

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

**EPIDEMIOLOGIA DA HOSPITALIZAÇÃO POR BRONQUIOLITE
AGUDA NO PERÍODO PÓS-NEONATAL EM PELOTAS, RS**

Mestranda: Elaine Albernaz

Orientadora: Ana Maria Menezes

Co-orientador: Juraci César

Pelotas-1997

*“O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esperança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte _
Os beijos merecidos da Verdade.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

À D. Ondina, minha avó, meu primeiro e maior exemplo de dedicação ao trabalho. A meus pais, pelo apoio e compreensão.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos transmitidos, em especial a Elaine Tomasi pelo auxílio inestimável.

Aos entrevistadores, André Baptista, Andréa Hernandez, Luciana Segatti, Allan Pierre, Viviane Miguens, Vanessa Oliveira e Viviane Moreira, pela persistência em realizar as visitas domiciliares.

À Carmen Moreira e Benilde Polo, pela amizade e apoio. À Professora Lígia Blank, pela competente revisão do texto.

Ao Cesar e ao Fernando, que me permitiram trabalhar com dados da Coorte. E novamente ao Cesar, pela idéia original do estudo, pelas dicas valiosíssimas e as explicações simples para as dúvidas mais nebulosas.

À Aninha, pela dedicação e incentivo na reta final.

Ao Juraci, figura instigante, que nos faz pensar, sentir e crescer.

Às mães e crianças da Coorte de 1993 pela compreensão e colaboração, sem as quais este estudo não se realizaria.

Buscar informação é o melhor caminho.

Renato Russo

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA
PROJETO DE DISSERTAÇÃO**

**EPIDEMIOLOGIA DA HOSPITALIZAÇÃO POR BRONQUIOLITE
AGUDA NO PERÍODO PÓS-NEONATAL EM PELOTAS, RS**

Mestranda: Elaine Albernaz

Orientadora: Ana Maria Menezes

Co-orientador: Juraci César

Pelotas-1995

ÍNDICE

	pág.
I. Introdução	8
1. Revisão bibliográfica	8
1.1. Bronquiolite aguda	8
1.2. Fatores de risco	9
1.3. Seqüela pulmonar	11
2. Modelo teórico	15
II. Objetivos	17
III. Hipóteses	17
IV. Metodologia	18
1. Metodologia do estudo de casos e controles	19
a. Delineamento	19
b. População-alvo	19
c. Definição dos casos	19
d. Critério diagnóstico	20
e. Seleção dos controles	20
f. Amostragem	21
2. Metodologia do estudo longitudinal	22
a. Amostragem	22
b. Definição das exposições	23
c. Instrumentos	24
d. Logística	25
e. Seleção e treinamento da equipe	26
f. Estudo-piloto	26
g. Controle de qualidade	26
3. Aspectos éticos	27
4. Processamento dos dados	27

5. Análise dos dados	27
6. Limitações do estudo	31
7. Cronograma	31
8. Divulgação dos resultados	32
9. Orçamento	32
V. Bibliografia	34

EPIDEMIOLOGIA DA HOSPITALIZAÇÃO POR BRONQUIOLITE AGUDA NO PERÍODO PÓS-NEONATAL EM PELOTAS, RS

I. INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas têm sido a principal causa de morte em crianças abaixo de cinco anos de idade, sendo responsáveis por 4,5 milhões de mortes por ano, a maioria destas ocorrendo em países em desenvolvimento ^{1,2}.

No estado do Rio Grande do Sul, em 1994, as doenças respiratórias foram causa de 25% dos óbitos em crianças entre 28 e 364 dias de vida³.

Dentre as infecções do trato respiratório inferior destacam-se a pneumonia, a bronquiolite, a bronquite e a laringite ^{4,5}.

1. Revisão Bibliográfica

1.1. Bronquiolite Aguda

A bronquiolite é uma das causas mais comuns de infecção nos primeiros anos de vida, atingindo cerca de 15% das crianças até dois anos de idade, sendo a responsável pela hospitalização de cerca de 2 em cada 100 lactentes ^{6,7}.

A bronquiolite atinge as vias aéreas de pequeno calibre; o processo inflamatório causa obstrução, resultando em sofrimento respiratório para a criança^{6,8,9}. Tem etiologia viral, sendo o vírus respiratório sincicial o agente mais freqüente ^{6,7,8,9,10,11,12,13}.

A doença apresenta complicações potenciais como apnéia, falência respiratória, atelectasias, infecção bacteriana secundária e pneumotórax, acarretando risco de vida ⁶.

1.2. Fatores de Risco

Os fatores de risco associados à doença, descritos na literatura, são:

Sexo e idade: a frequência de bronquiolite parece ser maior entre as crianças do sexo masculino e com idade entre três e seis meses^{7,8,14,15,16,17}. Uma das hipóteses para a maior ocorrência em meninos seria o menor diâmetro das vias aéreas^{8,14}.

Em um estudo prospectivo com crianças nigerianas, realizado por Rotimijohnson¹⁴, a razão entre meninos e meninas foi de 2,5:1. O estudo de Sung⁷, em Hong Kong, evidenciou uma taxa de hospitalização de 2%, em crianças de 0-24 meses; a idade média era de cinco meses e a razão entre meninos e meninas foi de 2,2:1.

Condições socioeconômicas: a frequência e a severidade da doença são maiores em crianças de famílias de baixa renda e menor escolaridade dos pais¹⁴. Em alguns estudos, devido ao efeito do emparelhamento, não se tem como avaliar a influência destes fatores; como exemplo, têm-se os estudos de Pullan¹¹ e Murray¹⁸, onde os sujeitos são emparelhados por classe social.

Idade materna: O estudo de coorte de Martinez¹⁹ evidenciou que a incidência de doença pulmonar sibilante no primeiro ano de vida estava inversamente relacionada com idade materna, com uma razão de odds de 2,4.

Paridade: O estudo de Martinez¹⁹ mostrou associação diretamente proporcional entre a ordem de nascimento da criança e a incidência de doença pulmonar sibilante.

Aglomerção: existe uma tendência de a doença ocorrer mais em crianças que vivem em domicílios com maior número de moradores⁸. Pullan²⁰, em um estudo de casos e controles para avaliar a associação entre aleitamento materno e hospitalização por infecção por vírus respiratório sincicial, evidenciou associação estatisticamente

significativa entre o desfecho e a presença de outra criança dormindo no quarto do bebê (risco relativo de 3,2).

Tabagismo dos pais e poluição ambiental: o tabagismo materno parece aumentar o risco de bronquiolite^{8,10,21}. Quanto ao paterno, permanece ainda controverso, com alguns estudos não evidenciando a existência de associação^{10,20}. Pullan²⁰ assinalou que a hospitalização por infecção respiratória causada pelo vírus respiratório sincicial foi maior entre filhos de pais fumantes, sendo estatisticamente significativa para fumo materno e não-significativa para fumo paterno.

Pedreira²², em um estudo prospectivo, não evidenciou associação entre bronquiolite e fumo passivo, embora tenha detectado a presença de associação deste fator de risco e outras doenças respiratórias.

Em relação à poluição ambiental, existem evidências de associação com a doença, mas há problemas na mensuração das exposições e no controle de fatores de confusão²³. O estudo de caso-controle de Morris²³ com crianças indígenas evidenciou uma exposição cinco vezes maior à queima de madeira, nos lares das crianças com diagnóstico de bronquiolite ou pneumonia, atendidas em atenção primária. Entretanto, não foi realizada avaliação isolada para cada diagnóstico e, além disso, o estudo pode ter sido afetado por viés do entrevistador.

Ausência de aleitamento materno: embora alguns estudos relatem uma maior incidência de bronquiolite em crianças não amamentadas^{20,24,25}, esta associação, já bem documentada para desfechos como pneumonia, permanece controversa em relação à bronquiolite, conforme outros trabalhos^{10,26}.

O estudo de Frank²⁷, que acompanhou dois grupos de crianças (amamentadas e não-amamentadas), até os quatro anos de idade, não evidenciou proteção pela amamentação para a hospitalização por doença respiratória viral, mas destacou apenas uma tendência em diminuir a severidade da doença. O estudo de caso-controle de Pisacane²⁴, de base

hospitalar, evidenciou uma razão de odds de 0,42, quando comparou o aleitamento materno nos dois grupos; entretanto, o desfecho em estudo era hospitalização por pneumonia ou bronquiolite, não separando os dois diagnósticos.

1.3. Seqüela pulmonar

Vários estudos sugerem que crianças hospitalizadas por bronquiolite têm risco aumentado de apresentar seqüela pulmonar^{12,15,28}, caracterizada principalmente por tosse e sibilância recorrente^{8,18,29,30,30,31,32}.

Alguns trabalhos tecem críticas^{26,32} aos estudos que correlacionam hospitalização por bronquiolite e desenvolvimento de seqüela, com o argumento de que estes seriam os casos mais graves e, portanto, potencialmente mais lesivos ao pulmão. Entretanto, estudos de acompanhamento de crianças com bronquiolite cujo atendimento não necessitou de hospitalização, também evidenciaram o aparecimento de sintomas respiratórios pós-bronquiolite; como exemplo, tem-se o estudo de McConnochie³².

Kattan¹⁵ realizou um estudo prospectivo avaliando a função pulmonar de crianças que haviam sido hospitalizadas por bronquiolite entre 1 e 18 meses de idade. A avaliação foi realizada 10 anos após, e em crianças que se mantiveram sem sibilância ou doença respiratória após a hospitalização. A maioria apresentou evidências estatisticamente significativas de hiperinsuflação pulmonar, troca gasosa anormal e/ou comprometimento das vias aéreas de pequeno calibre.

O estudo de Pullan¹¹ avaliou crianças dez anos após a hospitalização por bronquiolite e encontrou uma maior ocorrência de sibilância entre os casos. Algumas limitações em potencial dizem respeito à inadequada análise de fatores de confusão.

O estudo prospectivo com crianças hospitalizadas por bronquiolite, realizado por Sigurs³⁰, evidenciou um risco 8 vezes maior de estas crianças desenvolverem sibilância

recorrente, quando comparadas com os controles com a mesma história familiar para asma brônquica.

Murray¹⁸, em um estudo prospectivo, evidenciou sibilância recorrente em 75% das crianças, nos dois primeiros anos após a hospitalização por bronquiolite; 59% permaneciam com sibilância três a cinco anos mais tarde.

Permanece controverso se a infecção causaria dano ao pulmão em crescimento ou se haveria alterações prévias da via aérea, tornando algumas crianças mais suscetíveis a desenvolverem a infecção^{13,26,33}. Também obscura é a associação entre o surgimento de seqüela pulmonar e história familiar de asma brônquica e atopia³⁰. Murray¹⁸, em seu estudo, não encontrou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de casos e de controles, em relação à história familiar de asma ou atopia para o desfecho sibilância pós-bronquiolite. No seu estudo, Pullan¹¹ também não evidenciou esta associação.

O quadro a seguir mostra alguns dos principais estudos sobre bronquiolite.

Quadro 1: Estudos sobre Bronquiolite

Autor País Ano	Tipo de Estudo	N	Critério Diagnóstico	Principais Resultados	Observação
Kattan M. et all ¹⁵ Canadá 1977	coorte	23 casos	clínico + radiológico pacientes hospitalizados	idade média na internação: 3,6 +/- 2meses 10 anos após hospitalização por bronquiolite: hiperinsuflação pulmonar, troca gasosa anormal e doença de vias aéreas de pequeno calibre	78% de perdas
Pullan CR et all ²⁰ Inglaterra 1980	caso-controle	127 casos	clínico + laboratorial paciente hospitalizado	leite materno OR 2,2**	resultados de outros fatores de risco, apenas em análise bivariada
Pullan CR and Hey EN ¹¹ Inglaterra 1982	coorte	109 casos	clínico + laboratorial pacientes hospitalizados	sibilância pós bronquiolite igual em meninos e meninas risco relativo 2,2* 10 anos após: risco relativo 1,7 // alteração da função pulmonar**	
McConnochie K et.all ²⁸ EUA 1985	coorte	77 casos	clínico pacientes não- hospitalizados	sibilância pós- bronquiolite: risco relativo 3.99*	23,4 % de perdas ajustou para fatores de confusão

Continuação do Quadro 1:

McConnochie K et al EUA 1986 ¹⁰	caso-controle	77 casos	clínico pacientes não-hospitalizados	fatores de risco p/ bronquiolite: fumo passivo, história familiar de asma**	31% de perdas (casos) ajustou para fatores de confusão
Murray M. et al ¹⁸ Inglaterra 1992	coorte	73 casos	clínico paciente hospitalizado	sibilância pós-bronquiolite risco relativo 2,8*	28% perdas (casos) ajustou para fatores de confusão
Martinez FD et al ¹⁹ EUA 1992	coorte	222 casos	clínico + laboratorial	fatores de risco: -idade materna OR 2,4* -fumo materno OR 1,7 ***	
Sung et al Japão ⁷ 1992	transversal	1220 casos	clínico	incidência de hospitalização: 2% razão entre meninos e meninas: 2,2:1 idade média de hospitalização: 5 meses	sem avaliação de fatores de risco
Rotimijohnson A.W.B. ¹⁴ Reino Unido 1993	coorte	21 casos	clínico + laboratorial + radiológico paciente hospitalizado	idade média: 3,2 meses razão entre meninos e meninas: 2,5:1	
Sims DG Inglaterra 1981 ³⁴	coorte	26 casos	?	sibilância pós-bronquiolite: s/ associação c/ hist. familiar de sibilância, eczema ou rinite	19% de perdas

*p< 0,001

**p< 0,005

***p<0,01

p<0,07

2. Modelo Teórico

O modelo hierárquico (Figura 1) para hospitalização por bronquiolite (primeiro desfecho) e sibilância recorrente (segundo desfecho) foi construído com base na literatura revisada^{1,7,8,10,14,16,17,19,20,21,22,23,24,25,31}. Assim, os fatores socioeconômicos situados no primeiro nível podem influenciar as outras variáveis, excetuando-se as demográficas¹.

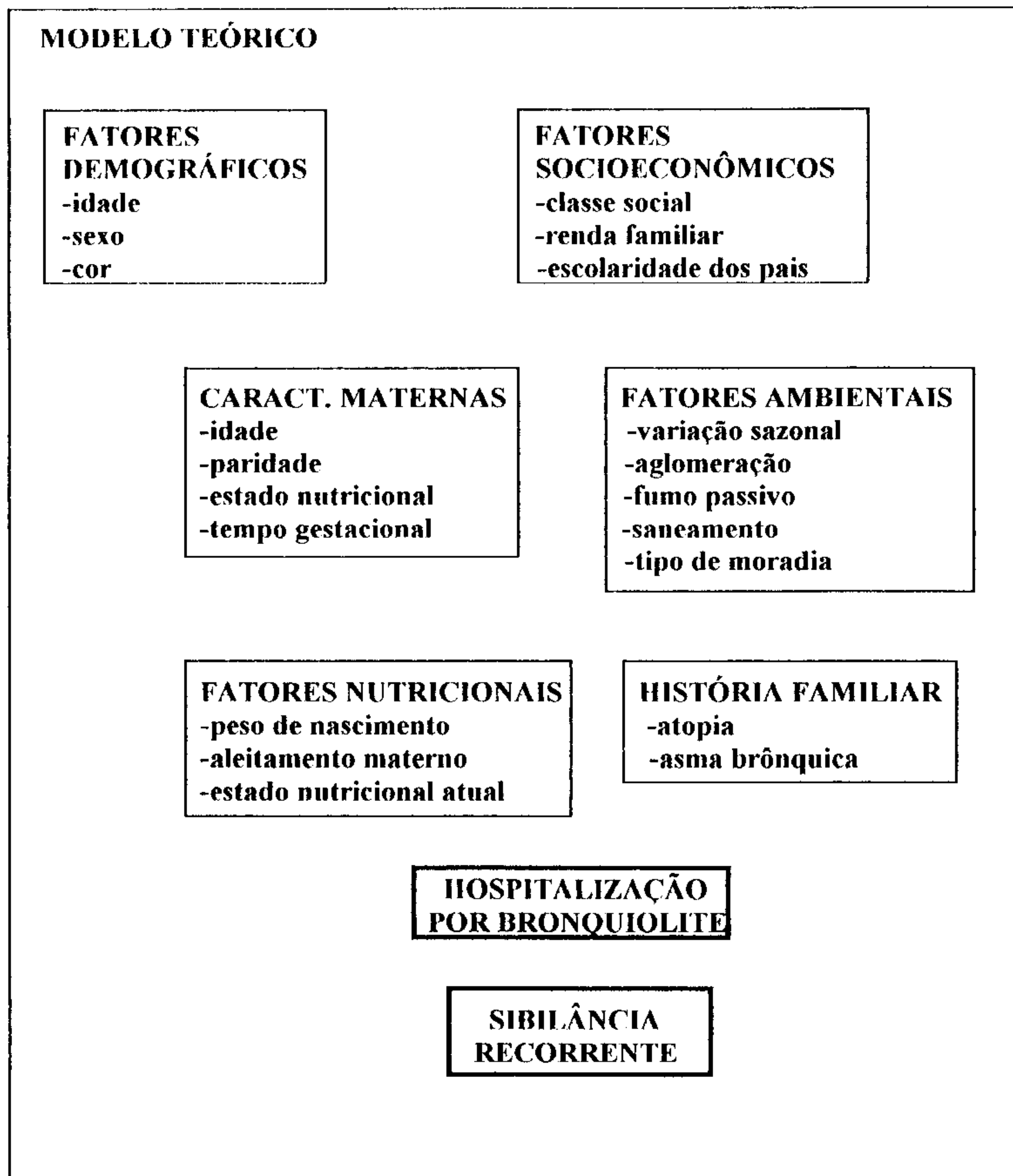
No segundo nível hierárquico, situam-se as características maternas e as variáveis ambientais.

No nível proximal (terceiro nível do modelo), estão as variáveis nutricionais que são afetadas pelas variáveis anteriores; encontram-se também as variáveis relacionadas à história familiar de atopia e asma.

No nível proximal (terceiro nível do modelo), estão as variáveis nutricionais que podem estar afetadas pelas variáveis anteriores; neste mesmo nível encontram-se as variáveis relacionadas à história familiar de atopia e asma, que podem determinar diretamente a bronquiolite.

Para o segundo desfecho, sibilância recorrente, há um quarto nível hierárquico constituído pela hospitalização por bronquiolite.

Figura 1. Modelo Teórico



II. OBJETIVOS

Gerais:

1. Identificar os fatores de risco socioeconômicos, reprodutivos, ambientais e nutricionais, associados à hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal em Pelotas-RS.
2. Avaliar o aparecimento de sibilância recorrente pós-hospitalização por bronquiolite.

Específicos:

1. Medir a incidência de hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal, nas crianças da coorte de 1993.
2. Avaliar a associação entre hospitalização por bronquiolite e os seguintes fatores:
 - classe social, renda familiar e escolaridade dos pais;
 - idade materna, paridade e intervalo interpartal;
 - idade gestacional e peso de nascimento;
 - amamentação;
 - aglomeração familiar e tipo de moradia;
 - tabagismo dos pais;
 - história familiar de atopia e asma brônquica.
3. Avaliar a magnitude da associação internação por bronquiolite e sibilância recorrente.

III. HIPÓTESES

A hospitalização por bronquiolite:

- ◆ está diretamente associada à aglomeração familiar e exposição ao fumo passivo;
- ◆ está inversamente associada ao aleitamento materno;
- ◆ é mais freqüente nos primeiros seis meses de vida e em meninos;
- ◆ está associada ao desenvolvimento de sibilância recorrente.

IV. METODOLOGIA

Este estudo é constituído por um componente longitudinal e um de casos e controles, ambos aninhados à coorte de 1993.

Todas as crianças nascidas na cidade de Pelotas em 1993 fizeram parte da coorte de 1993. Esta coorte foi constituída por quatro subestudos, cada um com metodologia e logística específicas, a saber: perinatal, acompanhamentos (um, três, seis e 12 meses), morbidade e mortalidade.

O estudo perinatal contou com uma equipe de dez entrevistadores e um supervisor. Eram realizadas visitas diárias aos cinco hospitais da cidade, identificando todos os nascimentos ocorridos. As mães eram entrevistadas através de um questionário padronizado, visando à obtenção de informações sobre condições socioeconômicas e ambientais, história reprodutiva materna, dados demográficos, assistência pré e perinatal. Era realizada avaliação antropométrica do recém-nascido e calculada a idade gestacional, através do método de Dubowitz³⁵.

O estudo de acompanhamento foi realizado por duas equipes com três entrevistadores e dois supervisores. O objetivo foi avaliar a evolução das crianças com um, três, seis e 12 meses de idade. Foram realizadas visitas domiciliares, ocasião em que as mães eram entrevistadas e as crianças, pesadas e medidas. Os acompanhamentos de um e três meses foram realizados em uma amostra de 10% das crianças da coorte; nos dois últimos acompanhamentos (seis e 12 meses), foram visitadas 20% das crianças e todas as que nasceram com baixo peso.

