, se a maioria das mães permanece a maior parte do dia no domicílio, pressupõe-se cuidado mais minucioso com questões relativas à higiene e à manutenção da moradia. No entanto, esta pesquisa mostra que nem sempre essa relação ocorre. Como exemplo, observou-se uma mãe que apesar de ser do lar, demonstrou cuidados restritos com a organização e a higiene do domicílio.

Pesquisa realizada junto a 45 crianças com HIV/Aids em uma unidade ambulatorial pública no Rio de Janeiro demonstrou resultados semelhantes ao deste estudo em relação ao perfil das mães e à renda familiar. De acordo com o revelado, 50% das cuidadoras eram as próprias mães, seguidas dos pais, tios avós e irmãos. A profissão do lar foi representada por 31% dos entrevistados. Ainda neste estudo, a renda familiar das famílias situou-se como abaixo de um salário mínimo em 20% dos casos e entre um e três salários mínimos em 9% das famílias, indicando a pauperização associada ao HIV (GOMES, CABRAL, SCHILKOWSKY, 2004).

Estudo realizado por Machado et al (2010) junto a 63 mães cuidadoras de crianças de 0 a 2 anos nascidas expostas ao HIV, constatou que a idade média materna foi de 26 anos, e a renda familiar média de 446,32 reais. No concernente ao trabalho, a maioria era dona de casa, enquanto 27,9% trabalhavam fora do ambiente doméstico, em emprego fixo. Segundo

observado, 16,2% das mães não eram escolarizadas e a metade tinha apenas o equivalente ao ensino fundamental. Além disso, 51,5% delas não contavam com qualquer auxílio social. A disparidade em relação à pesquisa ora apresentada ocorre apenas quanto à procedência das mães, que no referido estudo eram provenientes do interior do Estado.

A maioria das famílias situa-se nas classes econômicas C e D, com renda média *per capita* de R\$ 125,00. Isto confirma uma das principais facetas da epidemia, a pauperização. Muitas famílias com HIV sobrevivem com reduzidos recursos e têm ônus financeiro agravado em decorrência de questões relativas ao HIV, como necessidade de deslocamento ao serviço de saúde para acompanhamento da criança, gastos com alimentação, higiene e tratamento da doença (UNAIDS, 2010). Esta condição implica suscetibilidades à morbimortalidade para a criança e para a sua família, associada a habitações precárias, além de limitados recursos para alimentação, educação, lazer e saúde (PEDROSO; MOTA, 2010).

Em relação à idade das crianças, a literatura mostra que a exposição de crianças a riscos ambientais presentes no ar, no solo e nos alimentos pode variar de acordo com a faixa etária e o estágio de desenvolvimento. Conforme revelado, crianças com idade abaixo de seis meses são mais vulneráveis a agentes químicos e biológicos presentes no ambiente em decorrência de particularidades fisiológicas, a exemplo da necessidade de maior ingestão de água e alimentos, além de respirarem maior quantidade de ar por unidade de peso corporal, quando comparadas aos adultos. Ademais, hábitos próprios da idade, como levar a mão constantemente à boca contribuem para a maior exposição. Nas crianças maiores, observa-se também o hábito de brincar próximo ao solo e à areia, o que pode propiciar a ocorrência de verminoses (LANDRIGAN et al, 2004).

Com relação ao recebimento de auxílio social, apenas três famílias não recebiam o recurso do programa Bolsa Família. Isto pode ir ao encontro da expansão do Programa, que se caracteriza pela transferência condicionada de renda como uma estratégia viável para a

superação da situação de pobreza e desigualdade social por parte de famílias em vulnerabilidade econômica (SUPLICY, 2007). Foi perceptível, neste estudo, a importância que as mães atribuíram ao valor monetário recebido, o qual muitas vezes consiste na principal fonte de renda da família. Em contrapartida, duas mães que referiram não ter acesso ao benefício demonstraram indignação, pois mesmo tendo realizado o cadastro único há muito tempo até então não tinham obtido resposta.

Outra pesquisa realizada em Porto Alegre junto a crianças nascidas expostas ao vírus em acompanhamento ambulatorial revelou que em relação às condições socioeconômicas a maioria tinha acesso ao abastecimento público de água (94,2%), esgoto (86,5%), energia elétrica (99,4%) e fogão (99,4%). Acerca do principal cuidador, houve prevalência da mãe no desempenho deste papel, sendo a maioria do lar (63,5%). Quanto à renda familiar, prevaleceu a quantia menor, que um salário mínimo, com 51,6% (PAIM; SOUZA, 2010).

Estudo realizado em Curitiba para investigar o perfil de crianças nascidas expostas ao HIV acompanhadas em uma unidade de saúde revelou que as mães residiam em bairros periféricos e possuíam baixa escolaridade, com faixa etária situada entre 14 e 30 anos (VERBURG; CHAVES, 2006).

Aspectos associados à caracterização da habitação serão discutidos no tópico seguinte.

5.2 NARRATIVA DAS MÃES SOBRE AS VULNERABILIDADES DOMICILIARES

No tocante aos **riscos associados à estrutura física da moradia**, as mães indicaram que o ambiente domiciliar é um determinante para a saúde da criança. Por isso deve ser limpo, bem cuidado, seguro e confortável para promover a manutenção da saúde do filho. Tal percepção é corroborada pela literatura (KRIEGER; HIGGINS, 2002). As mães manifestaram, ainda, insatisfação quanto à condição atual de moradia e aos reduzidos recursos financeiros para modificar as condições domiciliares de risco.

Segundo as mães, dentre os principais riscos associados ao ambiente domiciliar estão: alergias, infecções respiratórias, acidentes domésticos, asma, diarreia, verminose, dengue e outras doenças veiculadas por ratos e baratas. A maior parte das situações de risco indicadas pelas mães é confirmada pela literatura (BRASIL, 2006b), demonstrando a riqueza do saber popular e do conhecimento de vida das mães.

Os profissionais da saúde devem, sobretudo, valorizar o conhecimento popular e de vida das mães na implementação de orientações dialógicas associadas ao cenário domiciliar. A necessidade suscita a criatividade e eclodem, nesse contexto, cuidados que podem ser indicados em domicílios que possuem estruturas e problemas semelhantes (ALVIM; FERREIRA, 2007).

O cuidado ambiental não é estático e o ambiente domiciliar é passível de mudanças. Não é necessário a família mudar de domicílio para viver em uma habitação saudável. Muitas vezes a reacomodação no ambiente e o estabelecimento de cuidados e orientações simples fazem a diferença para o conforto habitacional como um todo, além de minimizar riscos para a saúde da criança (KRIEGER; HIGGINS, 2002). Ao formular sua

teoria, Florence Nightingale demonstrou que tanto o ambiente hospitalar quanto o domiciliar pode ser modificado para minimizar riscos à saúde dos indivíduos (NIGHTINGALE, 1989).