O estudo de morbidade investigou todas as admissões hospitalares das crianças nascidas em Pelotas em 1993. A equipe era formada por quatro entrevistadores e um supervisor, e visitava diariamente todos os hospitais da cidade. As mães eram entrevistadas, o prontuário revisado e, quando necessário, era realizada entrevista com o médico.

O estudo de mortalidade foi realizado através da investigação dos óbitos domiciliares e hospitalares ocorridos nas crianças da coorte de 1993. A equipe era composta por uma entrevistadora e uma supervisora. Eram realizadas visitas diárias aos hospitais e, mensalmente, aos cemitérios, cartórios de registro civil e Delegacia Regional de Saúde. A mãe e o médico eram entrevistados através de questionário padronizado.

1. Metodologia do estudo de casos e controles

a. Delineamento:

O estudo de casos e controles foi aninhado no estudo da coorte, sendo do tipo caso-base ou inclusivo. Neste tipo de delineamento, os controles são definidos previamente, independentemente de virem a tornarem-se casos³⁶.

b. População-alvo:

A população-alvo compreendeu todas as crianças nascidas em Pelotas no ano de 1993 e residentes na zona urbana desta cidade, na Praia do Laranjal ou no Jardim América, um bairro da cidade vizinha do Capão do Leão, recentemente emancipada.

c. Definição dos casos:

Todas as crianças que permaneceram internadas por tempo superior a 24 horas, com diagnóstico de bronquiolite aguda.

A causa da internação foi determinada por dois árbitros independentes, com base nas informações do prontuário, entrevista com a mãe e, quando necessário, entrevista com o médico. Em caso de discordância, um terceiro árbitro emitia o seu parecer. Quando este concordava com um dos árbitros, o diagnóstico ficava estabelecido; persistindo a

discordância, havia uma reunião entre os três que discutiam até chegarem ao diagnóstico. Os diagnósticos foram codificados conforme a 9ª Classificação Internacional de Doenças³⁷.

d. Critério Diagnóstico:

O diagnóstico de bronquiolite foi baseado em achados clínicos, incluindo os seguintes: sibilância expiratória de início agudo, ausência de história prévia, sinais de doença respiratória viral como coriza, tosse ou febre, acompanhados de dificuldade respiratória^{7,10,18,23,28,30,32,38,39}.

e. Seleção dos Controles:

O grupo-controle foi composto pelas crianças visitadas nos acompanhamentos. Para as crianças internadas com idade entre 28 e 89 dias, os controles eram as crianças do acompanhamento de um mês; para aquelas hospitalizadas com 90 a 179 dias e entre 180 e 364 dias, os controles eram, respectivamente, crianças pertencentes aos acompanhamentos de três e seis meses. Excluíram-se crianças portadoras de malformações congênitas e fibrose cística.

O número de crianças para controle ficou distribuído da seguinte forma:

- Para variáveis coletadas no estudo perinatal: 5304
- Primeiro acompanhamento: 649
- Segundo acompanhamento: 649
- Terceiro acompanhamento: 1098

Para estudo das variáveis coletadas durante o estudo perinatal, todos os 5304 nascidos vivos serviram como controles. Para as variáveis que mudam com a idade (como aleitamento, exposição ao fumo ambiental, etc.), os controles foram obtidos dos estudos de acompanhamento. Por exemplo, em um caso de hospitalização com dois meses de idade, foi entrevistada sobre os fatores de risco presentes quando a criança tinha um mês de idade (primeiro estudo de acompanhamento).

f. Amostragem

Com base na literatura, estimou-se uma incidência de 2% de hospitalizações por bronquiolite no primeiro ano de vida, acarretando, portanto, cerca de 110 casos. Para as variáveis coletadas no estudo perinatal, todas as crianças foram incluídas, perfazendo cerca de 47 controles para cada caso. As variáveis do estudo de acompanhamento serão avaliadas com cálculo de tamanho de amostra, utilizando-se a razão de 1 caso para 18 controles.

Os cálculos para o tamanho de amostra foram baseados em erro beta de 0,2 e erro alfa de 0,05, com exposição variando entre 10 e 25% e razão de odds de 2,0 e 2,5. Foram acrescentados 15% para análise de fatores de confusão e mais 10% para perdas. As variáveis de exposição consideradas para realizar os cálculos foram: renda familiar menor que um salário-mínimo (19%)⁴⁰, escolaridade materna inferior a três anos completos (9,3%)⁴⁰, mães adolescentes (17,4%)⁴⁰, peso materno no início da gestação inferior a 50 Kg (15,7%)⁴⁰, amamentação até doze meses (16%)⁴¹.

A tabela seguinte mostra os valores obtidos, destacando-se em negrito os passíveis de serem obtidos.

Tabela 1. Resultados dos cálculos de amostragem, com a razão de 18 controles para cada caso

Exposição	Odds Ratio	Controles	Casos	Total
10%	2.0	3324	185	3509
10%	2.5	1753	97	1850
25%	2.0	1867	104	1971
25%	2.5	1047	58	1105

2. Metodologia do estudo longitudinal

Todos os casos e uma subamostra dos controles serão revisitados de fevereiro a abril de 1996, objetivando avaliar a presença de sibilância recorrente, através de questionário padronizado aplicado às mães. Serão colhidos dados referentes a índice de reinternações, sintomatologia respiratória (tosse, dispnéia, sibilância), situação socioeconômica atual, estado nutricional, condições ambientais atuais, consumo de medicamentos, história familiar e pessoal de atopia e asma brônquica. Além de se entrevistar a mãe, serão tomadas as medidas antropométricas da criança.

a. Amostragem

Estimando-se que 40% das crianças hospitalizadas por bronquiolite apresentam sibilância recorrente^{11,18,32}, contra 5% das crianças controle, seriam necessárias apenas 33 crianças em cada grupo para detectar esta diferença como estatisticamente significativa ($p < 5\%$), com um poder de 90%. O tamanho de amostra proposto, de 110 crianças com hospitalização prévia por bronquiolite e 220 controles, mostra-se plenamente adequado, com um poder superior a 99% e um erro alfa inferior a 0,01, mesmo sendo acrescidos 30% para controlar fatores de confusão e 10% para possíveis perdas.

b. Definição das exposições

1. classe social: estrato social conforme a classificação de Bronfmann⁴² (burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não-típico, proletariado típico e subproletariado). Fonte: estudo perinatal

2. renda familiar: renda mensal da família em salários mínimos, referente ao total recebido pelas pessoas do domicílio no mês anterior à entrevista. Fonte: estudo perinatal

3. escolaridade dos pais: número de anos completos de estudo, com aprovação. Fonte: estudo perinatal

- 4. idade da criança:** idade da criança na admissão hospitalar e no momento da visita de acompanhamento para o segundo estudo. Fonte: estudo de acompanhamento
- 5. idade da mãe:** idade da mãe em anos completos. Fonte: estudo perinatal
- 6. estado nutricional materno:** avaliado pelo peso no início e no final da gestação. Fonte: estudo perinatal
- 7. paridade:** número de filhos paridos pela mãe da criança. Fonte: estudo perinatal
- 8. tempo de gestação:** idade gestacional avaliada pelo método de Dubowitz³⁵. Fonte: estudo perinatal
- 9. aglomeração:** presença de duas ou mais pessoas por compartimento usado para dormir. Fonte: estudo de acompanhamento
- 10. fumo passivo:** exposição à fumaça provocada pelo hábito de fumar dentro de casa. Fonte: estudo de acompanhamento
- 11. saneamento:** condições de suprimento de água e destino de dejetos. Fonte: estudo de acompanhamento
- 12. tipo de moradia:** características da construção da residência em relação ao material utilizado (tijolos, madeira, mista, etc). Fonte: estudo de acompanhamento
- 13. peso ao nascer:** peso ao nascimento em gramas. Fonte: estudo perinatal
- 14. aleitamento materno:** tempo de amamentação calculado em meses a partir do nascimento e tipo de aleitamento (exclusivo ou misto). Fonte: estudos de acompanhamento

15. estado nutricional: avaliado pela relação peso/idade, altura/idade e peso/altura. Fonte: estudos de acompanhamento

16. história familiar de atopia e/ou asma brônquica: relato de diagnóstico médico de alergia e/ou asma brônquica dos irmãos ou pais da criança. Fonte: estudo de acompanhamento

c. Instrumentos

Esta etapa do estudo utilizará um questionário padronizado que será testado previamente, através de entrevista com algumas mães, e sofrerá as modificações que se fizerem necessárias. As questões referentes ao histórico de doença pulmonar da criança e avaliação do aparelho respiratório serão baseadas no “Children’s Questionnaire ATS-DLD-78-C”⁴³.

O questionário para o estudo-piloto e o modelo final serão preparados através do editor de texto Word 6.0 for Windows⁴⁴.

O questionário será acompanhado de um manual que terá a finalidade de levar os entrevistadores a procederem de maneira uniforme e utilizarem as mesmas definições para a coleta de dados. Este manual constará de uma parte geral onde o entrevistador recebe instruções sobre como deverá se apresentar, codificar as questões e proceder em casos de dúvidas. A parte específica do manual diz respeito à orientação para entender, formular e codificar cada questão isoladamente.

Para o exame antropométrico das crianças, serão utilizadas balanças portáteis modelo CMS, com precisão de 100g, aferidas semanalmente com pesos-padrão; o comprimento será medido com antropômetros AHRTAG⁴⁵ com precisão de 1mm.

d. Logística

A equipe será composta por uma supervisora (pediatra) e cinco entrevistadores (estudantes de Medicina) treinados previamente. Estes entrevistadores visitarão igualmente casos e controles, não tendo conhecimento prévio dos objetivos do estudo.

Os entrevistadores farão as visitas domiciliares de forma individual e irão se deslocar utilizando ônibus de linha como meio de transporte, munidos com mapa das áreas que deverão ser cobertas. Terão como tarefas realizar duas entrevistas por dia e, em caso de não encontrar a mãe a ser entrevistada e a criança que será medida, deverão voltar em outro momento, até esgotar quatro tentativas. Os questionários deverão ser codificados no mesmo dia permitindo que sejam feitas correções se ocorrerem quaisquer erros. Serão entregues no máximo 48 horas após a visita domiciliar. A supervisora fará a revisão dos questionários e a codificação das perguntas abertas.

A carga horária dos entrevistadores será de aproximadamente 4 horas/dia. Este período deverá ser suficiente para cobrir o tempo de deslocamento e localização da casa, realização da entrevista, aferição das medidas da criança e posterior codificação. Cada entrevistador deverá realizar duas entrevistas por dia, durante cinco dias da semana. Estima-se que o tempo gasto para a localização das crianças, incluindo as que tiverem mudado de endereço, e a realização das entrevistas, ficará em torno de 60 a 70 dias.

Os entrevistadores darão início ao trabalho de campo 2 dias após o estudo-piloto, período em que serão feitos os ajustes necessários e a impressão do modelo final do questionário.

e. Seleção e treinamento da equipe

A seleção dos entrevistadores será feita através de uma entrevista com os voluntários inscritos no Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Serão selecionados inicialmente 10 alunos.

O treinamento será feito através do estudo de técnica de entrevista e aplicação dos questionários, bem como da interpretação do manual de instruções. Serão feitas simulações de entrevistas, utilizando-se a técnica de dramatização (onde pessoas do grupo funcionarão, alternadamente, como entrevistados), visando observar o comportamento dos entrevistadores diante de adversidades que possam ocorrer. Ainda fazendo parte do treinamento, será demonstrada e, após, repetida sob supervisão, a técnica para aferição das medidas; esta parte do treinamento será executada com crianças hospitalizadas, que tenham condições de ser submetidas a este procedimento, mediante a permissão do responsável.

O treinamento terá a duração de cinco dias; ao término, serão escolhidos os cinco entrevistadores que permanecerão no estudo e dois que ficarão como suplentes, para o caso de haver desistência ou alguma eventualidade durante o trabalho de campo.

f. Estudo-piloto

Após o período de treinamento, será realizado o estudo-piloto. Serão escolhidas, de maneira aleatória, quinze crianças da amostra. Os entrevistadores deverão identificar os domicílios, checar a existência da criança naquele endereço, apresentar-se à família, aplicar o questionário e realizar a mensuração das crianças. Em caso de mudança de endereço, deverão dirigir-se aos vizinhos mais próximos, tentando obter dados sobre a nova localização. Cada entrevistador será responsável pela execução de três entrevistas. Ao final do dia, os entrevistadores relatarão à coordenadora as dificuldades encontradas e codificarão os questionários. O material será revisado e os dados digitados.

g. Controle de Qualidade

O controle de qualidade será garantido através de vários mecanismos: pré-teste dos questionários, manual de instruções detalhado, treinamento dos entrevistadores, estudo piloto e repetição de 10% de todas as entrevistas, em uma amostra aleatória, visando avaliar a qualidade e veracidade dos dados coletados.

3. Aspectos Éticos

A investigação será feita mediante o consentimento das mães e garantida a confidencialidade dos dados. As crianças que apresentarem algum problema detectado durante o estudo serão encaminhadas ao serviço de saúde.

4. Processamento dos dados

A digitação dos dados será feita utilizando-se o programa Epi-Info 6.0⁴⁶; serão realizadas duas digitações e os erros serão corrigidos. A estrutura para a entrada de dados será criada previamente com este mesmo programa. Serão feitas três cópias, em disquetes diferentes, de todos os dados, e atualizadas diariamente. Após a digitação, será realizada a limpeza dos dados. Estas tarefas serão realizadas por um estudante de Medicina e pela supervisora.

5. Análise dos dados

Os programas utilizados serão o Spss for Windows⁴⁷, para realizar as análises univariada, bivariada e multivariada.

O plano de análise incluirá as seguintes etapas:

1. Obter as frequências de todas as variáveis (doença, fatores de risco e confusão) e examinar suas distribuições;
2. Estabelecer pontos de corte para os fatores de risco e confusão, recodificando-os quando necessário;
3. Realizar análise bivariada, cruzando os possíveis fatores de risco com a doença, observando a prevalência da exposição nos casos e controles, e avaliando os resultados do teste de associação;

4. Identificar possíveis fatores de confusão, testando se estão associados significativamente ou não com a doença e com o fator de risco.
5. Investigar mais detalhadamente fatores de confusão e/ou modificadores de efeito através de estratificação;
6. Realizar análise multivariada, controlando simultaneamente diversos fatores de risco e/ou confusão, através da regressão logística⁴⁸.

Os odds ratios e seus intervalos de confiança serão calculados usando-se regressão logística condicional. A significância estatística será obtida através do teste de verossimilhança, e, quando necessário, será aplicado teste de tendência linear.

A análise multivariada levará em conta as relações hierárquicas entre os fatores de risco propostos^{49,50}. Praticamente todas as categorias analíticas estão interrelacionadas, variando a magnitude desta associação⁵⁰. As variáveis distais podem determinar, direta ou indiretamente, todas as outras variáveis em estudo, excetuando-se as demográficas como idade e sexo. Isto significa dizer que algumas condições não são responsáveis diretamente pela ocorrência da doença, mas favorecem a proximidade de alguns determinantes. Assim, os fatores socioeconômicos que pertencem, juntamente com as variáveis demográficas, ao primeiro nível, poderão influenciar características maternas e ambientais.

O segundo nível é formado pelas características maternas e fatores ambientais. Para o primeiro desfecho, hospitalização por bronquiolite, o terceiro nível é formado pelos fatores nutricionais; para o segundo desfecho, sibilância recorrente, além dos fatores nutricionais, será avaliada história familiar de atopia e asma brônquica no terceiro nível, e hospitalização por bronquiolite no quarto.

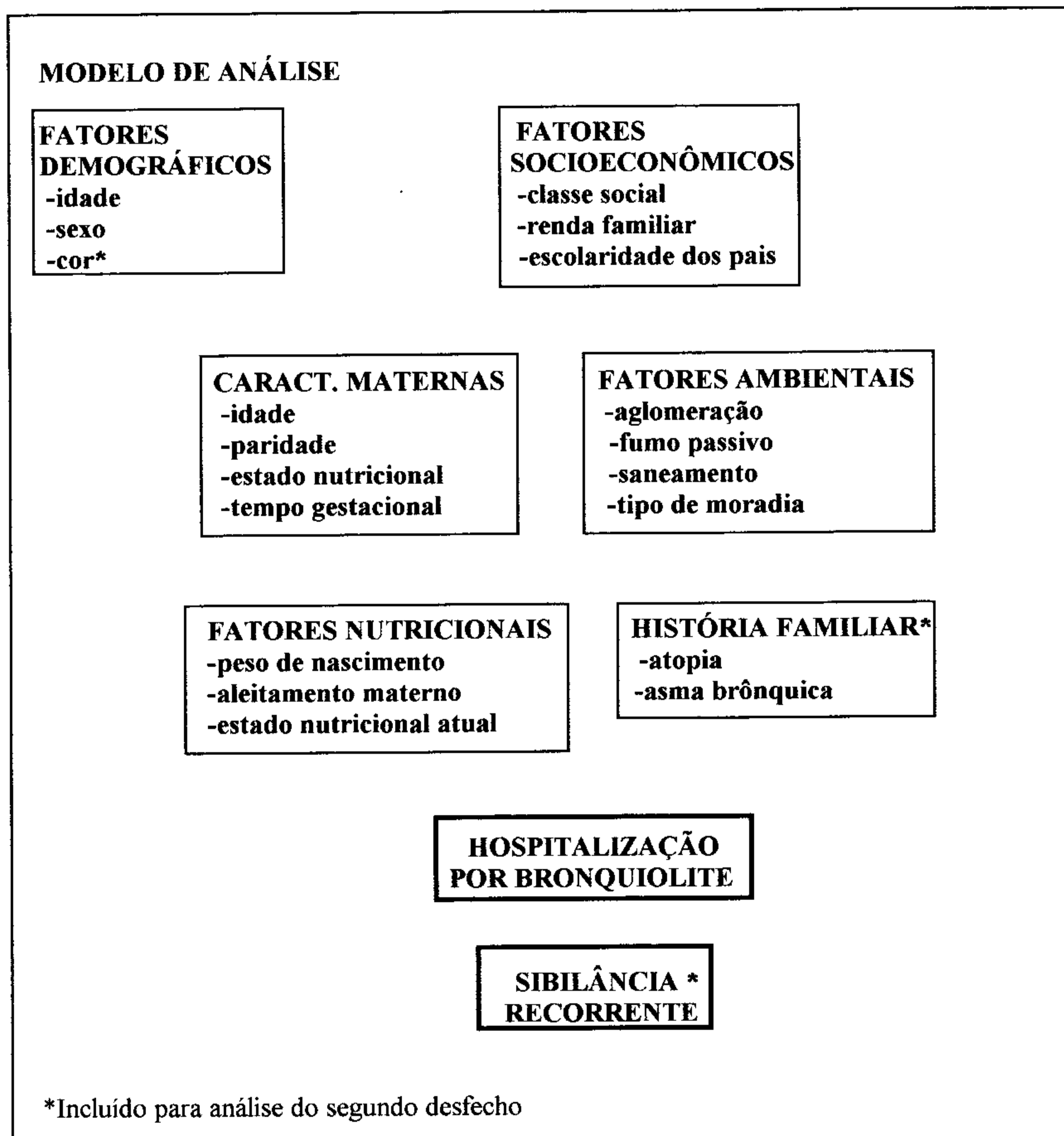
No primeiro passo da análise multivariada, entrarão as variáveis sexo e idade; a seguir, as variáveis socioeconômicas serão acrescentadas ao modelo. As variáveis que mostrarem

associação serão mantidas; as variáveis seguintes serão sucessivamente acrescentadas ao modelo e sofrerão o mesmo processo.

Serão considerados possíveis fatores de confusão aquelas variáveis que mostrarem estar associadas com a exposição, com o desfecho e não serem um elo na cadeia causal que vincula a exposição com o desfecho, com um $p \leq 0,10$ e uma diferença entre o odds bruto e o ajustado $\geq 10\%$.

O modelo de análise está exposto na figura a seguir.

Figura 2. Modelo de Análise



6. Limitações do Estudo

Entre as limitações do estudo estão as seguintes: viés de memória, devido ao fato de a aplicação dos questionários aos controles ser no máximo 15 dias após a data do estabelecido para o acompanhamento. Assim, pode-se ter uma criança que tenha sido internada com 360 dias de vida e sua mãe responder a um questionário cujas perguntas se referem aos seus seis meses de idade. O controle é uma criança cuja mãe foi entrevistada no máximo 15 dias após ela ter completado os seis meses, podendo esta lembrar melhor alguns detalhes do que a mãe do caso.

Outra possível limitação diz respeito ao viés de Berkson⁵¹, que é um viés de seleção, ou seja, crianças com baixas condições socioeconômicas internariam mais que as de melhores condições, pois as últimas poderiam receber tratamento em casa, isto considerando que ambas apresentassem quadro clínico semelhante em relação à gravidade.