Em contrapartida, embora cientes das situações de risco para a criança, a maioria das mães revelou dificuldades no controle dessas condições. A justificativa para tal conduta se associou à falta de recursos financeiros e à precariedade da estrutura do domicílio. Alerta-se para a necessidade da educação em saúde junto às mães no sentido de levá-las a reconhecer que são corresponsáveis pelo cuidado do filho e do ambiente onde vivem. Por isso devem ser sensibilizadas e encorajadas à mudança de atitudes em direção à habitação saudável (MOISÉS et al, 2010).

A literatura confirma a percepção das mães quando afirma que a qualidade da habitação é um importante componente para a saúde da criança. Desse modo, deve-se ter atenção especial às condições domiciliares enquanto determinantes de saúde. Habitações insalubres podem desencadear problemas como asma e afecções respiratórias, além de problemas comportamentais e acidentes (BREYSSE et al, 2004). De acordo com Florence, os agravos em saúde decorrentes do ambiente são proporcionais à insalubridade deste. Por isso o cuidado com a habitação deve ser priorizado (NIGHTINGALE, 1989).

Ainda como revelado, fatores socioeconômicos incluindo a renda familiar aliados à capacidade de obter uma habitação digna e adequada e de implementar a manutenção preventiva do imóvel são consideradas pré-requisitos importantes para uma habitação saudável (CHAUDHURI, 2004).

Sobre o item **Ar intra e peridomiciliar impuro**, observa-se que na teoria ambientalista a pureza do ar é mensurada pelo contato da residência com o ar proveniente da atmosfera exterior. Na época de Florence o ar atmosférico era considerado puro porque não havia a influência da industrialização e dos compostos tóxicos que hoje são comumente encontrados em decorrência da poluição, a exemplo do dióxido de carbono. A visão da

teorista é influenciada pela teoria miasmática, que considerava que a “essência” das doenças estava no ar. Dessa forma, este elemento da teoria merece adaptação às condições e conceitos atuais.

A qualidade do ar intra e peridomiciliar é sobremaneira importante no caso das crianças nascidas expostas ao HIV, uma vez que nesse público as patologias respiratórias (pneumonia e tuberculose) são mais frequentes, principalmente em decorrência da vulnerabilidade imunológica. Neste sentido, a imunização e a minimização de alérgenos e micro-organismos patológicos presentes no domicílio são importantes formas de prevenção dessas doenças (MARAIS et al, 2006).

Além da influência do ambiente, as infecções respiratórias em crianças expostas ao vírus também podem decorrer da transmissão intradomiciliar de doenças oriundas do contato íntimo com pacientes infectados não tratados, os pais. Por exemplo, no caso da tuberculose todos os indivíduos, incluindo crianças que convivem com o portador devem se submeter à profilaxia com a isoniazida (MARAIS et al, 2006).

A fumaça do cigarro no domicílio, importante alérgeno presente na pesquisa em tela, pode produzir uma grande quantidade de prejuízos para a saúde da criança, desencadeando episódios de infecção respiratória (rinite e tosse), asma na primeira infância, além de efeitos deletérios em longo prazo, a exemplo do câncer (PEREIRA et al, 2000; LANDRIGAN, 2004). Como estratégia de prevenção indica-se a interrupção do uso do cigarro por parte dos familiares ou orientá-lo a fumar fora de casa, longe do alcance da criança (BREYSSE, 2004).

Poluentes presentes no ar ambiente, como o monóxido de carbono, podem ocasionar sintomas que mimetizam a gripe comum: fadiga, dor de cabeça, náusea, vômitos, tonturas. Outros poluentes também ocasionam infecções respiratórias e podem ser apresentados na forma de partículas, gases, vapores, alérgenos e bolor (fungos). Ademais, o

mobiliário e os materiais de construção da casa podem emitir gases orgânicos e vapor que contêm o elemento tóxico formaldeído (LANDRIGAN, 2004). No presente estudo, a contaminação do ar foi agravada pela presença de fábricas geradoras de fumaça nas proximidades do domicílio.

Conforme indica estudo sobre determinantes habitacionais para a asma, a exposição crônica a múltiplos alérgenos presentes no domicílio, tais como mofo, poeira, umidade, ratos, animais domésticos e baratas pode desencadear crises asmáticas. Outros fatores intra e peridomiciliares também podem exacerbar a asma, a exemplo do tabagismo, da emissão de gás sulfídrico (esgoto) e ozônio (BREYSSE, 2004). No entanto, segundo informações das mães, nenhuma das crianças do presente estudo sofria de asma, apesar de haver casos de infecções respiratórias.

Outro risco associado à qualidade do ar intra e peridomiciliar encontrado nesta pesquisa foi a emissão de gás sulfídrico pela fossa séptica. A inalação desse gás pode ocasionar desconforto, além de trazer prejuízos para a saúde dos indivíduos em caso de exposição prolongada, pois é irritante, tóxico e inflamável, desencadeador de alterações do sistema nervoso, irritação da mucosa ocular, gastrointestinal (náuseas, vômitos) e das vias respiratórias (tosse, expectoração, broncoespasmos). Ademais, consiste em uma forma de poluição do ar e pode desencadear o estresse psicológico e alterar o humor das pessoas que o inalam, incluindo as crianças (ROBERTS; THOMAS; DORMAN, 2008).

Pesquisa mostra que o odor advindo do esgoto é reconhecido pela população como causador de desconforto e doenças (CURTIS, 1998). Isto remonta diretamente à teoria miasmática, que aborda a influência dos cheiros, vapores e humores enquanto causadores de doença (HELLER, 2006; NIGHTINGALE, 1989). Frente à impossibilidade de se evitar a exposição ao gás, deve-se orientar as mães a limitarem o contato mais próximo da criança com a fonte geradora.

A **limpeza do domicílio** é essencial para a redução da exposição a alérgenos presentes no domicílio. Deve-se orientar as mães a retirar objetos do quarto de dormir que acumulem poeira, evitar uso de tapetes no quarto onde a criança dorme, lavar as roupas de cama em água quente e secá-las ao sol e, por fim, limpar a casa com pano úmido ao invés de varrer. Esta última recomendação não é viável em domicílios que possuem piso cimentado, sendo indicado nestes casos a umidificação do piso com água antes que este seja varrido (BRASIL, 2004).

Animais com pelo devem ser removidos da casa ou pelo menos do quarto de dormir. Para reduzir a umidade as janelas precisam ser abertas à exposição do sol pelo menos uma hora por dia, além de reforçar a limpeza das áreas úmidas (BRASIL, 2004). O acúmulo de lixo dentro da residência deve ser desencorajado e os recipientes de lixo devem possuir tampas para evitar a proliferação de pragas (BRASIL, 2003a).

Essas intervenções podem ser aplicadas, na medida do possível, ao contexto das famílias investigadas, com o intuito de reforçar a limpeza do ambiente, além de promover a melhoria da iluminação e ventilação domiciliar. Ainda no tocante à limpeza domiciliar, deve-se orientar as mães a evitar produtos tóxicos, pois estes constituem risco para intoxicação exógena da criança.