7. Cronograma

O estudo terá suas atividades distribuídas conforme o seguinte cronograma⁴⁵:

Ano	1995			1996								
Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Preparação	♣	♣										
Amostragem		♣										
Seleção e Treinamento			♣									
Estudo-piloto			♣									
Preparação Trab. Campo			♣									
Trabalho de Campo				♣	♣	♣						
Processamento de Dados						♣	♣					
Análise dos Dados								♣	♣	♣		
Redação Final										♣	♣	
Relatório											♣	♣

8. Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão apresentados em artigos para revistas científicas e sofrerão as modificações de linguagem necessárias para sua divulgação entre a população em geral, autoridades e órgãos envolvidos com política de saúde⁴⁵.

9. Orçamento

O orçamento⁴⁵ inclui as despesas com passagens de ônibus para o deslocamento até os domicílios, combustível para as visitas do controle de qualidade e busca de possíveis perdas e recusas.

O material para pesar e medir as crianças será cedido pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas.

As despesas incluem ainda a compra de um microcomputador e impressora para realizar o processamento e armazenamento dos dados, bem como de disquetes, cartuchos e papel. Serão também necessários lápis, borrachas, apontadores, pranchetas, pastas e crachás para os entrevistadores. Outros gastos serão aqueles referentes à confecção dos questionários e manuais, fotocópias, comunicações, impressão do relatório final e gastos eventuais durante o treinamento, o estudo-piloto e o trabalho de campo.

A seguir, tem-se uma descrição pormenorizada do orçamento:

Salários e encargos Sociais:

5 entrevistadores.....bolsista

1 digitador.....bolsista

Transporte:

passagens de ônibus.....R\$ 500,00

combustível.....R\$ 50,00

gastos eventuais.....R\$ 100,00

Equipamentos:

balança e acessórios.....cedidos*

antropômetros.....cedidos*

fitas métricas.....cedidas*

microcomputador.....R\$2500,00

impressora.....R\$ 800,00

Material de Consumo:

material de escritório.....R\$ 20,00

crachás.....R\$ 10,00

detergente.....R\$ 10,00

papel para computador.....R\$ 80,00

disquetes.....R\$ 30,00

cartucho para impressora.....R\$ 90,00

Outros:

impressão de questionários e manuais.....R\$ 100,00

fotocópias de mapas, instruções.....R\$ 10,00

gastos com treinamento.....R\$ 50,00

gastos com estudo-piloto.....R\$ 50,00

comunicações.....R\$ 10,00

impressão do relatório final.....R\$ 100,00

Total.....R\$4.510,00

*cedidos pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas-UFPEL

V. BIBLIOGRAFIA

1. Victora CG, Fuchs SC, Flores JAC, Fonseca W, Kirkwood B. Risk Factors for Pneumonia Among Children in a Brazilian Metropolitan Area. *Pediatrics* 1994; 93:977-85.
2. Cherian T, John TJ, Simoes E, Steinhoff MC, John M. Evaluation of Simple Clinical Signs for the Diagnosis of Acute Lower Respiratory Tract Infection. *The Lancet* 1988; 125-8.
3. Estatísticas de Saúde: Mortalidade, 1994. Núcleo de Informação em Saúde- SUS-RS- Porto Alegre, V 20,1996.
4. Taussig LM, Wright AL, Morgan WJ, Harrison HR, Ray CG, and GHMA Pediatricians. The Tucson Children's Respiratory Study. I. Design and Implementation of a Prospective Study of Acute and Chronic Respiratory Illness in Children. *Am J of Epidemiol* 1989; 129: (6):1219-31.
5. Levy J. Épidémiologie des infections respiratoires basses de l'enfant. *Rev Méd Brux* 1994; 15:194-7.
6. Piva JP, Carvalho P, Garcia PC. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 3^a ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1992:185-96.
7. Sung RYT, Chan RCK, Tam JS, Cheng AFB and Murray HGS. Epidemiology and aetiology of acute bronchiolitis in Hong Kong infants. *Epidemiol Infect* 1992; 108(1):147-54.
8. Panitch HB, Callahan CW, Schidlow DV. Bronchiolitis. *Clinics in Chest Medicine* 1993; 14(4), 715-31.

9. Kendig EL. Pulmonary Disorders -Vol. I of Disorders of the Respiratory Tract in Children-W.B. USA: Saunders Company, 1972: 223-231
10. McConnochie KM, Roghmann KJ. Parental Smoking, Presence of Older Siblings, and Family History of Asthma Increase Risk of Bronchiolitis. *American Journal of Diseases of Children* 1986; 140:806-12.
11. Pullan CR, Hey EN. Wheezing, asthma, and pulmonary dysfunction 10 years after infection with respiratory syncytial virus in infancy. *British Medical Journal* 1982; 284:1665-69.
12. Milner AD, Murray M. Acute bronchiolitis in infancy: treatment and prognosis. *Thorax* 1989; 44:1-5.
13. Everard ML, Milner AD. The respiratory syncytial virus and its role in acute bronchiolitis. *European Journal of Pediatrics* 1992; 151:638-51.
14. Rotimijohnson AWB. Acute Bronchiolitis in Nigerian Children. *Journal of Tropical Pediatrics* 1993; 39:315-18.
15. Kattan M, Keens TG, Lapierre JG, Levison H, Bryan C, Reilly BJ. Pulmonary Function Abnormalities in Symptom-free Children After Bronchiolitis. *Pediatrics* 1977; 59:683-688.
16. La Via WV, Grant SW, Stutman HR, Marks MI. Clinical Profile of Pediatric Patients Hospitalized With Respiratory Syncytial Virus Infection. *Clinical Pediatrics* 1993; 450-4.
17. Strachan DP, Seagroatt V, Cook DG. Chest Illness in Infancy and Chronic Respiratory Disease in Later Life: An Analysis by Month of Birth. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23:1060-8.

18. Murray M, Webb MSC, O'Callaghan C, Swarbrick AS, Milner AD. Respiratory Status and Allergy After Bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood* 1992; 67: 482-7.
19. Martinez FD, Wright AL, Holberg CJ, Morgan WJ, Taussig LM. Maternal age as a Risk Factor for Wheezing Lower Respiratory Illnesses in the First Year of Life. *American Journal of Epidemiology* 1992; 136:1258-68.
20. Pullan CR, Toms GL, Martin AJ, Gardner PS, Webb JKG, Appleton DR. Breast-feeding and respiratory syncytial virus infection. *British Medical Journal* 1980; 281:1034-36.
21. American Academy of Pediatrics. Involuntary Smoking - A Hazard to Children. *Pediatrics* 1986; 77:755-57.
22. Pedreira FA, Guandolo VL, Feroli EJ, Mella GW, Weiss IP. Involuntary Smoking and Incidence of Respiratory Illness During the First Year of Life. *Pediatrics* 1985; 594-7.
23. Morris K, Morganlander M, Coulehan JL, Gahagen S, Arena VC. Wood-Burning Stoves and Lower Respiratory Tract Infection in American Indian Children. *AJDC* 1990; 144:105-8.
24. Pisacane A, Graziano L, Zona G, Granata G, Dolezalova H, Cafiero M, Coppola A, Scarpellino B, Ummarino M, Mazzarella G. Breast Feeding and Acute Lower Respiratory Infection. *Acta Paediatr* 1994; 83:714-18.
25. Welliver RC, Wong DT, Sun M, McCarthy N. Parainfluenza Virus Bronchiolitis. *AJDC* 1986; 140: 34-40.
26. Young S, O'Keeffe PT, Arnott J, Landau LI. Lung Function, Airway Responsiveness, and Respiratory Symptoms Before and After Bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood* 1995; 72:16-24.

27. Frank AL, Taber LH, Glezen WP, Kasel GL, Wells CR, Paredes A. Breast-feeding and Respiratory Virus Infection. *Pediatrics* 1982;70:239-45.
28. McConnochie KM, Roghmann KJ. Predicting Clinically Significant Lower Respiratory Tract Illness in Childhood Following Mild Bronchiolitis. *AJDC* 1985; 139:625-31.
29. Kuikka L, Reijonen T, Remes K, Korppi M. Bronchial asthma after early Childhood wheezing: a follow-up until 4.5 - 6 years of age. *Acta Paediatr* 1994; 83:744-8.
30. Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Kjellman B, Björkstén B. Asthma and Immunoglobulin E Antibodies After Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis: A prospective Cohort Study With Matched Controls. *Pediatrics* 1995; 95:500-5.
31. Welliver RC, Sun M, Rinaldo D, Ogra PL. Predictive Value of Respiratory Syncytial Virus-Specific IgE Responses for Recurrent Wheezing Following Bronchiolitis. *The Journal of Pediatrics* 1986; 109:776-80.
32. McConnochie KM, Roghmann KJ. Bronchiolitis as a Possible Cause of Wheezing in Childhood: New Evidence. *Pediatrics* 1984; 74:1-10.
33. Martinez FD, Wayne JM, Wright AL, et al. Diminished lung function as a predisposing factor for wheezing respiratory illness in infants. *The New England Journal of Medicine* 1988; 319:1112-7.
34. Sims DG, Gardner PS, Weightman D, Turner MW, Soothill JF. Atopy does not predispose to RSV bronchiolitis or post bronchiolitic wheezing. *British Medical Journal* 1981; (282):2086-88.
35. Dubowitz LMS, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestacional age in the newborn infant. *J Pediatr* 1970; 77:1-10.

36. Rodrigues L, Kirkwood BR. Case-control Designs in the Study of Common Diseases: Updates on the Demise of the Rare Disease Assumption and the Choice of Sampling Scheme for Controls. *International Journal of Epidemiology* 1990; 19: 205-13.
37. Classificação Internacional de Doenças. 9ª Conferência de Revisão, 1975.
38. Mulholland E K, Olinsky A, Shann FA. Clinical Findings and Severity of Acute Bronchiolitis. *The Lancet* 1990; 335: 259-61.
39. Skoner DP, Fireman P, Caliguiri L, Davis H. Plasma Elevations of Histamine and a Prostaglandin Metabolite in Acute Bronchiolitis. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:359-364.
40. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, et all. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública*; no prelo.
41. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and Socioeconomic Status in Southern Brazil. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75:558-562.
42. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JH, Teixeira AMB. Operacionalização do Conceito de Classe Social em Estudos Epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública* 1988; 22: 253-65.
43. Ferris BG. Epidemiology Standardization Project. *Am Rev Respir Dis* 1978; 118:1-120
44. Microsoft Word Versão 6.0 a.. Microsoft Corporation, 1989-1994.
45. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: UNICEF/Hucitec, 1991.

46. Epi Info versão 6.02. A Word Processing, Database and Statistics program for Public Centers for Disease Control and Health Prevention (USA), 1994.
47. Spss for Windows - Release 6.1. Standard Version. SPSS Inc, 1989-1994.
48. Victora CG, Smith PG, Barros FC, Vaughan PJ, Fuchs SC. Risk Factors for Deaths due to Respiratory Infections among Brazilian Infants. *International Journal of Epidemiology* 1989; 18:918-25.
49. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Revista de Saúde Pública*; no prelo.
50. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology*; no prelo.
51. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic Research - Principles and Quantitative Methods*. New York: Van Nostrand Reinhold Company 1982. Chap. 1, 10, 11.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Seleção e Treinamento

De um total de dez alunos foram selecionados oito, após entrevista realizada em dezembro de 1995, para o treinamento. Destes, apenas seis compareceram na primeira semana de janeiro para iniciar o treinamento, cuja duração foi ampliada para duas semanas, a fim de fixar melhor o aprendizado da aplicação dos questionários e das tomadas de medidas.

Ao final do treinamento, formou-se o grupo de cinco entrevistadores. Devido à impossibilidade de se manter a sexta pessoa como suplente, após o estudo-piloto reiniciou-se o treinamento de outros três alunos para que estivessem aptos a fazer parte do grupo, se assim fosse necessário.

Estudo-Piloto

O estudo-piloto foi realizado na segunda quinzena de janeiro e teve a duração de dois dias, após os quais os entrevistadores descansaram por uma semana, período utilizado para análise dos questionários, modificações e confecção do material definitivo. A modificação com base no piloto foi somente na ordem de uma das perguntas do questionário. O piloto teve por objetivo localizar e aplicar o questionário às mães de vinte crianças do estudo de acompanhamento do sexto mês, escolhidas por sorteio, as quais não estavam no grupo de crianças que seriam visitadas no trabalho de campo do estudo propriamente dito.

Trabalho de Campo

Este estudo teve por objetivo localizar todas as crianças nascidas em Pelotas, em 1993, que foram hospitalizadas por Bronquiolite Aguda no primeiro ano de vida. Para cada uma delas, foram escolhidas duas crianças-controle, escolhidas por sorteio no grupo das crianças do estudo de acompanhamento do sexto mês, totalizando 339 crianças. Foi desenvolvido de

fevereiro a junho de 1996. Como o grupo de crianças do acompanhamento do sexto mês tinha um acréscimo de mais 10% das crianças da coorte, e todas as crianças nascidas de baixo peso, o sorteio foi realizado sem este acréscimo.

O trabalho foi realizado por uma médica pediatra e cinco entrevistadores que aplicaram um questionário visando obter informações a respeito de sintomatologia respiratória, consumo de medicamentos, frequência à creche, morbidade prévia, estado vacinal, exposição passiva à fumaça do cigarro, aglomeração e fatores socioeconômicos. Eram também realizadas tomadas de medidas antropométricas. Durante o período de realização, três entrevistadores foram substituídos pelos suplentes.

O endereço para a visita foi obtido dos questionários das visitas de acompanhamento e do estudo de morbidade.

Visando localizar as crianças que mudaram de endereço, nos últimos dois meses, foi introduzido no grupo um aluno que tinha a função de visitar o último endereço, buscando novas informações. Além disso, foram visitados todos os Postos de Saúde da cidade, tentando-se obter o novo endereço através dos prontuários, o mesmo ocorrendo nos quatro principais hospitais da cidade. Outras tentativas de localização ocorreram através de listas com os nomes dos pais, levadas ao SAAE (Serviço Autônomo de Água e Esgoto) e CEEE (Companhia Estadual de Energia Elétrica). Anunciou-se também em duas rádios desta cidade e na cidade vizinha de Rio Grande. Utilizou-se o Guia Telefônico para, através do sobrenome, tentar localizar algum familiar da criança.

Vinte e quatro crianças mudaram de cidade, mas aquelas cujos endereços foram localizados foram contatadas. Destas, três aceitaram vir a Pelotas e tiveram suas passagens pagas. Outras seis foram visitadas em suas cidades (Rio Grande, Jaguarão, Santa Vitória, zona rural de Cristal e zona rural de Monte Bonito).

Controle de Qualidade

Paralelamente ao trabalho de campo, era feito o controle de qualidade, aplicando-se um questionário condensado a 10% dos entrevistados; não se encontrou nenhuma entrevista forjada.

Perdas e recusas

Ocorreram duas recusas iniciais por parte das mães que, após serem revisitadas pela coordenadora, aceitaram a entrevista.

Três crianças que seriam incluídas no estudo haviam falecido, uma pertencente ao grupo de casos e duas do grupo de controles. As perdas totalizaram 7%, sendo assim distribuídas: óbitos, 0.9%; endereço não-localizado, 1.8%; mudança de cidade, 4.4%. A Tabela 1 mostra estes dados.

Tabela 1. Número de casos e controles a serem localizados e respectivas perdas

	Esperado	Encontrado	Perdas (%)
Casos	113	105	8 (7.1)
Controles	226	210	16 (7.1)
Total	339	315	24 (7.1)

As perdas foram caracterizadas da seguinte forma:

-Casos-

Óbito: 1 (0.9%)

Endereço não-encontrado: 2 (1.8%)

-Controles-

Óbito: 2 (0.9%)

Endereço não-encontrado: 4 (1.8%)

um dos entrevistadores realizaram a dupla digitação dos dados; foi feita comparação através do software Epi Info, versão 6.02. Uma das digitações foi corrigida e transferida para o pacote estatístico SPSS for windows, onde foi realizada a limpeza dos dados. Procedeu-se à análise para detectar erros de codificação e de amplitude, observados através de listagem de frequências. Após esta etapa, o arquivo obtido foi anexado às informações do perinatal e da morbidade, para avaliar fatores perinatais associados à hospitalização. Foi também montado outro arquivo que, além destas informações, incluía as variáveis dos estudos de acompanhamento com um, três e seis meses.

Este relatório é referente ao estudo longitudinal para avaliar seqüela pulmonar pós-bronquiolite aguda. Para o estudo de casos e controles que analisou os fatores de risco para hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal, os dados já estavam coletados. Foi realizada avaliação de arquivos referentes ao estudo perinatal, estudo de morbidade e de acompanhamentos de um, três e seis meses de idade. Foi feita a limpeza de dados, seleção das variáveis de interesse, recodificação de variáveis e, após, formação de novos arquivos para análise por estratos etários.

ARTIGOS

**Amamentação, fumo materno e outros fatores de risco
associados à hospitalização por bronquiolite aguda
no período pós-neonatal**

Elaine P. Albernaz¹

Ana Maria B. Menezes²

Juraci A. César³

Cesar G. Victora⁴

Fernando C. Barros⁴

Ricardo Halpern¹

Luciani Oliveira¹

¹ Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal de Pelotas/RS

² Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Pelotas/RS

³ Departamento Materno-Infantil, Universidade do Rio Grande/RS

⁴ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas

Resumo

Objetivo: *Investigar a relação de fatores socioeconômicos, características maternas e amamentação com hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal*

Delineamento: *Caso-controle aninhado a um estudo de coorte*

Local: *Área urbana, em uma cidade do sul do Brasil*

Participantes: *Crianças hospitalizadas por bronquiolite, no período pós-neonatal, pertencentes à coorte de 1993.*

Resultados: *De 5304 crianças da coorte, 113 (2,1%) foram hospitalizadas por bronquiolite. A análise multivariada hierarquizada, realizada através de regressão logística para controlar possíveis fatores de confusão, mostrou os seguintes resultados: renda familiar esteve inversamente relacionada ao risco de hospitalização por bronquiolite, assim como idade gestacional. O aleitamento materno desempenhou um fator protetor; crianças com tempo de aleitamento materno inferior a 1 mês tiveram um risco 7 vezes maior de serem hospitalizadas por bronquiolite aguda nos primeiros 3 meses de vida. O risco de hospitalização por bronquiolite foi 57% maior naquelas expostas ao fumo materno.*

Conclusões: *A hospitalização por bronquiolite aguda está inversamente relacionada com renda familiar, idade gestacional e tempo de aleitamento materno, e diretamente relacionada com exposição a fumo materno. Não foi evidenciada associação com paridade ou história materna de asma brônquica.*

Descritores: *hospitalização, bronquiolite, criança, fator de risco*

Abstract

Study objective: *To investigate the relationship between socioeconomic factors, maternal characteristics, breast feeding and hospitalization for bronchiolitis in the post-neonatal period.*

Design: *A case-control study nested in a cohort.*

Local: *Urban area of a city in the south of Brazil.*

Participants: *Children hospitalized for bronchiolitis in the post neonatal period who belong to the cohort of 1993.*

Results: *Among the 5304 cohort children, 113 (2.1%) were hospitalized for bronchiolitis. The hierarquical multivariate analysis performed through logistic regression and adjusted for confounding factors, showed the following results: family income and gestacional age were inversely associated with the risk of hospitalization for bronchiolitis. Breast feeding showed a protective effect; children who were breast fed for less than one month had a 7 times risk for being hospitalized for bronchiolitis in the first three months of life. The risk for hospitalization for bronchiolitis is 57% higher in those exposed to maternal smoking than in those non exposed.*

Conclusions: *The hospitalization for acute bronchiolitis is inversely associated with family income, gestacional age and duration of breast feeding and positively associated with maternal smoke. There was no association with parity and maternal history of asthma.*

Keywords: *hospitalization, bronchiolitis, child, risk factor*

Introdução

As infecções respiratórias agudas têm sido a principal causa de morte em crianças com idade inferior a cinco anos, sendo responsáveis por 4,5 milhões de mortes a cada ano, a maioria destas ocorrendo em países em desenvolvimento^{1,2}. No estado do Rio Grande do Sul, em 1994, as doenças respiratórias foram causa de 25% dos óbitos em crianças entre 28 e 364 dias de vida³.

A bronquiolite aguda é uma das causas mais comuns de infecção nos primeiros anos de vida, acomete cerca de 15% das crianças até dois anos de idade e é a responsável pela hospitalização de cerca de 2 em cada 100 lactentes^{4,5}.