Neste contexto, infere-se que o descuido e a negligência em relação ao cuidado com a limpeza do ambiente, observados em alguns domicílios, não são necessariamente

relativos às cuidadoras com restritas condições socioeconômicas. É possível, mediante o zelo, o cuidado e a ajuda de familiares, manter o ambiente domiciliar livre de sujidades, limpo e higienizado. Embora seja uma orientação um tanto delicada se implementar, enfermeiros devem indicar o reforço à limpeza do ambiente, como Florence ressaltou, com água, sabão, água sanitária e um pano úmido, diariamente ou pelo menos uma vez na semana (NIGHTINGALE, 1989).

Acerca da **água utilizada para o consumo**, a literatura afirma que o adequado manuseio e condicionamento são essenciais para a manutenção da saúde dos indivíduos em geral, especialmente os portadores do HIV. Isto porque a água é veículo de transmissão de agentes químicos e patógenos causadores de doenças como diarreias, cólera, dengue, febre amarela, tracoma, hepatites, conjuntivites, poliomielite, escabioses, leptospirose, febre tifoide, esquistossomose e malária (SIQUEIRA et al, 2010). A vigilância da qualidade da água é essencial para prevenir riscos à saúde humana. Afirma-se que 30% das doenças gastrointestinais podem ser evitadas com o consumo de água tratada (PAYMENT; FRANCO; SIEMIATYCKI, 1993; BRASIL, 2006b).

Florence Nightingale resalta em sua teoria que o uso de água contaminada incrementa os riscos de transmissão de “moléstias contagiosas”. Embora essas doenças não tenham sido denominadas na teoria ambientalista, pode-se inferir que se referiam a doenças infecciosas comuns na época, a exemplo da febre tifoide (NIGHTINGALE, 1989).

Nos domicílios investigados foi identificado predomínio do consumo de água mineral pela criança. Como afirma a literatura, a potabilidade da água não é garantida apenas pelo seu tratamento. É necessário observar as condições de reserva, distribuição e consumo (BRASIL, 2006). A água mineral envasada pode apresentar baixa qualidade e desencadear riscos de contaminação por *Escherichia Coli* e coliformes totais, veículos de transmissão de

hepatite, cólera ou infecções gastrointestinais. Por isso, devem ser implementados cuidados especiais com o manuseio e armazenamento desse tipo de água (INMETRO, 2011).

Em consonância com a presente pesquisa, o estudo realizado por Silva (2007) revelou que a água mineral envasada é vista pelos moradores como segura, limpa, com qualidade superior à água da torneira. Por isso, mesmo diante de privações socioeconômicas, é válido investir em sua compra. A condição de consumo de água do sistema público por parte dos adultos quando não há recursos para a compra da água envasada também foi mencionada.

Como afirmado, ainda, o consumo de água mineral envasada tem aumentado paulatinamente nos últimos anos em razão da desconfiança em relação à qualidade da água oferecida pelo abastecimento público (FILHO; DIAS, 2008).

Alerta-se quanto à necessidade de higienizar o garrafão retornável de 20 litros e o suporte de armazenamento, os quais podem ser importantes meios de contaminação da água (FILHO; DIAS, 2008). A literatura não traz informações cientificamente comprovadas em relação a essas medidas, evidenciando a necessidade de mais estudos na área. No entanto, é indicada a limpeza do garrafão de acordo com os seguintes passos: lavar as mãos previamente à manipulação do garrafão; lavar o gargalo com água e sabão; retirar a tampa ou lacre; passar pano úmido com álcool a 70% na parte externa; aguardar a evaporação da solução alcoólica e, por fim, evitar tocar na região higienizada (GONÇALVES, 2011).

As participantes não abordaram questões relativas ao armazenamento e manuseio da água, porém mencionaram cuidados especiais com os utensílios utilizados para a alimentação da criança. Concernente ao risco de contaminação da água durante o preparo da alimentação da criança nascida exposta ao vírus (principalmente menores de 12 meses), recomenda-se cuidado especial com os utensílios como copo, panela e colher, os quais deverão ser devidamente lavados com água limpa (filtrada, tratada, fervida) e com sabão antes

e após o uso. A lavagem das mãos antes da preparação e oferecimento dos alimentos também é indicada como fator de prevenção para a contaminação (BRASIL, 2003a).

No caso de mamadeira e outros utensílios de uso privativo da criança indica-se utilizar escova própria ou esponja e atentar para a limpeza das reentrâncias. Depois de lavados devem ser colocados em um recipiente para serem fervidos por um período de dez minutos. Não é necessário enxaguá-los, uma vez que o pano de prato pode estar contaminado. Devem-se armazenar os utensílios em local limpo e seguro (BRASIL, 2003a).

Pesquisa realizada em Porto Alegre quanto aos hábitos alimentares de crianças expostas ao vírus revelou que a maioria das cuidadoras tomava alguma medida especial em relação aos cuidados com os utensílios do filho, como ferver os mesmos semanalmente. Mencionou, ainda, a importância da higiene dos utensílios para a prevenção de doenças diarreicas e suas repercussões negativas no estado nutricional da criança (PAIM; SOUZA, 2010).

A iluminação e a ventilação da residência, embora difíceis de serem analisadas, constaram nas fotografias aliadas aos depoimentos das mães. A ventilação e a iluminação naturais são essenciais para o conforto térmico, caracterizados pela troca de calor entre o indivíduo e o ambiente sem grandes esforços (FROTA, 2003). Indica-se que interferências no conforto térmico podem gerar danos para a saúde, como estresse, fadiga, incapacidade para o trabalho, doenças cardiovasculares e respiratórias que, em alguns casos, podem levar à morte (SILVA; RIBEIRO, 2006). Florence destaca que a casa com reduzida iluminação e ventilação é fonte de prejuízos para a saúde de seus moradores, por ser desconfortável, insalubre, mal arejada e suja (NIGHTINGALE, 1989).

Evidencia-se que a população mais carente é suscetível ao desconforto térmico porque suas residências são mal projetadas. Há um número restrito de janelas, as quais muitas vezes permanecem fechadas para evitar a entrada da radiação solar, tornando o ambiente

quente, escuro e úmido. As construções são feitas com materiais que dificultam o isolamento térmico, tornando essa população mais vulnerável a condições climáticas extremas. No caso desta pesquisa destaca-se a alta temperatura (SILVA; RIBEIRO, 2006). Esta condição vai de encontro às recomendações de Florence, que afirma que as janelas das residências devem permanecer abertas para viabilizar a entrada de raios solares e areação (NIGHTINGALE, 1989).

Os efeitos específicos do superaquecimento para a saúde da criança não são explicitamente indicados na literatura, mas sabe-se que a ventilação intradomiciliar inadequada pode ocasionar não apenas o desconforto, mas também subsidiar a eclosão de sintomatologia transitória característica da denominada “Síndrome do Edifício Doente”, representada por irritação, prurido, tosse, rouquidão, tontura, náuseas, vômitos, cefaleia, entre outros sintomas (MARMOT et al, 2006).

De acordo com o revelado na literatura, a iluminação é uma necessidade humana, pois auxilia a manutenção da saúde, o desempenho de tarefas, a comunicação interpessoal, a segurança e o conforto, além de proporcionar economia nos gastos com iluminação artificial. Por isso o ambiente domiciliar deve dispor de iluminação natural adequada com vistas a proporcionar ambiente confortável e favorável à saúde (VEITCH, 2005).

A adaptação desses dois elementos requer medidas intersetoriais e políticas públicas voltadas ao planejamento das habitações (SILVA; RIBEIRO, 2006). Frente à impossibilidade de se seguir esta medida, uma vez que os domicílios já se encontram construídos, recomenda-se que pelo menos uma hora por dia as janelas e portas do domicílio fiquem abertas para permitir a entrada da radiação solar e da luz natural. Além disso, aconselha-se o uso de ventiladores (FROTA et al, 2003). Outra medida é o uso de vestuário adaptado ao clima. No entanto, deve-se evitar que a criança permaneça completamente despida, de maneira a evitar afecções dermatológicas (RODRIGUES et al, 2008).

Acerca dos **riscos associados ao ambiente peridomiciliar**, a literatura vai ao encontro do risco evidenciado pelas mães em relação ao inadequado despejo do lixo em vias públicas. O acondicionamento, a coleta e a deposição de resíduos sólidos apresentam papel indireto na transmissão de doenças para as crianças por meio de vetores como artrópodes (moscas, mosquitos, baratas) e roedores que encontram nos resíduos sólidos o alimento e as condições adequadas para a proliferação (MORAES, 2007). Esse impacto é influenciado tanto pelo domínio doméstico, expresso pelo tipo de acondicionamento domiciliar dos resíduos sólidos, como pelo público, expresso pela coleta de resíduos sólidos domiciliares. O acondicionamento inadequado do lixo pode desencadear episódios de diarreia e verminoses (MORAES, 2007).

Em decorrência desses fatores destaca-se a necessidade de conscientização dos moradores para despejarem o lixo somente nos dias em que a coleta pública ocorre, além de evitar o despejo do lixo em locais como terrenos baldios. O profissional de saúde, em parceria com os agentes de saúde possuem papel importante no tocante à conscientização ambiental por parte da comunidade. A realização da coleta pública de lixo de forma regular também se faz necessária (MORAES, 2007).

Associado ao acondicionamento inadequado do lixo destaca-se **rede de esgoto e saneamento**, que indica o esgoto a céu aberto como fator de risco peridomiciliar. Essa condição denota a precariedade de acesso a um serviço básico, o qual deveria estar disponível a todos, independentemente da classe social. A ausência de saneamento básico é uma condição que favorece a ocorrência de enteroparasitoses, principalmente na infância, além de constituir fator de risco para a proliferação do vetor da dengue quando aliada ao acúmulo de lixo (TAUIL, 2001; SILVA et al, 2011). Na teoria ambientalista Florence afirma que o esgoto pode disseminar doenças epidêmicas e moléstias (NIGHTINGALE, 1989).

Na presente pesquisa a ausência do esgotamento sanitário ou destino inadequado de dejetos humanos está associada apenas ao ambiente peridomiciliar, uma vez que em todos os domicílios investigados havia fossa séptica. Quando há ausência de esgotamento sanitário no domicílio os riscos se agravam, e se associados às más condições de higiene podem desencadear episódios de enteroparasitoses diversas (ancilostomíase, ascariíase, amebíase, cólera, diarreia infecciosa, disenteria bacilar, esquistossomose, estrogiloidíase, febre tifoide, teníase, cisticercose) (BRASIL, 2006a). No contexto do HIV, a adequada eliminação dos dejetos pode reduzir o risco de diarreia em 30% (FEWTRELL et al, 2005).

Neste sentido, estratégias simples podem evitar a eclosão de enteroparasitoses. Deve-se ter o cuidado de higienizar corretamente frutas e verduras, lavar as mãos antes da alimentação e após eliminação de dejetos, utilizar aparelho sanitário e efetuar tratamento da água para consumo (BRASIL, 2006a).

Estudo realizado no Estado do Maranhão para investigar aspectos epidemiológicos da infecção por *Ascaris Lumbricoides* em crianças obteve resultados semelhantes ao da pesquisa em tela. Observou-se nas proximidades dos 110 domicílios investigados a existência de lama e/ou água empoçada (3,6%) e lixo (12,5%). A ocorrência de enteroparasitose também esteve associada aos hábitos de higiene da criança e ao uso de calçados. No estudo, as crianças desenvolviam hábitos de higiene satisfatórios, porém permaneciam sem calçados no domicílio e peridomicílio (SILVA et al, 2011).

Acerca da dengue, foi observada além da água empossada no entorno peridomiciliar, acúmulo de água dentro do domicílio e na área de serviço e armazenamento de lixo nesse local. O vetor da dengue encontra condições favoráveis para a procriação quando em contato com o lixo, que funciona como depósito improvisado para a água potável (TAUIL, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante investigação do ambiente domiciliar das crianças expostas, pôde-se observar: a) Vulnerabilidades associadas à estrutura física da moradia: infecções respiratórias decorrentes da infiltração e mofo das paredes; rachaduras que propiciam acomodação de insetos e roedores; acúmulo de água parada e lixo na área de serviço; risco para a dengue e desabamento; b) Ar intra e peridomiciliar impuro: exposição da criança ao odor exalado pela fossa séptica; tabagismo passivo; contaminação do ar peridomiciliar por fábricas; c) Água utilizada para consumo: compra de água mineral envasada e riscos de infecções gastrointestinais decorrentes da falta de cuidados com o utensílios (garrafão, suporte e utensílios); d) Rede de esgoto e saneamento: esgoto peridomiciliar a céu aberto; e) Iluminação e ventilação da residência: número reduzidos de janelas; umidade; iluminação natural deficitária; conforto térmico comprometido; f) Limpeza do domicílio: presença de sujidades e partículas de poeira; condições habitacionais que favorecem acúmulo de sujidades; g) Riscos associados ao ambiente peridomiciliar: inadequado despejo do lixo em vias públicas.

Adentrar nos domicílios suscitou sentimentos marcantes, por evidenciar situações de vida e moradia sem as condições necessárias para um bom nível de saúde. Percebe-se que as participantes reconhecem a influência dessas condições na saúde da criança e que a adaptação a essas situações está nos planos da maioria das famílias investigadas. Os elementos da teoria ambientalista estiveram presentes de forma marcante no depoimento das mães. Foi possível a visualização e a reflexão acerca das condições ambientais desfavoráveis para a saúde dos filhos, inclusive em relação àquelas que são modificáveis mediante uso de

recursos simples que não implicam grande ônus financeiro. Considera-se essa atitude o passo inicial para a mudança de comportamento, possibilitando a redução de riscos à saúde.