A frequência e a severidade da doença são maiores em crianças de famílias de baixa renda e menor escolaridade dos pais⁶. Características ambientais, como exposição a fumo passivo, presença de outras crianças na casa e aglomeração foram avaliadas em outros estudos, embora os resultados sejam controversos. A controvérsia também aparece em relação ao papel protetor do aleitamento materno^{7,8,9}. O estudo de Frank¹⁰, que acompanhou dois grupos de crianças (amamentadas e não-amamentadas) até os quatro anos de idade, não evidenciou proteção pela amamentação para a hospitalização por doença respiratória viral, mas destacou apenas uma tendência em diminuir a severidade da doença. O estudo de caso-controle de Pisacane⁸, de base hospitalar, evidenciou uma razão de odds de 0.42 quando comparou o aleitamento materno nos dois grupos; entretanto, o desfecho em estudo era hospitalização por pneumonia ou bronquiolite, não individualizando os dois diagnósticos.

Muitos estudos enfatizam que crianças hospitalizadas por bronquiolite têm um risco aumentado de desenvolverem seqüela pulmonar^{11,12,13}, caracterizada principalmente por tosse e sibilância recorrente^{14,15,16,17,18,19}. É discutível se a infecção seria responsável por um dano ao pulmão em crescimento ou se existiriam alterações prévias da via aérea, fazendo com que algumas crianças fossem mais suscetíveis a desenvolverem a infecção^{20,21,22,23,24}. Evidenciar os fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite faz-se

importante, não só pelo objetivo de diminuí-la, mas também pela tentativa de reduzir suas seqüelas.

Este estudo pretende contribuir, avaliando o papel de fatores socioeconômicos, reprodutivos e do aleitamento materno em relação à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal, em uma coorte de 5304 crianças.

Metodologia

Este é um estudo de casos e controles aninhado à coorte de 1993. Todas as crianças nascidas na cidade de Pelotas, em 1993, fizeram parte desta coorte que foi constituída por quatro subestudos, cada um com metodologia e logística específicas, a saber: perinatal, acompanhamentos (um, três, seis e 12 meses), morbidade e mortalidade²⁵.

No estudo perinatal eram feitas visitas diárias aos hospitais da cidade, identificando todos os nascimentos ocorridos. As mães eram entrevistadas através de um questionário padronizado, onde se obtinham informações sobre condições socioeconômicas e ambientais, história reprodutiva materna, dados demográficos, assistência pré e perinatal. Calculava-se a idade gestacional do recém-nascido, através do método de Dubowitz²⁶ e também era feita a tomada de suas medidas antropométricas.

O estudo de acompanhamento tinha o objetivo de avaliar a evolução das crianças com um, três, seis e 12 meses de idade, e foi realizado em uma amostra aleatória das crianças da coorte. Neste estudo eram feitas visitas domiciliares visando entrevistar as mães, pesar e medir as crianças.

O estudo de morbidade investigou todas as admissões hospitalares das crianças pertencentes à coorte. Diariamente, a equipe visitava todos os hospitais da cidade. As mães eram entrevistadas, os prontuários revisados e, quando necessário, era realizada entrevista com o médico. Definiu-se como critério de hospitalização a permanência da criança em ambiente hospitalar por um período superior a 24 horas. Dois árbitros independentes determinavam a causa da internação, com base nas informações obtidas. Em caso de

discordância, um terceiro árbitro emitia o seu parecer. Quando este concordava com um dos árbitros, o diagnóstico ficava estabelecido; se persistisse a discordância, havia uma reunião entre os três, que discutiam até chegarem ao diagnóstico. Os diagnósticos foram codificados conforme a 9ª Classificação Internacional de Doenças²⁷.

Foram definidos como casos todas as crianças com idade entre 28 e 364 dias, pertencentes à coorte de 1993, que haviam sido hospitalizadas por bronquiolite. O diagnóstico de bronquiolite foi baseado em achados clínicos, incluindo os seguintes: sibilância expiratória de início agudo, ausência de história prévia, sinais de doença respiratória viral, como coriza, tosse ou febre, acompanhados de dificuldade respiratória^{5,11,15,17,19,28,29,30,31,32}.

Para avaliar a influência das variáveis coletadas no estudo perinatal (sexo da criança, classe social, renda familiar, escolaridade dos pais, idade materna, paridade, ganho de peso durante a gestação, tempo gestacional, peso de nascimento e história materna de asma brônquica) foram utilizadas informações de 5304 crianças-controle.

Para analisar o efeito das variáveis exposição a fumo materno e tempo de aleitamento materno, coletadas nos estudos de acompanhamento com um, três e seis meses, os controles foram distribuídos da seguinte forma: para as crianças hospitalizadas entre 28 e 89 dias, os controles pertenceram ao estudo de acompanhamento do primeiro mês. Para as crianças com hospitalização entre 90 e 179 dias, os controles haviam sido entrevistados aos três meses. Para os casos entre 180 e 364 dias, os controles pertenciam ao acompanhamento do sexto mês. Para o grupo hospitalizado entre 28 e 89 dias, o controle poderia ou não ter vindo a hospitalizar-se posteriormente, o que caracteriza o estudo como sendo do tipo caso-controle inclusivo³³. Para o grupo entre 90 e 179 dias, o controle também poderia vir a hospitalizar-se posteriormente, mas não poderia ter sido caso antes, isto obedecendo ao critério diagnóstico de que, para ser caso, não poderia ter história prévia. A relação caso:controle ficou assim distribuída nos três grupos: 44:649, 54:638 e 15:612. No caso de haver perda (“missing”) da informação acerca de exposição ao fumo materno e tempo de aleitamento materno, esta era obtida no acompanhamento seguinte.

Amostragem

O tamanho da amostra mostrou-se suficiente para detectar uma razão de produtos cruzados de 2, com um nível de significância de 5% e com um poder de 80%.

Análise

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, avaliando-se a distribuição de cada variável, separadamente para casos e controles. Após, as variáveis foram agrupadas em categorias. Buscaram-se associações entre os fatores de risco e a hospitalização por bronquiolite, através do cálculo da razão de produtos cruzados ou “odds ratio” (OR) e seu respectivo intervalo de confiança. A seguir, realizou-se análise multivariada através de regressão logística.

A análise multivariada levou em conta a relação hierárquica existente entre os fatores de risco avaliados^{34,35}, conforme a Figura 1. Desta forma, os fatores socioeconômicos que pertencem, juntamente com as variáveis demográficas, ao primeiro nível, entraram no primeiro passo da análise.

O segundo nível foi composto pelas características maternas. O terceiro, pelos fatores nutricionais e história materna de asma brônquica.

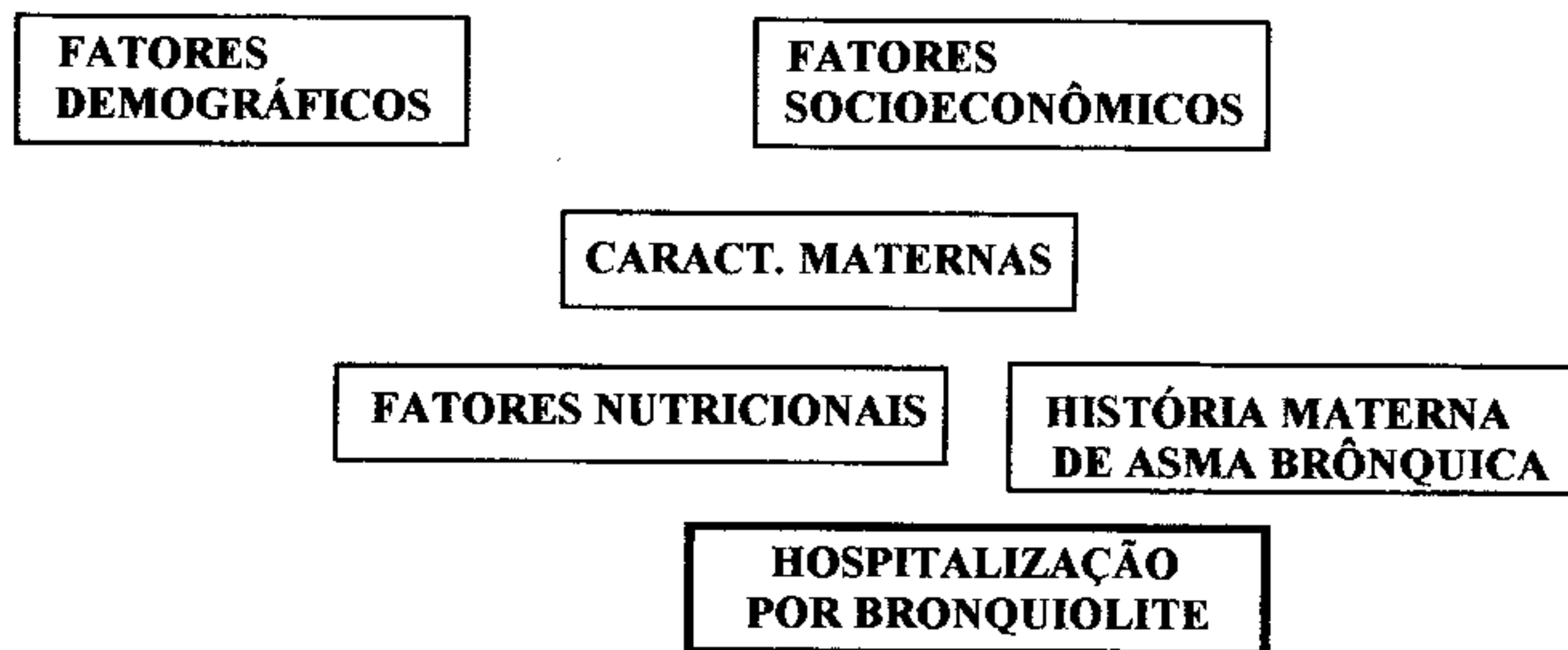
Foram levadas para análise multivariada as variáveis que se mostraram associadas com o desfecho, hospitalização por bronquiolite, com um p valor de até 0,20, conforme a análise bivariada. Consideraram-se como possíveis fatores de confusão aquelas variáveis que mostraram estar associadas com a exposição, com o desfecho, sem serem um elo na cadeia causal que vinculava a exposição com o desfecho, com um $p \leq 0,20$ e uma diferença entre o odds bruto e o ajustado $\geq 10\%$.

Com base em dados de literatura que mostram uma maior incidência de bronquiolite em meninos, mas com razões de odds inferiores a 2,0, e considerando que o cálculo do tamanho de amostra foi realizado para detectar valores iguais ou superiores a 2,0, definiu-

se, a priori, manter a variável sexo da criança no modelo de análise, independente do resultado do teste de significância estatística.

Após a análise realizada para o grupo de todas as crianças da coorte com hospitalização por bronquiolite entre 28 e 365 dias de vida, realizou-se também análise com estas crianças distribuídas em três subgrupos, conforme a idade no momento da hospitalização. O primeiro estrato etário compreendia as idades de 28 a 89 dias, o segundo, de 90 a 179 dias e o terceiro, de 180 a 364 dias.

Figura 1. Modelo de análise



Resultados

A coorte de 1993, de Pelotas, foi composta por 5304 crianças. No estudo de morbidade ocorreram 1,7% de perdas devido ao extravio de prontuários. Este percentual corresponde a 24 hospitalizações pelas mais diversas causas. O número de hospitalizações no primeiro ano de vida totalizou 1376, sendo que 952 crianças foram hospitalizadas. Para 8,6% dos prontuários revisados não foi possível estabelecer a causa básica da internação devido à escassez de informações disponíveis nos prontuários²⁵.

Das 5304 crianças, 113 (2,1%) foram hospitalizadas por bronquiolite aguda no período pós-neonatal. A distribuição por faixa etária ocorreu da seguinte forma: entre 28 e 89 dias, 44 casos (38,9%); de 90 a 179 dias, 54 casos (47,8%); de 180 a 364 dias, 15 casos (13,3%). A mediana do tempo de internação foi de 6 dias e 55% dos casos ocorreram no inverno.

O número de dados ignorados (“missing”) para as variáveis coletadas no estudo perinatal foi mínimo, não chegando a comprometer a análise. A Tabela 1 mostra a distribuição dos casos e controles de acordo com as características demográficas e socioeconômicas. Embora estatisticamente não-significativo, houve um predomínio de hospitalizações por bronquiolite nos meninos (OR 1,25), o que corresponde a achados de outros estudos. Talvez esta relação pudesse ter sido melhor demonstrada, se o tamanho da amostra fosse maior.

Em relação à renda familiar, houve um aumento de quase três vezes no risco de hospitalização por bronquiolite para o grupo de menor renda. Ao avaliar-se a associação entre escolaridade materna e o desfecho, observou-se um risco duas vezes maior no grupo de mães cuja escolaridade era inferior a cinco anos completos. A variável classe social não foi incluída na tabela, pois algumas categorias não tinham nenhuma criança como representante. Outro fator analisado e não demonstrado em tabela por não se mostrar associado ao desfecho hospitalização por bronquiolite foi a escolaridade paterna. As variáveis renda familiar e escolaridade materna apresentaram tendência linear.

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada, mostrando a distribuição de casos e controles conforme as características maternas e peso ao nascimento. O risco de hospitalização esteve inversamente relacionado à idade materna e ganho ponderal durante a gestação. Em relação ao tempo de duração da gravidez, observou-se que o risco de hospitalizar por bronquiolite foi 80% maior nas crianças cujas mães tiveram gestações com duração inferior a 37 semanas. Paridade não mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho, assim como peso de nascimento. História materna de asma brônquica (pregressa ou atual) também não se mostrou associada com o desfecho hospitalização por bronquiolite aguda.

A análise subsequente (Tabelas 3 e 4) visou avaliar o papel da exposição ao tabagismo materno e do tempo de aleitamento materno para os três estratos etários: 28-89 dias, 90-179 dias e 180-364 dias. No terceiro estrato etário, o número limitado de casos de hospitalização por bronquiolite (15) inviabilizou uma análise mais detalhada, pois somente uma criança do grupo de casos havia mamado por um período inferior a um mês.

A Tabela 3 mostra a distribuição da amostra do primeiro estrato etário (28 a 89 dias), conforme história materna de tabagismo após o nascimento da criança e tempo de aleitamento materno. Fumo materno mostrou uma relação com o desfecho, com um valor de p de 0,12, isto é, não-significativa estatisticamente, mas preenchendo os critérios para ser levada para a análise multivariada. Quanto ao tempo de aleitamento materno, observou-se que as crianças desmamadas antes de completar um mês de vida apresentaram um risco 7,7 vezes maior de serem hospitalizadas por bronquiolite aguda.

Na Tabela 4, pode ser observada a distribuição da amostra com idade entre 90 e 179 dias, para os mesmos fatores: tabagismo materno e tempo de amamentação. Observou-se que, neste estrato etário, a associação entre exposição ao fumo materno e hospitalização por bronquiolite aguda foi estatisticamente significativa, com um risco duas vezes maior para as crianças cujas mães haviam fumado dentro de casa após o seu nascimento. Em relação à amamentação, esta manteve seu papel protetor, embora com uma redução significativa da sua magnitude.

A análise multivariada incluiu as variáveis que na análise bivariada se mostraram associadas com o desfecho, com um p valor de até 0.20, além da variável sexo da criança. Os resultados estão apresentados na Tabela 5, ressalta-se que, para os fatores demográficos, socioeconômicos e reprodutivos, as informações foram coletadas no estudo perinatal, têm-se portanto 5304 controles. Exposição ao fumo materno e tempo de amamentação foram variáveis coletadas nos estudos de acompanhamento; para 113 casos têm-se 649 controles. A relação entre as variáveis foi avaliada com base no modelo hierárquico (Figura 1). No primeiro nível da análise entraram as variáveis sexo da criança, renda familiar e escolaridade materna. Ao ajustar-se para sexo e renda, escolaridade materna não se manteve estatisticamente associada com o desfecho. Renda familiar apresentou uma redução em relação ao valor bruto da razão de produtos cruzados, ao ajustar-se para sexo e escolaridade, isto é, parte de seu poder explicativo era decorrente da variável escolaridade materna, que funcionou como um fator de confusão positivo, superestimando o verdadeiro efeito da variável renda familiar.

Foram mantidas no modelo as variáveis sexo e renda familiar, como marcador socioeconômico e, no segundo nível, foram acrescentadas as variáveis idade materna, ganho de peso na gestação e idade gestacional. Idade materna perdeu a significância estatística de sua associação. O mesmo ocorreu com a variável ganho de peso durante a gestação, entretanto, esta foi mantida no modelo pois mostrou um p valor de 0,12. A variável idade gestacional manteve um resultado semelhante ao da análise bivariada.

Para a análise multivariada das variáveis tabagismo materno e tempo de amamentação (Tabela 5), foram incluídas as variáveis que apresentaram um p valor $\leq 0,20$, ao serem ajustadas para as de nível superior e as do mesmo nível. As crianças expostas ao tabagismo materno apresentaram um risco 57% maior de virem a hospitalizar por bronquiolite, quando comparadas com filhos de mães que não fumavam dentro de casa. Ajustada para as demais variáveis, tempo de amamentação manteve-se como fator protetor; o risco de hospitalização por bronquiolite foi três vezes maior entre as crianças amamentadas por menos de um mês.

A Tabela 6 demonstra os resultados da análise multivariada para o desfecho hospitalização por bronquiolite nas crianças com idade compreendida entre 28 e 89 dias (Grupo 1), e entre 90 e 189 dias (Grupo 2), conforme o tempo de amamentação. Para o primeiro estrato etário, após ajuste para possíveis fatores de confusão (incluiu-se idade materna pois nas análises por estratos os valores de p das associações foram inferiores a 0,20), observou-se que a associação manteve-se estatisticamente significativa e o risco de hospitalizar por bronquiolite foi 7 vezes maior entre os que mamaram menos de um mês. Já no estrato etário de 90 a 189 dias, o aleitamento materno manteve uma razão de produtos cruzados ajustada semelhante à bruta, mas com um valor de p no limiar da significância estatística (0,08).

Discussão

Alguns pontos merecem ser destacados no presente estudo. O primeiro diz respeito ao critério utilizado para o diagnóstico de bronquiolite viral aguda, que é primariamente clínico, como postula Panitch¹⁴. Assim, a definição de bronquiolite incluiu os critérios clínicos já utilizados por outros autores, como McConnochie^{11,19,28} e Sung⁵. Sendo o vírus respiratório

sincial o principal responsável pela maior parte dos casos de bronquiolite aguda^{36,37}, a investigação sorológica torna-se mais necessária em estudos cujo objetivo é identificar o agente etiológico, pois existem achados de que o quadro clínico pode ser mais grave, dependendo do grupo a que o vírus pertence³⁸. Além disso, a importância do agente viral específico torna-se maior se for considerada a possibilidade de terapia antiviral¹⁴. Considerando que o objetivo deste estudo não era investigar a etiologia da doença e sim os fatores de risco para esta, a especificação do vírus não se fez essencial.

A identificação dos casos utilizando-se dois árbitros independentes, que não conheciam os objetivos do estudo e emitiam o diagnóstico para as mais diversas causas de hospitalização no primeiro ano de vida, garantiu a imparcialidade, contribuindo para um maior rigor metodológico.

Outro ponto que merece destaque neste trabalho refere-se ao pequeno número de perdas. Além disso, por estar aninhado a um estudo de coorte, permitiu avaliar a incidência da doença em nosso meio.

Entre as limitações que podem ter afetado este estudo, estão o viés de Berkson³⁹, que é um tipo de viés de seleção, ou seja, as crianças procedentes de famílias de baixo nível socioeconômico internariam mais que as de melhor nível, isto considerando que ambas tivessem o mesmo quadro clínico. Outro viés em potencial seria o viés de memória, isto é, as mães das crianças que eram controles poderiam lembrar melhor alguns detalhes, pois respondiam o questionário do acompanhamento no máximo quinze dias após a data preconizada, enquanto que uma criança-caso poderia ter, por exemplo, nove meses, e sua mãe responderia ao questionário de acompanhamento do sexto mês.

Em relação aos fatores de risco identificados neste estudo, baixa renda familiar notoriamente está associada com uma maior morbi-mortalidade pelas mais diversas patologias, especialmente as infecciosas. Quanto aos outros fatores, este estudo não evidenciou um risco aumentado das mães com idade inferior a 20 anos, terem seus filhos hospitalizados por bronquiolite aguda. O estudo longitudinal de Martinez⁴⁰, entretanto,

evidenciou uma associação estatisticamente significativa e inversamente proporcional entre idade materna e doença respiratória sibilante no primeiro ano de vida. Seria interessante identificar fatores direta ou indiretamente relacionados com a idade materna, que aumentam a suscetibilidade destas crianças para apresentarem bronquiolite, visto que ao submetermos esta variável à análise multivariada, ela não se manteve associada de forma estatisticamente significativa.

Idade gestacional mostrou-se um fator associado ao desfecho sem a interferência de outras variáveis, como pôde ser observado na análise multivariada. Foi considerada a possibilidade de as crianças nascidas pré-termo apresentarem problemas respiratórios no período neonatal, acarretando alterações da via aérea e tornando-as mais suscetíveis à infecção. Em razão disto, realizou-se nova análise, controlando para morbidade no período neonatal e os resultados não sofreram alterações. Existem evidências de que a prematuridade acarreta um maior risco de a criança ter doença mais severa e prolongada, causada pelo vírus respiratório sincicial⁴¹.