A principal barreira do estudo se relacionou à influência da cultura no comportamento das famílias. Verificou-se em alguns domicílios, por exemplo, que a higiene precária se relaciona a distintos fatores, tais como as limitações financeiras para a compra de materiais de limpeza, ao tempo restrito para a realização dessas atividades e, por fim, ao fato de a própria cuidadora considerar seu ambiente limpo, mesmo quando este se apresentava visivelmente sujo.

Destacaram-se muitas outras inconsistências entre o que foi informado pelas participantes e o que foi observado. Por exemplo: a maioria das participantes mencionou varrer a casa todos os dias da semana, sendo que no próprio dia da visita era notório que o domicílio não tinha sido varrido há dias. Nessa situação, na medida do possível buscou-se alertá-las quanto a este achado sem, contudo, desrespeitá-las ou emitir juízo de valor.

No que tange à teoria elencada para a realização do estudo, destaca-se seu papel inegável na concretude e corporalidade dos resultados da pesquisa ora executada. Porém, os fatores indicados para a salubridade das habitações de acordo com Florence Nightingale, embora norteadores do estudo precisaram ser adaptados temporalmente e complementados pela literatura atual concernente ao tema.

No entanto, os parâmetros da teoria ambientalista associados às condições domiciliares (ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação) permitiram a avaliação diagnóstica das demandas de saúde da família que convive com o HIV e possui criança nascida exposta. Denota-se a necessidade de implementação de cuidados em caráter emergencial no domicílio, visando proporcionar cuidado integral e adaptado à realidade de vida dessa clientela.

Destaca-se como uma fragilidade do presente estudo a falta de aplicação de parâmetros mais específicos e objetivos para avaliar condições como ventilação, iluminação, qualidade da água, saneamento etc. Sugere-se que em estudos posteriores esses parâmetros sejam aplicados e que haja busca concreta de evidências que refutem o papel do ambiente na eclosão de agravos à saúde da criança nascida exposta ao vírus mediante utilização de distintas abordagens de metodologia científica.

Acerca da fotovoz, recurso utilizado na coleta de dados, considera-se sua contribuição especial para a clarificação de ideias e opiniões, principalmente diante de uma clientela que apresenta dificuldades de expressão. A fotografia desvelou-se como um guia para a expressão verbal, como forma de organizar opiniões, ilustrá-las e exemplificá-las.

Apesar das vantagens do uso da fotografia, houve limitações, a exemplo da invasão da privacidade individual e familiar, dos custos e do tempo gasto a partir da disponibilização da câmera fotográfica e da revelação fotográfica, além da dificuldade de interpretação dos achados da pesquisa.

Alerta-se a outros pesquisadores que venham a aplicar esse recurso a necessidade de valorizar as imagens produzidas pelas participantes do estudo, pois o ato de fotografar, aliado aos equipamentos utilizados para o registro fotográfico, muitas vezes não faz parte da realidade da clientela. Esse fato que pode gerar medo e insegurança em relação ao uso da câmera fotográfica e à captação de informações.

A importância desse recurso foi ainda mais marcante na pesquisa em tela, pois a análise das condições domiciliares e a busca de situações de risco para a saúde infantil inter-relacionadas são questões quase sempre negligenciadas pelas consultas com os profissionais da saúde, pela mídia ou até mesmo pela comunidade local. Por isso considera-se oportuna a expansão do uso da fotografia nas pesquisas em saúde.

Em consonância, a abordagem realizada no cenário domiciliar permitiu identificar aspectos da realidade de vida das famílias que possuem crianças nascidas expostas ao HIV, além de mostrar aspectos habitacionais comuns aos domicílios investigados. Busca-se, com isso, alertar profissionais em geral que prestam assistência a crianças nascidas expostas ao vírus, para que possam incluir em seu trabalho orientações voltadas à adaptação das condições domiciliares, visando à prevenção de agravos à saúde.

A realização do estudo foi sobremaneira válida em decorrência do pioneirismo do objeto elencado, além da aplicabilidade de recurso inovador de coleta de dados em saúde, a fotografia. Ademais, foi necessária a inclusão de conhecimentos e domínios que não são exclusivos da enfermagem, tais como engenharia ambiental e arquitetura, mas que sem dúvida contemplam a saúde e repercutem de forma ímpar para a promoção da saúde. O estudo foi importante para a enfermagem, pois viabilizou a discussão sobre intervenções adaptadas ao cuidado dos cenários domiciliares encontrados, especialmente, utilizando-se como suporte a teoria ambientalista.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>. Acesso em: 28 nov. 2011.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora de la educación popular en salud y la enfermería. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.315-319, 2007.

ANDRADE, R. **Fotografia e antropologia: olhares fora-dentro**. São Paulo (SP): Estação Liberdade/Educ, 2002.

ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M. L.; SANTOS, N. S.; OLIVEIRA, L. P. M.; SANTOS, S. M. C.; PINHEIRO, S. M. C. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2337-2350, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: as cartas de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma e rinite: linhas de conduta em atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 39p.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de saneamento**. 4.ed.. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Inspeção sanitária em abastecimento de água** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde Coordenação Nacional DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano VI. n1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BREYSSE, P.; FARR, N.; GALKE, W.; LANPHEAR, B.; BERGOFKY, L. The Relationship between housing and health: children at risk. **Environ Health Perspect.**, v.112, n.15, p.1583-1588, 2004.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Informe epidemiológico AIDS**. Fortaleza: SESA, 2010.

CHAURHURI, N. Interventions to improve children's health by improving the housing environment. **Rev Environ Health**, v.19, n.3-4, p.197-222, 2004.

COHEN, S. C. **Habitação saudável como caminho para a promoção da saúde**. 2004. 167f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPCÃO, R. F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.807-813, 2004.

CURTIS, V. A. **The dangers of dirty: household hygiene and health**. Londres: Thesis, 1998.

DORING, M.; FRANCA-JUNIOR, I.; STELLA, I.M. Factors associated with institutionalization of children orphaned by AIDS in a population-based survey in Porto Alegre, Brazil. **AIDS**. v.19, n.4, p.59-63, 2005.

DUBOIS, P. **O ato fotográfico e outros ensaios**. 12 ed. Campinas (SP): Papyrus, 2009.

FEWTRELL, L.; KAUFMANN, R. B.; KAY, D.; ENANORIA, W.; HALLER, L.; COLFORD JR, J. M. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis.**, v.5, n.1, p.42-52, 2005.

FILHO, A. F.; DIAS, M. F. F. Qualidade microbiológica de águas minerais em galões de 20 litros. **Alim Nutr.**, v.19, n.3, p. 243-248, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, J. I. **Estigma e discriminação relacionados ao HIV/aids: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo**. São Paulo: FAPESP, 2006.

FREITAS, H. M. B.; BACKES, D. S.; PEREIRA, A. D. A.; FERREIRA, C. L. L.; MARCHIORI, M. R. C.; SOUZA, M. H. T et al. Significados que os profissionais de enfermagem atribuem ao cuidado de crianças institucionalizadas com aids. **Texto Contexto Enferm**, v.10, n.3, p. 511-517, 2010.

FROTA, A. B.; SCHIFFER, S. R. **Manual do conforto térmico: arquitetura, urbanismo**. 7ed. São Paulo: Studio Nobel, 2003.

GALVAO, M. T. G.; COSTA, Ê.; LIMA, I. C. V.; PAIVA, S. S.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/aids à luz da tacêsica. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 4, p.780-785, 2009.

GALVÃO, M. T. G.; LIMA, I.C.V.; AGUIAR, L.F.P; PEDROSA, N.L. et al. Comunicação entre mãe HIV+ e filho à luz da tacêsica em ambiente natural e experimental. **Esc Anna Nery**. No prelo 2010.

GOMES, A, M. T.; CABRAL, I. E.; SCHILKOWSKY, L. B. Crianças com HIV/aids de uma unidade ambulatorial pública. Rio de Janeiro, Brasil 2003: conhecendo seu perfil. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v.4, n.2, p.55-68, 2004.

GONÇALVES, S. **Garrações de água mineral: como realizar a limpeza antes do uso?** Labortechnic tecnologia. Disponível em: <http://www.labortechnic.com.br/Garrafoes%20agua%20mineral%202.htm>. Acesso em: 19 jul. 2011.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Papel da mulher de camadas populares de Manaus na produção de cuidados da saúde. **Saude Soc.**, v. 18, n. 4, p. 707-20, 2009.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.1-25.

HARPER, D. Talking about pictures: a case for photo elicitation. **Visual Stud.**, v.17, n.1 p.13-26, 2002.

HEJOAKA, F. Care and secrecy: being a mother of children living with HIV in Burkina Faso. **Sci Med.**, v. 69, n.6, p.869-876, 2009.

HELLER, L. Abastecimento de água, sociedade e ambiente. In: HELLER, L; PÁDUA, V. L. **Abastecimento de água para consumo humano**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.28-60.

JÚNIOR, N. S. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). **Observatório da habitação da cidade de São Paulo como instrumento de controle social**. Nações Unidas: CEPAL; 2005.

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. **Água mineral em garrações de 20 litros**. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/garrafoes.asp>. Acesso em: 19 jul. 2011.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Verdades que perturbam: enfrentando os fatos sobre a criança, sida e pobreza**. 2009. Disponível em: <http://www.jlica.org/protected/pdf-feb09/ExecSumm-Por-2.pdf> Acesso em: 19 jul. 2011.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Aids epidemic Update 2009**. Disponível em: <http://www.unaids.org/>. Acesso em: 27 set. 2010.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS reporto on the global aids epidemic.** 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf Acesso em: 9 jan. 2011.

KOBARG, A. P. R.; VIEIRA, M. L. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. **Psicol Reflex Crit.**, v. 21, n. 3, p.401-408, 2008.

KRIEGER, J.; HIGGINS, D. L. Housing and health: time again for public health action. **Am J Public Health**, v.92, n.5, p.758-68, 2002.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2621-2626, 2010.

LAGE, E. Perspectiva no estudo da representação social da AIDS. **Esc Anna Nery**, v.12, n.3, p.347-55, 2003.

LANDRIGAN, P. J.; KIMMEL, C. A.; CORREA, A.; ESKENAZI, B. Children's health the environment: public health issues and challenges for risk assessment. **Environ Health Perspect.**, v.112, n.2, p.257-265, 2004.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist Cienc Saúde.**, v.13, n.1, p.113-128, 2006.

MACHADO, M. M. T. ; GALVÃO, M. T. G.; LINDSAY, A. C.; CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, Á. J. M.; LEITE, R. D et. al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.10, n.3, p.377-382, 2010.

MACIEL, V. F.; SILVA, R.; OLIVEIRA, K. F.; KUWAHARA, M. Y. Vulnerabilidade habitacional: desafios à gestão pública. In: 8º Seminário em Administração FEA-USP, 8., 2005, **Anais...** São Paulo (SP), 2005.

MARAIS, B. J.; RABIE, H.; SCHAAF, S. H.; COTTON, M. F. Common opportunistic infections in HIV infected infants and children Part 1 - respiratory infections. **SA Fam Pract.**, v.48, n.10, p.52-57, 2006.

MARMOT, A. F.; ELEY, J.; STAFFORD, M.; STANSFELD, S. A.; WARWICK, E.; MARMOT, M. G. Building health: an epidemiological study of sick building syndrome in the Whitehall II study. **Occup Environ Med.**, v.63, n.4, p.2893-2899, 2006.

MARTINS, M. F. D.; COSTA, J. S. D.; SAFORCADA, E. T.; CUNHA, M. D.C. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**,v.20, n.3, p.710-718, 2004.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicol Soc.**, v.19, n.3, p.33-38, 2007.

MELLEIRO, M. M; GUALDA, D. M. R. Explorando a “fotovoz” em estudo etnográfico: uma estratégia de coleta de dados. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n.2, p.191-193, 2005.

MENÉNDEZ, E. L. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. **Cuad Med Soc.**, v. 59, p. 3-18, 1992.

MOISES, M.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C.; MONTEIRO, S. C. F. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2581-2591, 2010.

MONTEIRO, A. I.; FERRIANI, M. D. G. C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.8, n.1, p.99-106, 2000.

MORAES, L. R. S. Acondicionamento e coleta de resíduos sólidos domiciliares e impactos na saúde de crianças residentes em assentamentos periurbanos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.4, p. 643-649, 2007.

MORIN, E. **Educar na era planetária**: O pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana. Brasília: Cortez-Unesco, 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIFFE, J.; OLIFFE, J. L.; BOTTORFF, J. L.; KELLY, M.; HALPIN, M. Analyzing participant produced photographs from an ethnographic study of fatherhood and smoking. **Res Nurs Health**, v.31, n.5, p.529-539, 2008.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Guias metodológicos para iniciativa de vivienda saludable**. 2008. Disponível em: www.cepis.opsoms. Acesso em: 21 fev. 2011.

PAIM, B. S.; SOUZA, G. C. Práticas alimentares de crianças expostas à transmissão vertical do HIV acompanhadas em quatro serviços especializados de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev HCPA**, v.30, n.3, p.252-257, 2010.

PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. Non-verbal mother-child communication in conditions of maternal HIV in an experimental environment. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 18, n.1, p.41-47, 2010 a.

PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. Non-verbal communication during child care by mothers with Human Immunodeficiency Virus. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.1, p.108-113, 2010b.

PAYMENT, P.; FRANCO, E.; SIEMIATYCKI, J. Absence of Relationship between Health Effects Due to Tap Water Consumption and Drinking Water Quality Parameters. **Water Sci Technol.**, v.27, n.3-4, p.137-143, 1993.

PEDROSO, M. D. L. R.; MOTTA, M. D. G. C. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. **Esc Anna Nery**, v.14, n.2, p.293-300, 2010.