Em relação à exposição ao fumo materno, tem sido demonstrado na literatura que filhos de mães fumantes apresentam mais doenças respiratórias que os filhos de mães não-fumantes⁴². Quanto à bronquiolite, especificamente, isto não está bem definido. Estudos como o de McConnochie²⁸ evidenciaram uma associação entre bronquiolite aguda e exposição ao fumo passivo, não especificamente o fumo materno. Welliver⁹, entretanto, não encontrou associação entre fumo passivo e bronquiolite aguda, e sim com sibilância recorrente subsequente. Em um estudo prospectivo, Pedreira⁴³ também não evidenciou associação entre fumo passivo e bronquiolite, embora a associação tenha sido significativa para outras doenças respiratórias. O estudo de Sims⁴⁴ obteve resultados no limiar da significância estatística, ao relacionar exposição ao tabagismo materno e bronquiolite aguda. Este mesmo estudo avaliou outros fatores, entre eles história familiar e pessoal de atopia, e não evidenciou associação entre estas e a ocorrência de bronquiolite, como em outro estudo de sua autoria⁴⁵.

Ao aleitamento materno tem sido atribuído um efeito protetor contra a mortalidade infantil⁴⁶. Esta afirmação encontra apoio em vários estudos que observaram um risco aumentado de doenças infecciosas ou de sua gravidade em crianças não-amamentadas⁴⁷. O estudo de casos e controles de Victora⁴⁸ evidenciou um maior risco de mortalidade por infecção respiratória em crianças não-amamentadas. Existem também evidências de que o aleitamento diminui a gravidade de doenças respiratórias virais¹⁰. O estudo de Welliver⁹ ressaltou que as crianças amamentadas tiveram um risco reduzido de desenvolver bronquiolite. O mesmo efeito protetor foi observado no estudo de Pisacane⁸, embora o desfecho fosse infecção respiratória, não individualizando os casos de pneumonia dos de bronquiolite.

Neste estudo, é interessante observar a modificação da magnitude do efeito protetor do leite materno entre os dois estratos etários. O aleitamento materno parece atuar de forma diferente, dependendo da idade da criança; ele exerceria o seu máximo papel protetor quanto mais jovem fosse o bebê. Tendo em vista que a maioria dos trabalhos sobre bronquiolite não avalia por estratos etários, isto precisaria ser mais explorado em outros estudos.

Com base nos resultados aqui expostos, é possível realizar as seguintes recomendações:

- evitar a exposição da criança ao fumo passivo, particularmente ao materno;
- promover o aleitamento materno, já que este oferece uma forte proteção contra a hospitalização por bronquiolite aguda, principalmente nos primeiros meses de vida.

Referências

1. Victora CG, Fuchs SC, Flores JAC, Fonseca W, Kirkwood B. Risk Factors for Pneumonia Among Children in a Brazilian Metropolitan Area. *Pediatrics* 1994; 93:977-85.
2. Cherian T, John TJ, Simoes E, Steinhoff MC, John M. Evaluation of Simple Clinical Signs for the Diagnosis of Acute Lower Respiratory Tract Infection. *The Lancet* 1988; 125-8.
3. Estatísticas de Saúde: Mortalidade, 1994. Núcleo de Informação em Saúde- SUS-RS-Porto Alegre, V 20,1996.
4. Piva JP, Carvalho P, Garcia PC. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1992:185-96.
5. Sung RYT, Chan RCK, Tam JS, Cheng AFB and Murray HGS. Epidemiology and aetiology of acute bronchiolitis in Hong Kong infants. *Epidemiol Infect* 1992; 108(1):147-54.
6. Rotimijohnson AWB. Acute Bronchiolitis in Nigerian Children. *Journal of Tropical Pediatrics* 1993; 39:315-18.
7. Pullan CR, Toms GL, Martin AJ, Gardner PS, Webb JKG, Appleton DR. Breast-feeding and respiratory syncytial virus infection. *British Medical Journal* 1980; 281:1034-36.
8. Pisacane A, Graziano L, Zona G, Granata G, Dolezalova H, Cafiero M, Coppola A, Scarpellino B, Ummarino M, Mazzarella G. Breast Feeding and Acute Lower Respiratory Infection. *Acta Paediatr* 1994; 83:714-18.
9. Welliver RC, Wong DT, Sun M, McCarthy N. Parainfluenza Virus Bronchiolitis. *AJDC* 1986; 140: 34-40.

10. Frank AL, Taber LH, Glezen WP, Kasel GL, Wells CR, Paredes A. Breast-feeding and Respiratory Virus Infection. *Pediatrics* 1982;70:239-45.
11. McConnochie KM, Roghmann KJ. Predicting Clinically Significant Lower Respiratory Tract Illness in Childhood Following Mild Bronchiolitis. *AJDC* 1985; 139:625-31.
12. Milner AD, Murray M. Acute bronchiolitis in infancy: treatment and prognosis. *Thorax* 1989; 44:1-5.
13. Kattan M, Keens TG, Lapierre JG, Levison H, Bryan C, Reilly BJ. Pulmonary Function Abnormalities in Symptom-free Children After Bronchiolitis. *Pediatrics* 1977; 59:683-688.
14. Panitch HB, Callahan CW, Schidlow DV. Bronchiolitis. *Clinics in Chest Medicine* 1993; 14(4), 715-31.
15. Murray M, Webb MSC, O'Callaghan C, Swarbrick AS, Milner AD. Respiratory Status and Allergy After Bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood* 1992; 67: 482-7.
16. Kuikka L, Reijonen T, Remes K, Korppi M. Bronchial asthma after early Childhood wheezing: a follow-up until 4.5 - 6 years of age. *Acta Paediatr* 1994; 83:744-8.
17. Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Kjellman B, Björkstén B. Asthma and Immunoglobulin E Antibodies After Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis: A prospective Cohort Study With Matched Controls. *Pediatrics* 1995; 95:500-5.
18. Welliver RC, Sun M, Rinaldo D, Ogra PL. Predictive Value of Respiratory Syncytial Virus-Specific IgE Responses for Recurrent Wheezing Following Bronchiolitis. *The Journal of Pediatrics* 1986; 109:776-80.
19. McConnochie KM, Roghmann KJ. Bronchiolitis as a Possible Cause of Wheezing in Childhood: New Evidence. *Pediatrics* 1984; 74:1-10.

20. Everard ML, Milner AD. The respiratory syncytial virus and its role in acute bronchiolitis. *European Journal of Pediatrics* 1992; 151:638-51.
21. Young S, O’Keeffe PT, Arnott J, Landau LI. Lung Function, Airway Responsiveness, and Respiratory Symptoms Before and After Bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood* 1995; 72:16-24.
22. Martinez FD, Wayne JM, Wright AL, et all. Diminished lung function as a predisposing factor for wheezing respiratory illness in infants. *The New England Journal of Medicine* 1988; 319:1112-7.
23. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM , Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ et all. Asthma and wheezing in the first six years of life. *The New England Journal of Medicine* 1995; 332:133-8.
24. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM , Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ et all. Bronchiolitis and asthma in infancy and early childhood. *Thorax* 1996; 51 Suppl 2:60-4.
25. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, et all. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública* 1996, 30 (1):34-45.
26. Dubowitz LMS, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestacional age in the newborn infant. *J Pediatr* 1970; 77:1-10.
27. Classificação Internacional de Doenças. 9ª Conferência de Revisão, 1975.
28. McConnochie KM, Roghmann KJ. Parental Smoking, Presence of Older Siblings, and Family History of Asthma Increase Risk of Bronchiolitis. *American Journal of Diseases of Children* 1986; 140:806-12.

- 29.** Morris K, Morganlander M, Coulehan JL, Gahagen S, Arena VC. Wood-Burning Stoves and Lower Respiratory Tract Infection in American Indian Children. *AJDC* 1990; 144:105-8.
- 30.** McConnochie MK. Bronchiolitis. What's in the name? [marginal comment]. *Am J Dis Child* 1983; 137:11-13.
- 31.** Skoner DP, Fireman P, Caliguiri L, Davis H. Plasma Elevations of Histamine and a Prostaglandin Metabolite in Acute Bronchiolitis. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:359-364.
- 32.** Mulholland E K, Olinsky A, Shann FA. Clinical Findings and Severity of Acute Bronchiolitis. *The Lancet* 1990; 335: 259-61.
- 33.** Rodrigues L, Kirkwood BR. Case-control Designs in the Study of Common Diseases: Updates on the Demise of the Rare Disease Assumption and the Choice of Sampling Scheme for Controls. *International Journal of Epidemiology* 1990; 19: 205-13.
- 34.** Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30 (2):168-79.
- 35.** Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology*. In press.
- 36.** Fischer GB:Bronquiolite: [Tese de Doutorado]. Porto Alegre (BR):Univ. Federal do Rio Grande do Sul.
- 37.** Kim HW, Arrobio JW, Brandt GD, Jeffries BC, Pyles G, Reid JL et al. Epidemiology of respiratory syncytial virus infection in Washington, DC. Importance of the virus in

different tract disease syndromes and temporal distribution of infection. *American Journal of Epidemiology* 1973; 95:216-25.

38. Stralioatto SM, Roitman B, Lima JB, Fischer GB, Siqueira MM. Respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis: comparative study of RSV Groups A and B infected children. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1994; 27(1):1-4.

39. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic Research - Principles and Quantitative Methods*. New York: Van Nostrand Reinhold Company 1982. Chap. 1, 10, 11.

40. Martinez FD, Wright AL, Holberg CJ, Morgan WJ, Taussig LM. Maternal age as a Risk Factor for Wheezing Lower Respiratory Illnesses in the First Year of Life. *American Journal of Epidemiology* 1992; 136:1258-68.

41. Meert K, Heidemann S, Abella B, Sarnaik A. Does prematurity alter the course of respiratory syncytial virus infection? *Critical Care Medicine* 1990; 18:1357-59.

42. American Academy of Pediatrics. Involuntary Smoking - A Hazard to Children. *Pediatrics* 1986; 77:755-57.

43. Pedreira FA, Guandolo VL, Feroli EJ, Mella GW, Weiss IP. Involuntary Smoking and Incidence of Respiratory Illness During the First Year of Life. *Pediatrics* 1985; 594-7.

44. Sims DG, Downham MAPS, Gardner PS, Webb JKG, Weightman. Study of 8-year-old children with a history of respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy. *British Medical Journal* 1978; 1(6104):11-14.

45. Sims DG, Gardner PS, Weightman D, Turner MW, Soothill JF. Atopy does not predispose to RSV bronchiolitis or post bronchiolitic wheezing. *British Medical Journal* 1981; (282):2086-88.

Tabela 1. Distribuição dos casos de bronquiolite aguda e controles, de acordo com características demográficas e socioeconômicas. Pelotas/RS-1997

Variável	Casos		Controles		OR (IC 95%)*	p valor
	n	(%)	n	(%)		
Sexo						0.23
feminino	51	(45.1)	2687	(50.8)	1.00	
masculino	62	(54.9)	2603	(49.2)	1.25 (0.86-1.82)	
Renda familiar						<0.001
>3 sm	24	(21.8)	2040	(39.3)	1.00	
1.1-3 sm	54	(49.1)	2166	(41.7)	2.12 (1.30-3.44)	
<= 1 sm**	32	(29.1)	984	(19.0)	2.76 (1.62-4.72)	
Escolaridade materna						0.009
>=9 anos	18	(15.9)	1357	(25.6)	1.00	
5-8 anos	50	(44.2)	2448	(46.2)	1.54 (0.89-2.65)	
<= 4 anos	45	(39.8)	1496	(28.2)	2.27 (1.31-3.94)	
Total	113		5304			

*OR (IC 95%) = odds ratio e intervalo de confiança de 95%

**sm = salário mínimo

Tabela 2. Distribuição dos casos de bronquiolite aguda e controles, de acordo com características maternas e peso de nascimento. Pelotas/RS-1997

Variável	Casos		Controles		OR (IC 95%)	p valor
	n	(%)	n	(%)		
Idade materna						0.02
>=20 anos	84	(74.3)	4380	(82.6)	1.00	
< 20 anos	29	(25.7)	923	(17.4)	1.64 (1.07-2.51)	
Ganho de peso na gestação						0.03
>=10 Kg	58	(53.7)	3227	(63.7)	1.00	
< 10 Kg	50	(46.3)	1835	(36.3)	1.53 (1.03-2.28)	
Idade gestacional						0.03
>=37 semanas	96	(85.7)	4702	(91.5)	1.00	
< 37 semanas	16	(14.3)	437	(8.5)	1.79 (1.05-3.07)	
Paridade						0.97
< 3	91	(80.5)	4265	(80.4)	1.00	
>=3	22	(19.5)	1039	(19.6)	0.99 (0.60-1.62)	
Asma materna						0.41
não	93	(82.3)	4514	(85.1)	1.00	
sim	20	(17.7)	790	(14.9)	1.23 (0.73-2.05)	
Peso de nascimento						0.25
>=2500g	98	(86.7)	4733	(90.0)	1.00	
< 2500g	15	(13.3)	525	(10.0)	1.38 (0.76-2.46)	
Total	113		5304			

*sm = salário mínimo

Tabela 3. Distribuição dos casos de bronquiolite aguda entre 28 e 89 dias de acordo com exposição a tabagismo materno e tempo de amamentação. Pelotas/RS-1997

Variável	Casos		Controles		OR (IC 95%)	p valor
	N	(%)	N	(%)		
Fumo materno						0.12
não	25	(56.8)	442	(68.1)	1.00	
sim	19	(43.2)	207	(31.9)	1.62 (0.84-3.14)	
Tempo de amamentação						<0.001
>=1m	20	(45.5)	561	(86.4)	1.00	
< 1m	24	(54.5)	88	(13.6)	7.65 (3.88-15.12)	
Total	44		649			

Tabela 4. Distribuição dos casos de bronquiolite aguda entre 90 e 179 dias de acordo com exposição a tabagismo materno e tempo de amamentação. Pelotas/RS-1997

Variável	Casos		Controles		OR (IC 95%)	p valor
	N	(%)	N	(%)		
Fumo materno						0.01
não	23	(50.0)	432	(67.7)	1.00	
sim	23	(50.0)	206	(32.3)	2.10 (1.10-3.98)	
Tempo de amamentação						0.04
>=1m	41	(75.9)	551	(86.4)	1.00	
< 1m	13	(24.1)	87	(13.6)	2.01 (1.03-3.40)	
Total	54		638			

Tabela 5. Análise multivariada para hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal, conforme fatores de risco demográficos, socioeconômicos, características maternas e tempo de amamentação. Pelotas/RS-1997

Variável	OR (IC95%)	p valor
Sexo *		0.21
feminino	1.00	
masculino	1.28 (0.87-1.87)	
Renda familiar *		0.01
>3 sm	1.00	
1.1-3 sm	1.93 (1.16-3.21)	
<= 1 sm	2.35 (1.31-4.21)	
Idade materna ψ		0.24
≥ 20 anos	1.00	
< 20 anos	1.32 (0.83-2.09)	
Ganho de peso na gestação ψ		0.12
≥ 10 Kg	1.00	
<10 Kg	1.37 (0.92-2.03)	
Idade gestacional ψ		0.04
≥ 37 semanas	1.00	
< 37 semanas	1.80 (1.04-3.11)	
Fumo materno \clubsuit		0.04
não	1.00	
sim	1.57 (1.01-2.43)	
Tempo de amamentação ∇		< 0.001
≥ 1 m	1.00	
< 1m	3.28 (2.01-5.35)	

* Modelo 1: sexo, renda familiar e escolaridade materna

ψ Modelo 2: sexo, renda familiar, idade materna, ganho de peso na gestação e idade gestacional

\clubsuit Modelo 3: sexo, renda familiar, ganho de peso na gestação, idade gestacional e fumo materno

∇ Modelo 4: modelo 3 mais tempo de amamentação

Tabela 6. Análise multivariada para hospitalização por bronquiolite no primeiro e segundo estratos etários, conforme tempo de amamentação. Pelotas/RS-1997

	Grupo 1		Grupo 2	
	OR (IC 95%)	p valor	OR (IC 95%)	p valor
Tempo de amamentação ∇		<0.001		0.09
>=1m	1.00		1.00	
< 1m	7.30 (3.77-14.13)		1.89 (0.91-3.95)	

Grupo 1: Crianças hospitalizadas por bronquiolite aguda com idade entre 28 e 89 dias

Grupo 2: Crianças hospitalizadas por bronquiolite aguda com idade entre 90 e 179 dias

∇ Ajustado para: sexo, renda familiar, idade materna, ganho de peso na gestação, idade gestacional e fumo materno.

**Sibilância Recorrente:
A Hospitalização por Bronquiolite Aguda como Fator de Risco**

Elaine P. Albernaz¹

Ana Maria B. Menezes²

Juraci A. César³

Cesar G. Victora⁴

Fernando C. Barros⁴

¹ Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal de Pelotas/RS

² Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Pelotas/RS

³ Departamento Materno-Infantil, Universidade do Rio Grande/RS

⁴ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas

Resumo

Objetivo: *Investigar o papel da hospitalização por bronquiolite aguda como fator de risco para sibilância recorrente.*

Delineamento: *Longitudinal*

Local: *Área urbana, em uma cidade do sul do Brasil*

Participantes: *Cento e treze crianças hospitalizadas por bronquiolite no período pós-neonatal e duzentas e vinte e seis crianças não hospitalizadas por este motivo, pertencentes à coorte de 1993.*

Resultados: *A análise multivariada hierarquizada, realizada através de regressão logística para controlar possíveis fatores de confusão, mostrou os seguintes resultados: hospitalização prévia por bronquiolite mostrou-se importante fator de risco para sibilância recorrente, com uma razão de produtos cruzados de 4,94, equivalente a uma razão de prevalências de 2,59. Outros fatores de risco associados à sibilância recorrente foram: cor da criança, renda familiar e presença de outra criança menor de cinco anos na casa.*

Conclusões: *Este estudo encontrou uma forte associação entre hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal e sibilância recorrente, consistente com a hipótese de uma relação causal. Mesmo controlando para possíveis fatores de confusão, a hospitalização prévia por bronquiolite manteve-se como o fator de risco mais importante para sibilância recorrente.*

Descritores: *hospitalização, bronquiolite, sibilância recorrente, criança*

Abstract

Study objective: *To investigate the role of hospitalization for acute bronchiolitis as a risk factor for recurrent wheezing.*

Design: *Longitudinal*

Local: *Urban area of a city in the south of Brazil.*

Participants: *One hundred and thirteen children who were hospitalized for bronchiolitis in the post-neonatal period and two hundred and twenty six children who were hospitalized for this reason, who belong to the cohort of 1993.*

Results: *The hierarquical multivariate analysis performed through logistic regression and adjusted for confounding factors, showed the following results: previous hospitalization for bronchiolitis was an important risk factor for recurrent wheezing with an odds ratio of 4.94 corresponding to a prevalence ratio of 2.59. Other risk factors for recurrent wheezing were: race non-white, low family income and presence in the house of another child under five years old.*

Conclusions: *This study showed a strong association between hospitalization for acute bronchiolitis in the post-neonatal period and recurrent wheezing.in favour of a casual relationship. After adjustment for confounder factors, hospitalization for bronchiolitis remained as the most important risk factor for recurrent wheezing.*

Keywords: *hospitalization, bronchiolitis, recurrent wheezing, child*

Introdução

A bronquiolite aguda é uma das causas mais comuns de infecção nos primeiros anos de vida, atingindo cerca de 15% das crianças até 2 anos de idade, sendo responsável pela hospitalização de cerca de 2 em cada 100 lactentes^{1,2}.

Vários estudos sugerem que crianças hospitalizadas por bronquiolite têm um risco aumentado de apresentar seqüela pulmonar^{3,4,5,6}, caracterizada principalmente por tosse e sibilância recorrente^{7,8,9,10,11,12}. Permanece controverso se a infecção causaria dano ao pulmão em crescimento ou se haveria alterações prévias da via aérea, tornando algumas crianças mais suscetíveis a desenvolverem a infecção^{13,14,15}.

A sibilância recorrente pode acarretar um maior número de visitas a serviços de pronto-atendimento e, até mesmo, reinternações, com todas as repercussões físicas e emocionais que poderão afetar a qualidade de vida das crianças.

Embora história familiar de asma brônquica ou atopia apresentem associação com o desenvolvimento de asma brônquica¹⁶, não parecem estar associadas com o desenvolvimento de seqüela pulmonar pós-bronquiolite aguda; isto foi demonstrado em alguns trabalhos como o de Sigurs¹⁰, que realizou um estudo prospectivo com crianças hospitalizadas por bronquiolite aguda e evidenciou um risco oito vezes maior de estas desenvolverem sibilância recorrente, quando comparadas com controles com a mesma história familiar para asma. Da mesma forma, Murray⁸, em um estudo prospectivo, comparou crianças com hospitalização prévia por bronquiolite no primeiro ano de vida com um grupo-controle e não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à história familiar de asma ou atopia para o desfecho sibilância pós-bronquiolite.