PEREIRA, E. D. B.; PEREIRA, E. D. B.; TORRES, L.; MACÊDO, J.; MEDEIROS, M. M. C. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.1, p.39-43, 2000.

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5, p.712-722, 2005.

PINHEIRO, P. N. D. C. **Mães soropositivas: enfoque educativo visando à melhor qualidade de vida.** 2002. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

ROBERTS, E. S.; THOMAS, R. S.; DORMAN, D. C. Gene expression changes following acute hydrogen sulfide (H₂S)-induced nasal respiratory epithelial injury. **Toxicol Pathol.**, v.36, n.4, p.560-567, 2008.

RODRIGUES, A. L. S.; CARVALHO, A. Y. C.; MOURA, J. G.; KOMARSSON, K. A. C.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Fatores de risco para problemas dermatológicos em crianças na primeira infância no ambiente familiar. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.2, p.163-170, 2008.

ROSSARI, U. V. S.; MOTTA, M. G. C. Uso da fotografia como método de coleta de informações: estudo qualitativo com adolescentes com câncer. **Rev Gaucha Enferm**, v.30, n.3, p.500-507, 2009.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. Focus on research methods toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positivewomen. **Resn Nurs Health**, v.26, n.2, p.153-170, 2003.

SARTORIO, N. N. **Potencialidade e limitações do uso da fotografia na pesquisa qualitativa de enfermagem.** 2011. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. D. G. C. D. Vulnerabilidades no viver de crianças com AIDS. **Rev Enferm UERJ**, v.15, n.2; p.284-290, 2007.

SILVA, E. N.; RIBEIRO, H. Alterações da temperatura em ambientes externos de favela e desconforto térmico. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p.1-8, 2006.

SILVA, L. W. S. A necessidade de capacitar a família para cuidar em seu ambiente domiciliar: um relato de experiência. **Conexão UEPG**, v.6, n.14, p.90-93, 2009.

SILVA, J. C.; FURTADO, L. F. V.; FERRO, T. C.; BEZERRA, K. C.; BORGES, E. P.; MELO, A. C. F. L. Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* e seus aspectos epidemiológicos em crianças do Estado do Maranhão. **Rev Soc Bras Med.**, v.44, n.1, p.100-102, 2011.

SIQUEIRA, L. P.; SHINOHARA, N. K. S.; LIMA, R. M. T.; PAIVA, J. E.; LIMA FILHO, J. L.; CARVALHO, I. T. Avaliação microbiológica da água de consumo empregada em unidades de alimentação. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.63-66, 2010.

SUPLICY, E. M. O direito de participar da riqueza da nação: do Programa Bolsa Família à Renda Básica de Cidadania. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1623-1628, 2007.

TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. **Cad Saúde Pública**, v.17, suppl., p. 9-102, 2001.

VASCONCELOS, S. B.; GALVÃO, M. T. G. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/Aids. **Texto Contexto Enferm.**, v.13, n.3, p.369-375, 2004.

VEITCH, J. A. Light, lighting, and health: Issues for consideration. **Leukos**, v.2, n.2, p.85-96, 2005.

VERBURG, D.; CHAVES, M. M. N. O perfil de crianças nascidas expostas ao vírus HIV em um serviço público no município de Curitiba-PR. **Fam Saúde Desenv.**, v.8, n.3, p.242-250, 2006.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência. **Esc Anna Nery.**, v.11, n.2, p.351-357, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease.** Austrália: WHO Library Cataloguing-in-publication, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to integrate water, sanitation and hygiene into HIV programmers.** Austrália: WHO Library Cataloguing-in-publication, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário semiestruturado de entrevista com as participantes

I. CARACTERIZAÇÃO DA CUIDADORA
Nome: _____ Telefone: _____ Endereço: _____ Idade: _____
Escolaridade (anos) 1. Nenhuma 2. 1-5 3. 6-9 4. 10-12 5. ≥ 13
Estado civil 1. Casado/amasiado/vive junto/ união consensual 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Separado/divorciado 5. Outro _____
Procedência 1. Capital 2. Interior
Situação ocupacional 1. Empregado 2. Desempregado 3. Aposentado
Categoria de exposição 1. Heterossexual 2. Outra _____
Estágio evolutivo 1. HIV 2. Aids
Tempo de diagnóstico (anos) 1. ≤ 1 2. 2-5 3. ≥ 6
II. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA
Renda da família (somar todos os rendimentos dos membros da família) 1. Sem rendimento 2. Valor R\$ _____ 3. Número de membros da família _____ (adultos e crianças)
Recebe algum auxílio do governo? Não () Sim () Qual? _____
Classe Econômica Critério Brasil – CCEB A2: (25-29) B1: (21-24) B2: (17 -20) C: (11-16)

D: (6-10)
E: (0-5)

	Quantidade de itens existente no domicílio				
	0	1	2	3	4 OU
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar roupa	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira simples	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da	0	1	1	1	1
Total da pontuação dos itens (T1) = _____					
Grau de instrução do chefe da família					
1. Analfabeto/ Primário incompleto					
2. Primário completo/ Ginásial incompleto					
3. Ginásial completo / colegial incompleto					
4. Colegial completo / Superior incompleto					
5. Superior completo					
Somar T1 e T2=					
III. CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA					
Nome: _____					
Data de nascimento: ___/___/___					
Sexo: _____					
Sorologia anti-HIV atual					
1. Reagente					
2. Não reagente					
3. Inconclusivo					
4. Não realizado					
Presença de patologias?					
1. Sim/Especificar _____					
2. Não					
História de internações					
1. Nenhuma					
2. 1-2					
3. ≥ 3					
IV. CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO					
Tipo de casa					
1. Tijolo					
2. Taipa revestida					
3. Taipa não revestida					
4. madeira					

<p>Tipo de revestimento do solo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cerâmica 2. Piso de cimento 3. Piso morto
<p>Presença de janelas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim n°: _____ 2. Não
<p>Como foi conseguida a casa onde a criança mora?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Financiada/pagando prestações 2. Própria 3. Alugada 4. Inadida cedida/emprestada <p>*N° de cômodos: _____</p>
<p>Presença de banheiro dentro do domicílio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<p>Destino das fezes/urina</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fossa séptica 2. Rede coletora 3. Quintal/rua
<p>Acesso à energia elétrica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<p>Abastecimento de água</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rede pública 2. Poço ou nascente
<p>Tratamento de água</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Filtração 2. Fervura 3. Coa com pano 4. Faz decantação 5. Sem tratamento
<p>Destino do lixo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coletado 2. Céu aberto 3. Queimado/enterrado
<p>Presença de familiar fumante</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<p>Presença de fábricas no peridomicílio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<p>Impressões do pesquisador sobre a higiene do domicílio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

APÊNDICE B- Roteiro da entrevista aberta com as mães para contextualização das fotos e construção da narrativa

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____

1. Agora vou pedir para que a senhora me fale um pouco sobre cada imagem produzida. Vamos analisar uma por uma.

Qual situação você retratou nesta foto?