Alguns estudos realizados com o objetivo de avaliar a associação entre hospitalização por bronquiolite e sibilância recorrente sofreram limitações, como inadequado controle para fatores de confusão e número considerável de perdas. O presente estudo pretende contribuir analisando a ocorrência de sibilância recorrente em crianças com hospitalização prévia por

bronquiolite, comparadas com um grupo-controle de crianças pertencentes à mesma coorte, que não foram hospitalizadas por este motivo.

Metodologia

Este é um estudo longitudinal aninhado à coorte de 1993, da qual fizeram parte todas as crianças nascidas neste ano, na cidade de Pelotas. Esta coorte foi constituída por quatro subestudos, cada um com metodologia e logística específicas, a saber: perinatal, acompanhamentos (um, três, seis e doze meses), morbidade e mortalidade¹⁷.

No estudo perinatal eram realizadas visitas diárias aos cinco hospitais da cidade, identificando-se todos os nascimentos ocorridos. As mães eram entrevistadas através de um questionário padronizado, visando à obtenção de informações sobre condições socioeconômicas e ambientais, história reprodutiva materna, dados demográficos, assistência pré e perinatal. Era realizada avaliação antropométrica do recém-nascido e calculada a idade gestacional, através do método de Dubowitz¹⁸.

O estudo de acompanhamento teve como objetivo avaliar a evolução das crianças com um, três, seis e 12 meses de idade. Foram realizadas visitas domiciliares, ocasião em que as mães eram entrevistadas e as crianças, pesadas e medidas. Os acompanhamentos de um e três meses foram realizados em uma amostra de 10% das crianças da coorte; nos dois últimos acompanhamentos (seis e 12 meses), foram visitadas 20% das crianças e todas as que nasceram com baixo peso.

O estudo de morbidade investigou todas as admissões hospitalares das crianças nascidas em Pelotas, em 1993. A equipe visitava diariamente todos os hospitais da cidade. As mães eram entrevistadas, o prontuário revisado e, quando necessário, era realizada entrevista com o médico. Considerou-se como critério de hospitalização a permanência da criança em ambiente hospitalar por um período superior a 24 horas. A causa da internação era determinada por dois árbitros independentes, com base nas informações obtidas. Em caso de discordância, um terceiro árbitro emitia o seu parecer. Quando este concordava com um dos árbitros, o diagnóstico ficava estabelecido; persistindo a discordância, havia uma

reunião entre os três, que discutiam até chegarem ao diagnóstico. Os diagnósticos foram codificados conforme a 9ª Classificação Internacional de Doenças¹⁹.

No atual estudo, tentou-se localizar, em 1996, todas as crianças que haviam sido hospitalizadas por bronquiolite no período pós-neonatal (113) e um grupo de crianças-controle (226). Foram excluídas crianças com malformações congênitas e fibrose cística. As crianças do grupo controle foram selecionadas, através de sorteio, do estudo de acompanhamento. Foi aplicado um questionário com perguntas sobre saúde infantil, acrescido de questões referentes ao histórico de doença pulmonar da criança e avaliação do aparelho respiratório, baseadas no “Children’s Questionnaire ATS-DLD-78-C”²⁰.

Critério Diagnóstico:

O diagnóstico de bronquiolite foi baseado em achados clínicos, incluindo os seguintes: sibilância expiratória de início agudo, ausência de história prévia, sinais de doença respiratória viral, como coriza, tosse ou febre acompanhados de dificuldade respiratória^{1,5,8,10,12,21,22,23,24}. Sibilância recorrente foi definida como duas ou mais crises de chiado no peito, que causassem falta de ar, cansaço ou dificuldade para respirar.

Amostragem

O tamanho da amostra obtida, 105 casos e 210 controles, mostrou-se suficiente para detectar um risco relativo de 2, com um nível de significância de 5% e com um poder de 95%.

Análise

Realizou-se uma análise inicial, buscando associações entre os fatores de risco e a presença de sibilância recorrente, através do cálculo da razão de incidências cumulativas e de seu intervalo de confiança de 95%. Esta análise bivariada foi realizada somente no grupo de 210 crianças que não haviam sido hospitalizadas. O objetivo foi identificar os fatores que se mostraram associados ao desfecho sibilância recorrente (com um p valor $\leq 0,20$) e que seriam levados para a análise multivariada. Excluíram-se os 105 casos com hospitalização prévia por bronquiolite aguda, pois isso acarretaria um viés de seleção, isto é, haveria um

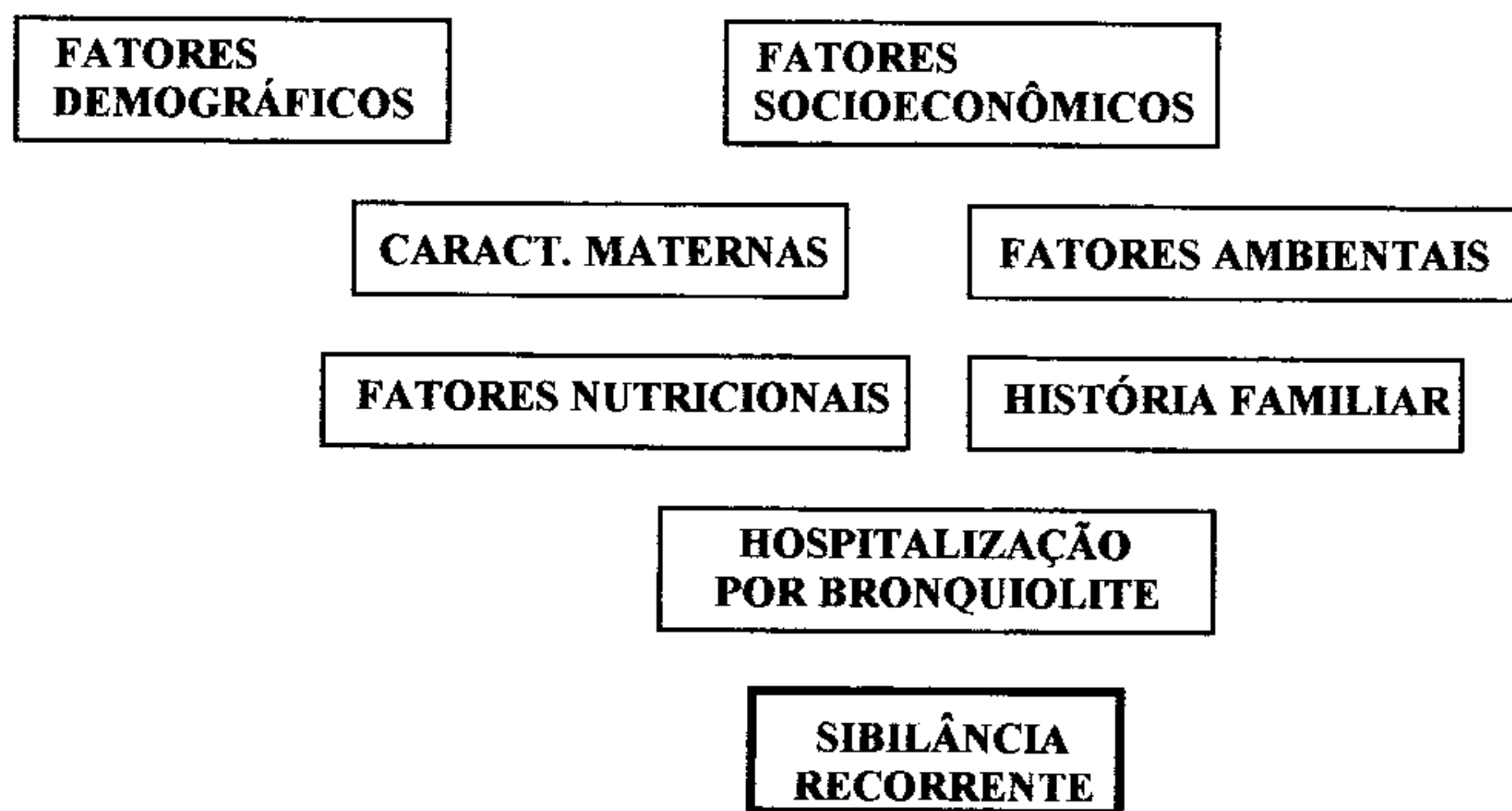
desvio nos resultados obtidos, pois sua inclusão no estudo estava vinculada à exposição. Os fatores que seriam identificados como de risco para sibilância recorrente seriam, muito provavelmente, aqueles determinantes da hospitalização por bronquiolite aguda.

Realizou-se análise multivariada para os 210 controles e, após, para as 315 crianças, incluindo-se no último nível do modelo a variável hospitalização por bronquiolite. A análise multivariada levou em conta as relações hierárquicas entre os fatores de risco propostos^{25,26,27}, conforme a Figura 1. Assim, os fatores socioeconômicos que pertencem, juntamente com as variáveis demográficas, ao primeiro nível, entraram no primeiro passo da análise multivariada.

O segundo nível compreendeu as características maternas e fatores ambientais. O terceiro nível foi composto pelos fatores nutricionais, história familiar de atopia e asma brônquica. No quarto nível, como fator determinante proximal, foi acrescentada hospitalização por bronquiolite.

Foram considerados possíveis fatores de confusão aquelas variáveis que mostraram estar associadas com a exposição, com o desfecho, sem serem um elo na cadeia causal que vinculava a exposição com o desfecho, com um $p \leq 0,20$ e uma diferença entre o odds bruto e o ajustado $\geq 10\%$.

Figura 1. Modelo de análise



Resultados

De um total de 339 crianças selecionadas (226 pertencentes ao grupo de controles e 113 do grupo de casos), foram visitadas 315, sendo que 105 haviam sido hospitalizadas previamente por bronquiolite e 210 pertenciam ao grupo controle. As perdas do estudo totalizaram 7%: 0,9% devido a óbitos (uma criança-índice e duas controle), 1,8% por endereço não localizado e 4,4% por mudança de cidade.

A faixa etária das crianças no momento da hospitalização por bronquiolite ficou assim distribuída: entre 28 e 89 dias, 39%; entre 90 e 179 dias, 48%; e entre 180 e 364 dias, 13%. Ao serem revisitadas, em 1996, a média de idade das 315 crianças era de 33 meses. A idade no momento da hospitalização não se mostrou associada com o desfecho sibilância recorrente. Entre as crianças sem história prévia de hospitalização por bronquiolite, 23,3% apresentaram sibilância recorrente, para aquelas que haviam sido hospitalizadas, o índice foi de 61,9%.

O número de dados ignorados (“missing”) foi pequeno, sendo inferior a 5% nas variáveis em que estes ocorreram. Devido ao grande número de fatores avaliados, somente aqueles

A distribuição das variáveis ambientais conforme a análise bivariada encontra-se na Tabela 2. Houve um aumento de 90% no risco para sibilância entre as crianças cujas casas não tinham água encanada em seu interior. Quanto aos fatores relacionados à aglomeração, observou-se que o risco de sibilância recorrente foi 2,5 vezes maior quando três ou mais pessoas dormiam no mesmo quarto que a criança, semelhante ao encontrado quando havia outra criança com menos de cinco anos de idade morando na casa. O risco de apresentar o desfecho duplicou quando o número de moradores era igual ou superior a cinco. Em relação à exposição ao fumo passivo, esta foi avaliada de várias formas (presença de qualquer fumante em casa, mãe fumante, número total de cigarros consumidos no interior da casa e número total de cigarros consumidos pela mãe, dentro de casa), sendo que somente fumo materno (atual ou após o nascimento da criança), mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho, aumentando o risco em 74%.

A avaliação de história familiar de atopia e de asma brônquica entre os parentes de primeiro grau (pais e irmãos) mostrou que somente história familiar de asma brônquica

apresentou uma associação, embora bastante fraca (p valor=0,18), mas suficiente para ser incluída na análise multivariada.

As variáveis escolaridade materna e número de pessoas que dormem no quarto da criança, apresentaram tendência linear.

Outros fatores que foram avaliados, mas não contemplados nas tabelas por não terem associações com o desfecho cujo nível de significância fosse $\leq 0,20$, foram: idade materna, ganho de peso materno durante a gestação, idade gestacional, peso de nascimento, aleitamento materno, estado nutricional atual da criança, tipo de construção, de piso e de aquecimento da casa e frequência à creche.

A análise multivariada (Tabela 3) incluiu as variáveis associadas com o desfecho, com um p valor de até 0.20, conforme a análise bivariada. Inicialmente ajustou-se a variável cor da criança para renda familiar e escolaridade materna e observou-se que a associação com o desfecho se mostrou no limiar da significância estatística. Renda familiar ao ser ajustada para cor e escolaridade materna (presumindo-se que haja uma relação entre variáveis do mesmo nível), apresentou uma redução nos valores da razão de produtos cruzados (“odds ratio”) ajustados em relação aos brutos, demonstrando que parte de seu poder explicativo era devido à escolaridade materna. O mesmo ajuste fez com que a escolaridade materna fosse excluída do modelo (p valor=0,44). Quanto à paridade, ao ser ajustada para as variáveis do primeiro nível e para as demais do mesmo nível, perdeu a significância estatística de sua associação com sibilância recorrente.

Das variáveis referentes à aglomeração, observou-se que a presença de outra criança na residência, com idade inferior a cinco anos, se manteve associada com o desfecho sibilância recorrente, mesmo após o ajuste para as demais variáveis (do primeiro e segundo nível). Entretanto, o ajuste acarretou uma diminuição significativa da medida de risco quando comparada com o valor bruto. As variáveis número total de moradores e número de pessoas que dormem no quarto da criança, não se mantiveram associadas com sibilância recorrente.

Presença de água encanada dentro de casa e história familiar de asma brônquica perderam a significância estatística de sua associação com o desfecho, com um p valor superior a 0,20. Exposição ao fumo materno foi mantida no modelo, com um p valor de 0,11.

A Tabela 4 mostra o resultado da análise multivariada realizada com todas as 315 crianças. A análise incluiu todas as variáveis apresentadas na Tabela 3, sendo que no último nível foi acrescentada ao modelo a variável hospitalização por bronquiolite aguda. Controlando para: cor, renda familiar, presença de outra criança com idade inferior a cinco anos morando na casa e exposição a fumo materno, observou-se que o risco de apresentar sibilância recorrente foi cinco vezes maior nas crianças que haviam sido hospitalizadas por bronquiolite aguda. A medida bruta e a ajustada são semelhantes, mostrando não só a magnitude como a não-interferência significativa de outros fatores de risco na associação.

Visando-se a um maior rigor metodológico e sabendo-se que a razão de prevalência (RP) é sempre mais próxima da unidade (efeito nulo) do que a razão de produtos cruzados (RPC), e devido à alta prevalência da variável dependente (23% nos não expostos), realizou-se a conversão da RPC em RP. Com isto, houve uma redução da RPC de 4,94 para uma RP de 2,59. A fórmula utilizada para esta conversão foi a seguinte²⁸:

$$RP = \frac{RPC}{1 + \text{prevalência nos não expostos} (RPC - 1)}$$

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a presença ou não de seqüela pulmonar, após hospitalização por bronquiolite aguda, controlando para possíveis fatores de confusão. A alta prevalência de sibilância recorrente (61,9%) em crianças com hospitalização prévia por bronquiolite em relação às que não foram hospitalizadas (23,3%), ressalta a importância do estudo e está de acordo com dados de literatura.

Um aspecto importante desta discussão diz respeito à definição dos critérios diagnósticos utilizados tanto para bronquiolite aguda como para seqüela pós-bronquiolite. A maioria dos

estudos aponta critérios clínicos para o diagnóstico destas duas entidades. “Primeiro episódio de chiado em crianças menores de dois anos, precedido por sinais de doença respiratória viral como coriza, tosse ou febre, mais a presença de dificuldade respiratória”, preenchem os critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico de bronquiolite. Com base nestes dados clínicos é que o diagnóstico de bronquiolite aguda deste estudo foi estabelecido. Outro aspecto a ressaltar é o fato de que dois árbitros independentes participaram deste processo, o que conferiu ao trabalho um maior rigor. Além disso, esta etapa da pesquisa aconteceu durante o estudo de morbidade realizado no primeiro ano de vida das crianças da coorte e, portanto, não poderia ter causado qualquer viés no atual estudo.

Quanto à seqüela pós-bronquiolite, os principais sintomas descritos na literatura são de hiper-reatividade brônquica, traduzida por sibilância recorrente e outros sintomas respiratórios, tais como tosse. Apesar de testes mais sensíveis para medir hiper-reatividade, não foi possível executá-los no presente estudo, devido a questões logísticas e de ordem financeira. Sendo assim, a presença de duas ou mais crises de chiado no peito, com falta de ar, cansaço ou dificuldade para respirar, foi o critério clínico definido para avaliar hiper-reatividade brônquica. Para tanto, foram utilizadas perguntas do “Children’s Questionnaire ATS-DLD-78-C”, como já havia feito McConnochie¹² e Young¹⁴.

O pequeno número de perdas do estudo é outro aspecto que merece ser salientado, pois foi inferior ao de outros estudos de acompanhamento^{4,5,8}.

A forte associação entre hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal e sibilância recorrente demonstrada neste estudo é consistente com a hipótese de uma relação causal. Vários outros fatores de risco tiveram testada sua relação com o desenvolvimento de sibilância recorrente, mas a hospitalização prévia por bronquiolite manteve-se como o fator de risco mais importante. Além disso, ao realizar-se a análise multivariada, testando-se outras hipóteses alternativas e plausíveis, estas não afetaram de forma significativa esta relação.

É interessante observar que, de todas as variáveis relacionadas ao fumo passivo, somente fumo materno mostrou uma associação com sibilância recorrente, embora estatisticamente não-significativa, após ser submetida a análise multivariada. Murray⁸ destacou o fumo materno como fator de risco para sibilância pós-bronquiolite. Welliver³⁰ encontrou uma associação significativa entre sibilância recorrente e exposição ao fumo passivo, não especificamente o materno, embora outros autores não tenham evidenciado tal relação^{10,11}.

Embora a literatura mostre que meninos sibilam mais do que as meninas^{11,32}, tal associação não foi aqui demonstrada. Panitch⁷ apontou história familiar de asma e de atopia como fatores de risco para sibilância recorrente pós-bronquiolite; entretanto, neste estudo, predisposição hereditária para atopia ou asma brônquica não se mostrou uma explicação provável para o desfecho, pois tanto os casos como os controles apresentaram fatores hereditários similares, e este achado é semelhante ao de outros estudos^{6,8,10,31}.

Fatores relacionados à aglomeração, como número de pessoas no quarto da criança, presença de outra criança menor de cinco anos na residência e tamanho da família, têm sido citados como de risco para aumentar a exposição a vírus³². Estes fatores têm sido mais apontados como de risco para a hospitalização por bronquiolite e pouco avaliados para sibilância recorrente.

Martinez^{15,33,34} sugere, em vários estudos, que existiriam alterações iniciais da via aérea tornando algumas crianças predispostas a apresentarem sibilância em associação com infecções respiratórias virais, e postula que na maioria dos casos essa seria uma situação transitória. Entretanto, estudos como os de Kattan⁴ e Sims³¹ reportaram reatividade brônquica em indivíduos avaliados dez e oito anos, respectivamente, após o episódio agudo de bronquiolite.

Concluindo, a hospitalização por bronquiolite, no período pós-neonatal, parece ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de sibilância recorrente. Um aspecto interessante a ser investigado é se a infecção causa anormalidades na função pulmonar ou se

a infecção, no primeiro ano de vida, identifica os indivíduos que têm pequenas vias aéreas e , portanto, são congenitamente predispostos à obstrução.

Referências

1. Sung RYT, Chan RCK, Tam JS, Cheng AFB and Murray HGS. Epidemiology and aetiology of acute bronchiolitis in Hong Kong infants. *Epidemiol Infect* 1992;108(1):147-54.
2. Piva JP, Carvalho P, Garcia PC. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica -1992. Cap 8 p.185-96
3. Milner AD, Murray M. Acute bronchiolitis in infancy: treatment and prognosis. *Thorax* 1989; 44:1-5.
4. Kattan M, Keens TG, Lapierre JG, Levison H. Bryan C, Reilly BJ. Pulmonary Function Abnormalities in Symptom-free Children After Bronchiolitis. *Pediatrics*; 1977; 59: 683-88.
5. McConnochie KM, Roghmann KJ. Predicting Clinically Significant Lower Respiratory Tract Illness in Childhood Following Mild Bronchiolitis. *AJDC* 1985; 139:625-31.
6. Sims DG, Gardner PS, Weightman D, Turner MW, Soothill JF. Atopy does not predispose to RSV bronchiolitis or postbronchiolitic wheezing. *British Medical Journal* 1981; 282:2086-88.
7. Panitch HB, Callahan CW, Schidlow DV. Bronchiloitis. *Clinics in Chest Medicine* 1993; 14(4), 715-31.
8. Murray M, Webb MSC, O'Callaghan C, Swarbrick AS, Milner AD. Respiratory Status and Allergy After Bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood* 1992; 67:482-7.
9. Kuikka L, Reijonen T, Remes K, Korppi M. Bronchial asthma after early Childhood wheezing: a follow-up until 4.5 - 6 years of age. *Acta Paediatr* 1994; 83:744-8.

10. Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Kjellman B, Björkstén B. Asthma and Immunoglobulin E Antibodies After Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis: A prospective Cohort Study With Matched Controls. *Pediatrics* 1995; 95:500-5.
11. Welliver RC, Sun M, Rinaldo D, Ogra PL. Predictive Value of Respiratory Syncytial Virus-Specific IgE Responses for Recurrent Wheezing Following Bronchiolitis. *The Journal of Pediatrics* 1986; 109:776-80.
12. McConnochie KM, Roghmann KJ. Bronchiolitis as a Possible Cause of Wheezing in Childhood: New Evidence. *Pediatrics* 1984; 74:1-10.
13. Everard ML, Milner AD. The respiratory syncytial virus and its role in acute bronchiolitis. *European Journal of Pediatrics* 1992; 151:638-651.
14. Young S, O’Keeffe PT, Arnott J, Landau LI. Lung Function, Airway Responsiveness, and Respiratory Symptoms Before and After Bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood* 1995; 72:16-24.
15. Martinez FD, Wayne JM, Wright AL, et all. Diminished lung function as a predisposing factor for wheezing respiratory illness in infants. *The New England Journal of Medicine* 1988; 319:1112-7.
16. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Nelson WE. *Textbook of Pediatrics-15th ed.* USA:WB Saunders Company. 1996;137:628-40.
17. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, et all. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública*; no prelo.
18. Dubowitz LMS, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestacional age in the newborn infant. *J Pediatr* 1970;77:1-10.

19. Classificação Internacional de Doenças. 9ª Conferência de Revisão 1975.
20. Ferris BG. Epidemiology Standardization Project. *Am Rev Respir Dis* 1978; 118:1-120
21. McConnochie MK, Roghmann JK. Parental Smoking, Presence of Older Siblings, and Family History of Asthma Increase Risk of Bronchiolitis. *American Journal of Diseases of Children* 1986; 140:806-12.
22. Morris K, Morganlander M, Coulehan JL, Gahagen S, Arena VC. Wood-Burning Stoves and Lower Respiratory Tract Infection in American Indian Children. *AJDC* 1990; 144:105-108.
23. Mulholland E K, Olinsky A, Shann FA. Clinical Findings and Severity of Acute Bronchiolitis. *The Lancet* 1990; 335:1259-61.
24. Skoner DP, Fireman P, Caliguiri L, Davis H. Plasma Elevations of Histamine and a Prostaglandin Metabolite in Acute Bronchiolitis. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:359-64.
25. Victora CG, Fuchs SC, Flores JAC, Fonseca W, Kirkwood B. Risk Factors for Pneumonia Among Children in a Brazilian Metropolitan Area. *Pediatrics* 1994; 93: 977-85.
26. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Revista de Saúde Pública* 1996;30 (2):168-78.
27. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology*. In press.

- 28.** Béria JU: Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de Pelotas, RS, Brasil (Remédio não é Brinquedo) [Tese de Doutorado]. Porto Alegre (RS):Univ. Federal do Rio Grande do Sul , 1991.
- 29.** McConnochie MK. Bronchiolitis. What's in the name? [marginal comment]. *Am J Dis Child* 1983; 137:11-13.
- 30.** Welliver RC, Wong DT, Sun M, McCarthy N. Parainfluenza Virus Bronchiolitis. *AJDC* 1986; 140: 34-40.
- 31.** Sims DG, Downham MAPS, Gardner PS, Webb JKG, Weightman D. Study of 8-year-old children with a history of respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy. *British Medical Journal* 1978; 1:11-14.
- 32.** Pullan CR, Hey EN. Wheezing, asthma, and pulmonary dysfunction 10 years after infection with respiratory syncytial virus in infancy. *British Medical Journal* 1982; 284:1665-69.
- 33.** Martinez FD, Wright AL, Taussig LM , Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ et all. Asthma and wheezing in the first six years of life. *The New England Journal of Medicine* 1995; 332:133-8.
- 34.** Martinez FD, Wright AL, Taussig LM , Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ et all. Bronchiolitis and asthma in infancy and early childhood. *Thorax* 1996; 51 Suppl 2:60-4.

Tabela 1. Ocorrência de sibilância recorrente entre as crianças sem hospitalização prévia por bronquiolite, conforme as características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas. Pelotas-RS/1997

Variável	Crianças sibilantes		Crianças não-sibilantes		RR (IC 95%)*	p valor
	n	(%)	n	(%)		
Sexo						0.93
masculino	24	(49.0)	80	(49.7)	1.00	
feminino	25	(51.0)	81	(50.3)	1.02 (0.63-1.67)	
Cor						0.01
branca	34	(69.4)	137	(85.1)	1.00	
preta/mulata	15	(30.6)	24	(14.9)	1.93 (1.18-3.18)	
Renda familiar						0.03
>3 sm	19	(38.8)	97	(60.2)	1.00	
1.1-3 sm	25	(51.0)	51	(31.7)	2.01 (1.19-3.38)	
<= 1 sm**	5	(10.2)	13	(8.1)	1.70 (0.72-3.97)	
Escolaridade materna						0.09
>=9 anos	7	(14.3)	43	(26.7)	1.00	
5-8 anos	26	(53.1)	85	(52.8)	1.67 (0.78-3.60)	
<=4 anos	16	(32.7)	33	(20.5)	2.33 (1.05-5.17)	
Paridade						0.01
1	10	(20.4)	58	(36.0)	1.00	
2	10	(20.4)	49	(30.4)	1.15 (0.52-2.58)	
3	17	(34.7)	29	(18.0)	2.51 (1.27-4.99)	
>=4	12	(24.5)	25	(15.5)	2.21 (1.05-4.61)	
Total	49	(23.3)	161	(76.7)		

RR (IC 95%) = risco relativo e intervalo de confiança de 95%

**sm = salário mínimo

Tabela 2. Ocorrência de sibilância recorrente entre as crianças sem hospitalização prévia por bronquiolite, conforme as características ambientais e história familiar de asma brônquica. Pelotas-RS/1997

Variável	Crianças sibilantes		Crianças não-sibilantes		RR (IC 95%)	p valor
	N	(%)	N	(%)		
Água encanada dentro de casa						
sim	38	(77.6)	144	(89.4)	1.00	0.03
não	11	(22.4)	17	(10.6)	1.88 (1.10-3.23)	
Número de pessoas que dormem com a criança						
<=1	8	(16.3)	47	(29.2)	1.00	0.006
2	17	(34.7)	73	(45.3)	1.30 (0.60-2.81)	
>=3	24	(49.0)	41	(25.5)	2.54 (1.24-5.19)	
Presença de outra criança < de 5 anos						
não	24	(49.0)	124	(77.0)	1.00	<0.001
sim	25	(51.0)	37	(23.0)	2.49 (1.55-4.00)	
Total de moradores						
2-4	19	(38.8)	99	(61.5)	1.00	0.005
>=5	30	(61.2)	62	(38.5)	2.03 (1.22-3.36)	
Fumo materno						
não	22	(44.9)	101	(62.7)	1.00	0.03
sim	27	(55.1)	60	(37.3)	1.74 (1.06-2.84)	
História familiar de asma brônquica						
não	23	(46.9)	93	(57.8)	1.00	0.18
sim	26	(53.1)	68	(42.2)	1.40 (0.85-2.28)	
Total	49	(23.3)	161	(76.7)		

Tabela 3. Análise multivariada para sibilância recorrente entre as crianças sem hospitalização prévia por bronquiolite, conforme modelo hierárquico. Pelotas-RS/1997

Variável	ORb* (IC95%)	ORa** (IC95%)	p valor
Cor ∇			0.06
branca	1.00	1.00	
preta/mulata	2.52 (1.12-5.66)	2.13 (0.98-4.63)	
Renda familiar ∇			0.16
>3 sm	1.00	1.00	
1.1-3 sm	2.50 (1.19-5.26)	2.01 (0.97-4.17)	
<= 1 sm	1.96 (0.54-6.90)	1.20 (0.34-4.21)	
Presença de outra criança			0.04
< 5 anos ♣			
não	1.00	1.00	
sim	3.49 (1.70-7.21)	2.44 (1.06-5.59)	
Fumo materno ♣			0.11
não	1.00	1.00	
sim	2.07 (1.03-4.15)	1.80 (0.88-3.69)	

* odds ratio bruto; ** odds ratio ajustado

∇ Modelo 1: cor, renda familiar e escolaridade materna

♣ Modelo 2: cor, renda familiar, paridade, presença de água dentro da casa, número de pessoas que dormem com a criança, presença de outra criança menor de 5 anos de idade, total de moradores e fumo materno.

Tabela 4. Análise multivariada para sibilância recorrente, conforme modelo hierárquico, para a amostra de 315 crianças. Pelotas-RS/1997

Variável	ORb (IC95%)	ORa (IC95%)	p valor
Hospitalização por bronquiolite∇			<0.001
não	1.00	1.00	
sim	5.34 (3.12-9.17)	4.94 (2.94-8.30)	

∇Ajustado para: cor, renda familiar, , presença de outra criança menor de cinco anos e fumo materno.

ANEXOS

- Questionário do Estudo Longitudinal das Crianças com Hospitalização Prévia por Bronquiolite**
- Manual de Instruções**
- Questionário do Estudo Perinatal**
- Questionários dos Estudos de Acompanhamento de um, três e seis meses**
- Questionário do Estudo de Morbidade**

FACULDADE DE MEDICINA- UFPEL
ESTUDO DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE INFANTIL
QUESTIONÁRIO

Nº ___ / ___

Nº Perinatal: _____

NPER _____

Nº Morbidade: _____

NMOR _____

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___

DATNAS ___ / ___ / ___

Endereço: _____

Bairro: _____

Referência: _____

Fone da casa: _____

FONE _____

Outro fone: _____

Outra forma de contato: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

DATENTR ___ / ___ / ___

Horário: ____, ____

HORA ____, ____

Entrevistador: _____

ENTR __

Novo Endereço: _____

Referência: _____

1. Por favor, é aqui que mora <mãe da criança>? Posso falar com ela?

Tentativas: 1ª ___ 2ª ___ 3ª ___ 4ª ___

- (1) sim, entrevistada (5) não, mudou-se
(2) sim, marcou para outro dia (6) não, ausente
(3) não, endereço não localizado (7) recusa
(4) não, desconhecida no endereço (8) NSA
() outro _____

TENT1 ___
TENT2 ___
TENT3 ___
TENT4 ___

Eu sou da Faculdade de Medicina e faço parte de uma pesquisa sobre a saúde da criança. Quando o <criança> nasceu, uma pessoa da nossa equipe conversou com a senhora. Nós gostaríamos de visitá-lo (a) para pesar e medir e lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde dele (a). Podemos conversar?

2. Quem cuida <criança> a maior parte do tempo? 1ª ___ 2ª ___

- (1) mãe (2) pai (3) avó
(4) parente ou amiga ≥ 15 anos
(5) parente ou amiga < 15 anos
(6) empregada ou babá
(7) funcionária de creche
() outro _____
(8) NSA

CUIDA1 ___
CUIDA2 ___

3. <criança> foi a creche ou maternal alguma vez?

- (1) sim (2) não (9) ignorado

CRECH ___

SE NÃO, PULE PARA A PERGUNTA 5

SE SIM: Com que idade começou? ___ meses ___ dias (8888=NSA)

Quantas horas por dia ele fica(va) na creche? ___ (88=NSA)

Quantas crianças têm (tinha) na sala da creche ou maternal dele? ___ (88=NSA)

CRECHID ___
CRECHH ___
CRICH ___

4. <criança> continua freqüentando a creche?

- (1) sim (2) não (8) NSA

CRECON ___

SE JÁ PAROU: Com que idade parou? ___ meses
(77=continua 88=NSA)

CRECPR ___

Agora nós vamos conversar sobre a saúde da <criança>

5. <criança> esteve internado alguma vez? Quantas vezes?

- (0) nenhuma () ___ vezes (7) > = 7 vezes

INTVEZ ___

SE SIM: Qual foi o motivo da internação?

() diarreia ___ vezes

() pneumonia ___ vezes

() outras: _____ vezes

DIARVEZ ___
PNEUVEZ ___
OUTRVEZ ___

(9=ignorado; 8=NSA; 7= 7 ou mais vezes)

6. A <criança> tem tosse quando está gripada?

- (1) sim (2) não

TOSG ___

7. A <criança> tem tosse quando não está gripada?

- (1) sim (2) não

TOSNG ___

SE SIM: A <criança > tinha o peito mais encatarrado com esta doença?

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Quantas doenças de pulmão ele teve desde que nasceu?

(0) nenhuma () __ vezes (7) >=7 vezes (8) NSA (9) IGN

DOCAR __

DONUM __

Agora eu vou perguntar para a senhora se a <criança> teve algumas doenças

17. A <criança> costuma ou costumava ter infecções de ouvido?

(1) sim (2) não (9) ignorado

OMA __

18. A <criança> fez cirurgia de amígdalas ou adenóides?

(1) sim (2) não (9) ignorado

AMIG __

19. Alguma vez o doutor disse que a <criança> tinha asma ou bronquite?

(1) sim (2) não (9) ignorado

ASMA __

SE SIM: Com que idade iniciou? __ __ meses (88= NSA)

Ele costuma tomar algum remédio ou fazer algum tratamento para a asma ou para o bronquite?

(1) sim, qual? _____ (2) não (8= NSA; 9=IGN)

Ele ainda tem asma? (1) sim (2) não **SE NÃO:** Com que idade parou? __ __ meses (00= menos de 1 mês; 88=NSA; 99=IGN)

DAB __

REMAB __

AINAB __

PARAB __

20. Alguma vez o doutor disse que a <criança> tinha problema de coração?

(1) sim (2) não (9) ignorado

CORAÇÃO __

SE SIM: Qual o problema? _____ (8= NSA)

CARDPRO __

21. Alguma vez o doutor disse que a <criança> tinha alergia ?

(1) sim (2) não (9) ignorado

ALERG __

SE SIM: Que tipo de alergia? _____ (8= NSA)

TIPAL __

22. Alguma vez o doutor disse que a <criança> tinha:

Sarampo (1) sim, idade __ __ meses (2) não

Sinusite (1) sim, idade __ __ meses (2) não

Bronquiolite (1) sim, idade __ __ meses (2) não

Coqueluche (1) sim, idade __ __ meses (2) não

Laringite ou crupe (1) sim, idade __ __ meses (2) não

Pontada (1) sim, idade 1ª vez __ __ meses 2ª vez: __ __ meses

3ª vez: __ __ meses 4ª vez: __ __ meses (2) não

(00= menos de 1 mês; 88=NSA; 99=IGN)

SARAMP __ ID __

SINUS __ ID __

BRONQ __ ID __

COQ __ ID __

CRUPE __ ID __

PONTA1 __ ID __

PONTA2 __

PONTA3 __

PONTA4 __

23. <criança> recebeu algum remédio na última semana, inclusive vitamina ou remédio para febre?

(1) sim (2) não (9) ignorado

REMEDI __

SE SIM:

Qual? _____

Para tratar o quê? _____

Quem indicou? _____

MEDS __

MEDQ __

MEDIND __

Mais algum? _____

Para tratar o quê? _____

Quem indicou? _____

MEDS2 __

MEDQ2 __

MEDIND2 __

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os hábitos da família

33. A Sra. fuma ou fumou desde que <criança> nasceu?
(1) sim (2) não

FUM __

SE NÃO, PULE PARA A PERGUNTA 36

34. Quanto tempo após o nascimento de <criança> a Sra. começou a fumar?
__ mscs __ dias (00 00=fumava por ocasião do parto; 88 88=NSA)

FUMNAS _____

35. A Sra. fuma todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

FUMDIA __

SE SIM:

Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? __ cig/dia

FUMCIG ____

Quantos cigarros a Sra. fuma dentro de casa? __ cig/dia

FUMCAS ____

SE NÃO:

Quantos cigarros a Sra. fuma por semana? __ cig/semana

FUNSEM ____

Quantos cigarros a Sra. fuma dentro de casa? __ cig/semana

FUMCAS2 ____

36. Das outras pessoas que moram na casa, alguém fuma?
(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

FUMPESS __

SE SIM:

Quem fuma? Quantos cigarros fuma por dia dentro de casa?

Quem fuma	Quantos cig/dia
1º Marido	__ __
2º	__ __
3º	__ __

FUMPAI ____

FUMOUT ____

FUMOUT2 ____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua casa

37. A Sra. poderia me dizer quem são todas as pessoas que moram nessa casa?

Pai da criança (mesmo se adotivo) (1) sim (2) não

PAI __

Mãe da criança (mesmo se adotiva) (1) sim (2) não

MÃE __

Crianças menores de 5 anos __ número

CRIA __

Crianças com 5 anos ou mais __ número (mais de 7=7)

CRIA5 __

Avós __

AVÓS __

Outras pessoas __ número

OUT __

Total número __ (não esquecer de incluir a <criança>)

TOTAL ____

(0=nenhuma pessoa)

38. Quantas peças são usadas para dormir? __

DORMNUM ____

39. Quantas pessoas dormem na mesma peça além da <criança>? __

DORMCRI ____

40. Tipo de construção

CONSTR __

(1) tijolo ou cimento (2) madeira regular

(3) mista (4) madeira irregular (maloca) () outro _____

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Instruções Gerais:

Formule as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as opções de resposta. Se necessário, explicar sucintamente a pergunta (conforme instruções específicas) e, em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

Onde constar <criança> substitua pelo nome da criança.

Sempre que houver dúvida, escreva por extenso a resposta dada pelo informante. Quando uma resposta parecer pouco confiável, anote-a e faça um comentário sobre sua má qualidade.

Não deixe respostas em branco; observe a aplicação dos códigos especiais:

⇒9, 99 ou 999= ignorado, resposta desconhecida do informante ou informação muito pouco confiável. Só use em último caso!! Abreviatura: IGN

⇒8, 88 ou 888= não se aplica; usa-se quando a pergunta não pode ser aplicada àquele caso. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiante, utiliza-se este código nas perguntas que não foram aplicáveis. Abreviatura: NSA

⇒0: não deve ser aplicado como sinônimo de não, a não ser que isto esteja especificado claramente nas opções da pergunta. Deve ser considerado claramente no seu significado numérico. Por exemplo: 00 meses 04 dias= 4 dias; 00 dias= menos de 24 horas; 00 meses= menos de 30 dias.

Os outros códigos devem ser usados conforme as instruções abaixo de cada pergunta. E as instruções em letras maiúsculas não devem ser perguntadas às mães pois servem apenas para lhe orientar. Já as frases em negrito devem ser lidas exatamente como estão, pois servem para introduzir um novo assunto.

Apresentação do entrevistador:

Use sempre seu crachá. Em caso de perda ou extravio, comunique à supervisora que providenciará outro. Apresente-se como sendo da Faculdade de Medicina e pergunte se a criança em questão mora ali e se a mãe está em casa. Diga que gostaria de falar com ela. Caso a mãe não esteja, pergunte aos parentes ou vizinhos qual o melhor horário para encontrá-la. Caso a mãe não more com a criança, pergunte pela pessoa responsável e proceda da mesma maneira como acima.

Caso não encontre a criança no endereço principal, pergunte aos vizinhos laterais, se não for possível, ao vizinho da casa em frente ou fundos.

Recusas: Muitas recusas são temporárias, isto é, o entrevistador chegou em um momento não muito propício. Se retornar mais tarde, é provável que consiga realizar a entrevista. Não desista antes de quatro tentativas em horários diferentes. Tente trocar a visita com outro entrevistador, que talvez tenha mais sorte que você.

Nos casos da entrevista que foi feita com um responsável pela criança que não a mãe, isto é, um substituto, e houver necessidade de complementar a entrevista com informações da mãe, só deverão ser formuladas à ela as perguntas que o substituto não soube responder.

Deixar claro à informante, no início da entrevista, que as suas respostas serão totalmente sigilosas.

Mantenha, para controle, um diário de trabalho de campo, nele anote quais crianças visitou, se foram ou não realizadas as entrevistas. Caso não tenham sido, anote o motivo e seu plano para retornar e visitá-las. Não confie na memória!!

No final do dia de trabalho, faça a codificação das questões utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões “fechadas”, isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvidas quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe em branco. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) serão codificadas posteriormente. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isto geralmente resulta em erro. Faça-o no momento da codificação. Devolva o questionário preenchido e codificado no mesmo dia da entrevista, preferencialmente, ou, no máximo, no dia seguinte. Não anote nada além dos códigos na coluna da direita. Reserve este espaço somente para a codificação. Use números legíveis.