Por que você decidiu retratar esta situação?

O que você pensou/sentiu ao tirar a foto?

Qual a relação da situação registrada na foto com a saúde do seu filho?

Você considera que esta situação traz benefícios ou malefícios para a saúde do seu filho?

* As perguntas acima serão utilizadas para cada foto da série de 10 poses.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora,

Sou do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou iniciando o desenvolvendo, neste serviço de saúde, uma pesquisa intitulada “**Ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao HIV sob a perspectiva da teoria ambientalista**”. Vou explicar um pouco sobre o que significa isso.

Gostaria de avaliar como as mães HIV+ identificam as situações que podem conduzir saúde ou doença ao dia a dia de seus filhos relacionadas ao ambiente onde vivem. Vou utilizar como uma das formas para medir essa situação fotografias tiradas por você. Ressalto que o estudo terá início no serviço e será desenvolvido na casa das mães, ou seja, se você aceitar, eu irei um dia ao seu domicílio e depois marcaremos outros encontros na sua casa. Todos com a prévia autorização da senhora. Deste modo, se a senhora aceitar, deve informar o seu endereço, o ponto de referência e o telefone para contato. No seu domicílio iremos fazer algumas perguntas sobre dados pessoais e socioeconômicos e de saúde. Como exemplo: idade, como está a saúde da sua criança e se tem problemas, entre outras questões.

No nosso primeiro encontro iremos deixar com a senhora uma câmera fotográfica descartável com 24 poses. Nós daremos todas as instruções de como usar a câmera. Esta máquina deverá ser usada para retratar situações que a senhora julgue que tragam benefícios ou malefícios à saúde da família, em especial à do seu filho, associadas ao ambiente onde a senhora mora. Depois de retiradas as fotos, elas serão reveladas por nós. Em outro dia, com data combinada, retornaremos à sua casa com as fotos que você tirou para que nos explique o significado de cada uma delas. Depois, em comum acordo, eu e a senhora, elegeremos dez fotografias e discutiremos a respeito do significado delas para a senhora. Desta forma, a senhora irá indicar para cada uma das fotos os problemas ou situações possam trazer prejuízo à saúde da criança ou reforçaremos situações já desenvolvidas pela senhora para o cuidado da criança. Lembro que as fotografias em que pessoas aparecerem só serão utilizadas mediante uso de recurso tecnológico que impossibilite reconhecimento do rosto. Não serão utilizadas fotos que identifiquem o local de sua residência. Caso isso venha a acontecer, a senhora ficará com essas fotos. Eu ficarei apenas com as fotos que nós elegeremos para nossa discussão e que farão parte dos arquivos para os fins da pesquisa. Essas fotos escolhidas poderão ser utilizadas para fins acadêmicos, ou seja, para exemplificar as situações de necessidade de cuidado.

Sua colaboração é importante. Caso aceite participar deste estudo agendaremos agora mesmo o nosso primeiro encontro. Informamos que as perguntas e as fotos não lhe trarão constrangimento. Doaremos para a senhora, como lembrança, as fotografias que não forem utilizadas na pesquisa, bem como os negativos de todo o conteúdo da máquina descartável. As fotos que permanecerão comigo serão utilizadas somente para fins de pesquisa e em nenhum momento usaremos seu nome, seu endereço e nada que possa identificar sua família.

Assim, damos a garantia de que as informações que estamos obtendo serão apenas para a realização do nosso trabalho. Asseguramos, também, que a qualquer momento terá acesso às informações sobre o estudo e as fotografias, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

A senhora tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo em atendimentos no serviço de saúde. Caso precise entrar em contato conosco, informo o meu endereço: Marli T. Gimeniz Galvão. Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. Telefone: 33668454. e-mail marli@ufc.br Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

_____ Pesquisadora

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa “**Ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao hiv sob a perspectiva da teoria ambientalista**” realizada pela Prof^ª. Marli T. G. Galvão, concordo em participar da mesma. Estou ciente que meu nome, tampouco fotos com identificação não serão divulgadas e que professora estará disponível no endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fortaleza-CE. Fone: 2888455, para responder a quaisquer perguntas. Estou ciente que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo. Informo meu endereço e telefone para agendamento da primeira visita na minha casa que será no dia ____/____/____.

Rua: _____, nº _____. Bairro: _____

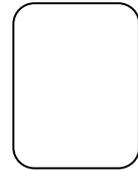
Telefone: _____ Ponto de referencia: _____

Fortaleza, ____ de _____ de _____

_____ Assinatura da cliente

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____



(1ª Via pesquisador; 2ª Via participante)

APÊNDICE D - Termo de Autorização e Cessão do Direito de Uso de Imagem

Eu _____, pelo presente instrumento autorizo a fotógrafa amadora **Ivana Cristina Vieira de Lima**, autora da pesquisa denominada **“Ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao hiv sob a perspectiva da teoria ambientalista”**, a registrar fotografias relacionadas ao meu ambiente domiciliar.

A presente autorização dá o direito de uso das imagens fotográficas registradas pela pesquisadora, a título gratuito e sem limite de prazo, devendo as fotografias ser utilizadas apenas para o estudo intitulado **“Ambiente domiciliar da criança nascida exposta ao hiv sob a perspectiva da teoria ambientalista”**, da autoria de **Ivana Cristina Vieira de Lima**, enfermeira e aluna de Pós-Graduação em Enfermagem no nível mestrado pela Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

Caso precise entrar em contato conosco, informo o meu endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. Telefone: 8875-3807.

Assinatura da Participante do estudo

Assinatura da Pesquisadora e Fotógrafa Amadora

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de realização de Curso de Fotografia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GABINETE DO REITOR
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO
CASA AMARELA EUSÉLIO OLIVEIRA

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA participou do Curso de Extensão de Fotografia (XC00.2000.C.0353), desta Casa Amarela Eusélio Oliveira / UFC, realizado no período de 15 de março a 26 de maio de 2011, com carga horária de 60 horas/aulas, estando aguardando a emissão do certificado.

Fortaleza, 8 de junho de 2011.

[Handwritten signature]

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 161/10

Fortaleza, 06 de agosto de 2010

Protocolo COMEPE nº 136/ 10

Pesquisador responsável: Marli Teresinha Gimenez Galvão

Título do Projeto: "Uso da fotografia por mães HIV + para identificação de fatores para o cuidado em saúde"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 05 de agosto de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO C – Fotografias registradas no ambiente domiciliar e utilizadas nas narrativas das mães

Lâmina 1 – Fotografias 1, 2, 3.



Lâmina 2 – Fotografias 4, 5, 6.



Lâmina 3 – Fotografias 7, 8, 9, 10.



Lâmina 4 – Fotografias 11, 12, 13, 14.



Lâmina 5 – Fotografias 15, 16, 17.



Lâmina 6 – Fotografias 18, 19, 20, 21.



Lâmina 7 – Fotografias 22, 23, 24.