Ao receber o questionário, verifique se a folha de rosto está suficientemente preenchida para que você possa localizar a criança. Trace seu itinerário de visitas no início do dia a partir dos endereços da folha de rosto do questionário. Ao chegar no endereço, certifique-se do nome da mãe e da criança.

Instruções Específicas

Número do questionário: Não preencha e não codifique.

Data da entrevista: Preencha com a data da entrevista.

Entrevistador: Preencha com o seu nome. Cada entrevistador receberá um código.

Perg. 1: Destina-se a anotação do número de visitas necessárias para localizar cada criança e sua respectiva mãe. Comunique a coordenação os problemas que ocorrerem com a localização. O código 8 será usado excepcionalmente nas tentativas que não se aplicarem.

Apresentação: Apresente-se de forma breve e clara, solicitando autorização para fazer as perguntas.

Perg. 2: Identificar quem toma conta da criança a maior parte do dia, no último mês; entender como quem cuida da criança aquela pessoa que é responsável pela alimentação, sono e cuidado com as roupas da criança. Caso a mãe e outra pessoa cuidem da criança exatamente a mesma proporção de tempo, considere a mãe como responsável. Se parente ou vizinho receber remuneração para cuidar da criança, considere “empregada”. Caso a mãe ou responsável cuide da criança sozinha, codifique 8 na variável “cuida 2”.

Perg. 3: Considere sim se a criança chegou a freqüentar creche, maternal, escolinha ou outra instituição que dê assistência à criança pequena na ausência de sua mãe.

SE SIM: Com que idade começou? Anotar a idade da criança em meses e dias com que iniciou a freqüentar a instituição. Se não foi à creche, o código é 88 88 (NSA).

Coloque o número de horas por dia que a criança ficava na creche ou similar. Se não foi à creche, o código é 88 (NSA).

Anote o número de crianças que ficavam na mesma sala, além da criança. Se não foi à creche, o código é 88 (NSA).

Perg. 4: Interessa saber se a criança continua ou não freqüentando à creche. Se não foi à creche, o código é 8 (NSA).

SE JÁ PAROU: Caso a criança tenha freqüentado creche e similares mas já não o faça, anote quando deixou de fazê-lo. A resposta deverá ser codificada em meses; se a mãe responder em anos, anote e faça a transformação para meses em casa. Se ela continua freqüentando à creche, o código é 77 e se não foi à creche, o código é 88 (NSA).

Perg. 5: Quer saber se a criança já esteve hospitalizada alguma vez, excluindo o parto. Considere hospitalização a permanência no hospital por um período superior a 24 horas.

Pergunte quantas vezes a criança esteve internada. Se ela nunca esteve internada, o código é 0; se o número de internações foi igual ou superior a sete, o código é 7, senão, coloque o número correspondente a resposta da mãe.

Se a criança esteve internada, pergunte o motivo e preencha com o número de internações para cada categoria, por exemplo, se ela esteve internada por diarreia duas vezes e nenhuma por pneumonia, o código será 2 para a variável DIARVEZ e 0 para PNEUVEZ.

Se a criança nunca esteve internada, o código para “qual o motivo da internação” será 8 (NSA).

Perg. 6: Interessa saber se a criança tem tosse quando está gripada.

Perg. 7: Interessa saber se a criança tem tosse apesar de não estar gripada. Se a mãe responder que sim para a pergunta 6,7, ou ambas, pergunte se a criança tem tosse quase todos os dias da semana por pelo menos três meses por ano. Se a mãe não entender, repita a pergunta incluindo a explicação entre parênteses “quatro ou mais dias da semana”. Se a resposta for não para 6 e 7, o código para a variável TOSEM será 8 (NSA).

Perg. 8: Interessa saber se a criança tem o peito encatarrado ou põe catarro quando está gripada.

Perg. 9: Interessa saber se a criança tem o peito encatarrado ou põe catarro apesar de não estar gripada. Se a mãe responder que sim para a pergunta 8, 9 ou ambas, pergunte se a criança parece encatarrada quase todos os dias da semana por pelo menos três meses por ano. Se a mãe não entender, repita a pergunta incluindo a explicação entre parênteses “quatro ou mais dias da semana”. Se a resposta foi não para 8 e 9, o código para a variável CATSEM será 8 (NSA).

Perg.10: Interessa saber se a criança tem crise de tosse ou de ter o peito encatarrado que dure pelo menos uma semana por ano, não precisando ter ambas as condições. Se a resposta foi sim, questione a idade de início das crises. Se a mãe responder em anos, anote e faça os cálculos em casa para passar para meses, se começaram com menos de um mês, o código é 00, se a resposta for negativa para a pergunta 10, o código para as variáveis CATID e GRIPANO será 88 (NSA).

Perg.11: Quer saber se a criança tem chiado no peito quando está gripada.

Perg.12: Quer saber se a criança tem chiado no peito apesar de não estar gripada.

Perg.13: Quer saber se a criança tem chiado no peito quase todos os dias ou noites, independente de estar ou não gripada. Se a mãe responder que sim para a pergunta 11,12 ou 13, pergunte a idade de início, para codificar, proceda como na pergunta 10.

Perg.14: Interessa saber se alguma vez a criança teve crise de chiado no peito que causasse falta de ar, cansaço ou dificuldade para respirar. Se a resposta foi sim, indague se a criança já teve duas ou mais destas crises, se precisou receber algum tratamento (não é necessário investigar qual foi), a idade de início das crises (proceder a codificação como na pergunta 10) e se a respiração é normal quando não está em crise. Se a resposta for não para a pergunta 14, usar o código 8 (NSA) para as variáveis deste bloco.

Perg.15: Visa saber se a criança já teve alguma crise de chiado no peito quando estava brincando muito ou fazendo algum exercício.

Perg.16: Interessa saber se a criança teve alguma doença pulmonar que limitasse suas atividades habituais (brincar, caminhar, correr), por um período de pelo menos três dias. Se a resposta for afirmativa, pergunte se a criança tinha o peito mais encatarrado com esta doença e quantas doenças de pulmão teve desde que nasceu. Coloque o número de doenças para codificar, se apresentou sete ou mais doenças, o código é 7, se a mãe não tem a menor idéia do número de doenças, mesmo após você insistir, o código é 9. Se a resposta for não para a pergunta 16, usar o código 8 (NSA) para as variáveis deste bloco.

Perg.17: Interessa saber se a criança já teve três ou mais infecções de ouvido.

Perg.18: Visa saber se a criança fez cirurgia de amígdalas ou adenóides.

Perg.19: Pergunte se alguma vez o doutor disse que a criança tinha asma ou bronquite, se a resposta for não, pule para a pergunta 20 e codifique as variáveis do bloco “se sim”, com o código 8 e 88 (NSA). Se a resposta for sim, pergunte a idade de início, para codificar, proceda como na pergunta 10. Indague a respeito de remédio ou tratamento utilizado para a asma ou bronquite. Se a mãe disser que a criança não tem asma, só bronquite, faça as perguntas usando só o termo bronquite. Pergunte se a criança ainda tem asma ou bronquite, se a resposta for não, pergunte com que idade parou. Se a criança ainda tem, o código é 88 (NSA).

Perg.20: Quer saber se, em algum momento, foi dito que a criança tinha algum problema cardíaco. Em caso afirmativo, esclareça qual é ou foi o problema, em caso negativo, o código é 8 (NSA).

Perg.21: Visa saber se a criança já teve alguma alergia, em caso afirmativo, anote o tipo. Utilize o código 8 se necessário.

Perg.22: Refere-se a doenças que a criança possa ter apresentado, em caso afirmativo pergunte a idade e codifique em meses. Se a resposta for não, o código é 2 e no espaço para a idade é 88 (NSA). No último item, pontada, se a resposta for sim, pergunte a idade do primeiro, segundo, terceiro e quarto episódios, se teve pontada mas só uma vez, por exemplo, preencha com 88 (NSA), os espaços seguintes.

Perg.23: Visa saber se a criança utilizou qualquer tipo de medicamento (inclusive vitamina, remédio para febre), na última semana. Se necessário, localize a mãe especificando o dia da semana, por exemplo: se sua entrevista está sendo realizada em uma segunda-feira, pergunte para a mãe se foi usado algum medicamento desde segunda-feira passada. Se a resposta for afirmativa, pergunte o nome do medicamento e para que foi empregado, coloque especificamente a resposta da mãe, mesmo que possa parecer sem nexos o motivo pelo qual se deu o uso (por exemplo, usou vitamina para tratar bicho do pé). Complemente a informação sabendo quem indicou aquela medicação para esta determinada situação; o médico pode ter receitado a vitamina em outra ocasião para outra patologia ou até para uma criança da vizinhança e agora a mãe usou, então, a resposta para quem indicou será: mãe. Se foram usados mais de 3 medicamentos, anote ao lado. Se a mãe não lembrar o nome, peça para ver a embalagem. Utilize os códigos 8 ou 9 se necessário.

Perg.31: Anotar as doses de vacinas que a criança recebeu. A fonte de informação prioritária é o cartão, se não for possível, pergunte à mãe que vacinas a criança já recebeu. e observe a cicatriz da BCG no braço. Anote a fonte de informação. Para lembrá-lo: A vacina Sabin é a das gotinhas (Pólio), a DPT é uma injeção na nádega ou na coxa (Tríplice) e a anti-sarampo é usualmente administrada aos 9 meses, sob a forma de injeção no braço.

Perg.32: Interessa saber com que idade a criança parou de mamar no peito. Se ela nunca mamou, o código é 00 00, se ela continua mamando, 77 77. Se a mãe responder a idade em anos, anote e faça os cálculos em casa para converter em meses.

Perg.33: Perguntar se a mãe fuma ou fumou desde que a criança nasceu. Se a resposta for negativa, pule para a pergunta 36 e codifique as seguintes (34 e 35) com 8 ou 88 (NSA).

Perg.34: Em caso afirmativo para a pergunta 33 perguntar quanto tempo após o nascimento da criança a mãe começou a fumar, em meses e dias. preencher com 00 00 se ela fumava por ocasião do parto.

Perg.35: Visa saber se a mãe fuma todos os dias. Em caso afirmativo, perguntar quantos cigarros por dia a mãe costuma fumar e quantos são fumados dentro de casa. Se a mãe fuma, mas não todos os dias, perguntar quantos cigarros por semana e quantos são fumados dentro de casa

Perg.36: Quer saber se existem outras pessoas que moram na casa que fumem. Em caso afirmativo pergunte quem são estas pessoas e anote o número de cigarros que cada uma consome dentro de casa. Preencha o quadro, começando pelo marido ou companheiro.

Perg.37: Pergunta sobre todas as pessoas que moram na casa. Considere moradores todos aqueles que dormem sob o mesmo teto e/ou fazem as refeições regularmente juntos na casa da criança. Casa da criança é aquela onde ela dorme, mesmo que durante o dia ela passe a maior parte do tempo em outra casa. Preencha as lacunas com o número respectivo e no total não esqueça de incluir a criança. Ao registrar o número de crianças menores de 5 anos, coloque apenas outras crianças.

Perg. 38: Quer saber quantas peças da casa são usadas para dormir, mesmo que tenham outro uso durante o dia.

Perg. 39: Pergunta quantas pessoas dormem na mesma peça que a criança, incluindo outras crianças, os pais ou outra pessoa. Excluir a própria criança.

Perg.40: Observe o tipo de construção e anote conforme as possibilidades listadas. Caso a mãe esteja na casa de outra pessoa, pergunte qual o tipo de construção de sua própria casa.

Perg.41: Aja como na questão 40 para o tipo de piso da casa, só pergunte se tiver alguma dúvida. Se houver mais de um tipo de piso, anote o que recobre a maior parte da casa.

Perg.42 e 43: Referem-se a procedência da água e se tem água encanada disponível. Observe e, se não for possível, pergunte. Lembre-se que torneira dentro de casa não quer dizer que funcione.

Perg.44: Refere-se a existência ou não de sanitário e como este funciona. Caso não se encaixe nas possibilidades listadas, escreva por extenso com as palavras da mãe e com o máximo de esclarecimento.

Perg.45: Interessa saber se é utilizado algum tipo de aquecimento na casa. Se a resposta for estufa, esclareça se é a gás ou elétrica.

Perg.46: Visa saber o tipo de fogão mais utilizado para cozinhar.

Perg.47: Quer saber o tipo de iluminação existente na casa.

Perg.48: Interessa saber se existe algum destes animais na casa. se a resposta for não, o código é 000, se tem , por exemplo, apenas um cachorro, o código é 002, se tem pássaro, gato e cachorro, 123.

Perg.49: Liste os aparelhos enfatizando se funcionam ou não.

Perg.50: Pergunte de quanto foi a renda, no último mês, de cada uma das pessoas que moram na casa. Se a resposta for em reais, escreva por extenso no espaço correspondente e faça a conversão para salário mínimo em casa. Se a mãe não sabe informar a renda mensal,

mas sabe a semanal, anote o valor com esta observação e, em casa, faça os cálculos. Se o rendimento é diário, anote o valor e pergunte quantos dias da semana a pessoa trabalha pois é completamente diferente trabalhar 5 ou 7 dias da semana. Se uma pessoa tem mais de um emprego, anote todos os seus rendimentos.

Perg.51: Quer saber se a família recebe rendimentos de outra fonte que não o trabalho. Engloba dados sobre pensões, aluguéis, arrendamentos e mesadas.

MANUAL DE ANTROPOMETRIA

Técnica para pesagem

1. Solicite a mãe ou responsável que tire toda a roupa da criança; algumas mães podem ficar um pouco relutantes, esclareça então a importância de que a criança seja pesada sem roupa. Se for realmente impossível pesar sem roupas, anote por extenso todas as peças de roupa utilizadas para que possam ser decontadas posteriormente.
2. Entregue a calcinha de plástico para a mãe e peça que a vista na criança.
3. Com a criança no colo da mãe, prenda o tirante da calcinha na balança e peça para a mãe que solte a criança lentamente.
4. Assegure-se que a criança não está encostada na porta ou na parede e espere que o ponteiro do visor se estabilize. Se a criança estiver chorando e esperneando, aguarde que o ponteiro pare por ocasião de uma inspiração profunda.
5. Leia o peso em voz alta, aproximando-o para a marca de 100 gramas mais próxima (se estiver exatamente no meio de duas marcas de 100 gramas, aproxime para cima.).
6. Retire a criança da balança e peça para que a mãe dispa a calcinha.
7. Anote imediatamente o peso no questionário.

Técnica para medir o comprimento

1. Coloque o antropômetro sobre uma superfície plana e firme, como o chão ou uma mesa forte.
2. Ainda com a criança sem as roupas, principalmente sem os sapatos e meias, peça à mãe que deite a criança em decúbito dorsal, isto é, de barriguinha para cima, dentro do antropômetro e que permaneça ajoelhada junto à cabeça da criança para mantê-la calma.
3. Verifique se a cabeça da criança está bem encostada e que o pescoço não está encolhido nem hiperextendido.
4. Coloque uma mão sobre as canelas da criança, forçando seus joelhos contra o aparelho, e com a outra mão desloque o cursor até que encoste nos calcanhares da criança.
5. Leia em voz alta a medida na régua, na altura do cursor.
6. Largue a criança e anote o comprimento imediatamente.

Técnica para medir o perímetro cefálico

1. Passe a fita ao redor da cabeça, sobre as proeminências occipitais, parietais e frontais, cuidando para não envolver as orelhas.
2. Estando de frente para a criança, com a fita encontrando-se na linha média e imediatamente acima das sombrancelhas, faça a leitura em voz alta, retire a fita e anote imediatamente.
3. Tenha sempre o cuidado para não fazer a leitura incluindo seu dedo sob a fita.

**CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS - UFPEL
ESTUDO LONGITUDINAL MATERNO-INFANTIL - 1993
QUESTIONÁRIO PERINATAL**

Nº _____

1. Hospital: (1) Benef. Portuguesa (2) Santa Casa (3) Hosp. Clínicas
 (4) FAU (5) Piltcher (6) Outro _____
2. Dia do nascimento: ___ / ___ / ___
3. Dia da semana: (1) Seg (2) Ter (3) Qua (4) Qui (5) Sex (6) Sáb (7) Dom
4. Hora do nascimento: ___ . ___ h
5. Nome da Mãe: _____
6. Nome do RN: _____

HOSP _

DATNASC ___ / ___ / ___

DIASEM _

HORNASC ___ . ___ h

Vamos começar conversando sobre o seu parto

7. Quantos filhos a senhora teve neste parto?
(1) único (2) múltiplo2 (3) múltiplo3
8. Seu filho nasceu vivo?
(1) Sim (2) Não

PARTO _

NASCEU _

SE NASCEU VIVO NÃO FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO

Se nasceu morto, isto aconteceu antes do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto?

- (1) Antes (2) Durante (9) Não sabe (8) NSA

NASMORT _

A senhora tem alguma idéia de qual foi o problema ou o que possa ter causado a morte do nenê?

- (1) Sim (2) Não (8) NSA

MORTIDEA _

SE SIM: Qual é a sua idéia? _____

_____ (88) NSA

QUALIDEA _ _

20. SE PARTO FOI INDUZIDO (soro): Qual foi a razão para induzir?
- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| (1) pós-maturidade | (6) médico quis |
| (2) pré-eclâmpsia | (7) parada de progressão |
| (3) bolsa rota | () outra: _____ |
| (4) iso-imunização Rh | (88) NSA |
| (5) morte fetal | (99) Não sabe |

PARTINDU __ __

21. <Criança> apresentou ou esta apresentando algum problema durante estada no hospital que a obrigou a ir para o berçário ou UTI:
- | | | | |
|-------------------|--------------|-------------------------|---------|
| (1) sim, berçário | (2) sim, UTI | (3) alojamento conjunto | (8) NSA |
|-------------------|--------------|-------------------------|---------|

PROBRN __

SIM: Qual foi o problema?

22. Prob. 1 : _____ (8) NSA

PROBRN1 __

23. Prob. 2 : _____ (8) NSA

PROBRN2 __

24. Prob. 3 : _____ (8) NSA

PROBRN3 __

Agora nós vamos conversar sobre a sua gravidez:

25. Qual foi a data da sua última menstruação? __ __ / __ __ / __ __

DUM __ __ / __ __ / __ __

26. A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?
(1) Sim (2) Não

CONSPRE __

SE NÃO FEZ CONSULTA PULE PARA A PERGUNTA 39

27. Quantas consultas de pré-natal a senhora fez ? __ __ (88=não fez pré-natal)

NUMCONS __ __

28. Em que mês da gravidez a senhora fez a primeira consulta de pré-natal?
__ __ (00 = primeiro mês; 88 = NSA; 99 = ignorado)

MESCONS __ __

Durante as consultas de pré-natal o médico (ou a enfermeira) alguma vez?

29. Perguntou data da última menstruação? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI1 __

30. Verificou o seu peso? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI2 __

31. Mediu a sua barriga? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI3 __

32. Mediu a sua pressão? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI4 __

33. Fez exame ginecológico (por baixo)? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI5 __

34. Receitou remédio p/anemia (ferro)? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI6 __

35. Receitou vitaminas? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI7 __

36. Orientou sobre a amamentação? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI8 __

37. Examinou seus seios? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA

QUALI9 __

57. Quantos filhos a senhora tem? ___ filhos

NUMFILHO ___

Quero que a senhora me informe a data de nascimento, o sexo de seus filhos e se o parto foi normal ou cesariana

58. Filho 1 data de nascimento ___/___/___ (01/01/01) NSA sexo ___ (1) M (2) F (8) NSA

DATANAS1 ___/___/___ SEXO1 ___

59. Parto (1) Normal (2) Cesariana

PARTFI1 ___

60. Filho 2 data de nascimento ___/___/___ (01/01/01) NSA sexo ___ (1) M (2) F (8) NSA

DATANAS2 ___/___/___ SEXO2 ___

61. Parto (1) Normal (2) Cesariana

PARTFI2 ___

62. Filho 3 data de nascimento ___/___/___ (01/01/01) NSA sexo ___ (1) M (2) F (8) NSA

DATANAS3 ___/___/___ SEXO3 ___

63. Parto (1) Normal (2) Cesariana

PARTFI3 ___

64. Filho 4 data de nascimento ___/___/___ (01/01/01) NSA sexo ___ (1) M (2) F (8) NSA

DATANAS4 ___/___/___ SEXO4 ___

65. Parto (1) Normal (2) Cesariana

PARTFI4 ___

66. Filho 5 data de nascimento ___/___/___ (01/01/01) NSA sexo ___ (1) M (2) F (8) NSA

DATANAS5 ___/___/___ SEXO5 ___

67. Parto (1) Normal (2) Cesariana

PARTFI45 ___

68. Qual a data de nascimento, tipo de parto e sexo de seu último filho antes desta gravidez?

Data de nascimento: ___/___/___ (01/01/01) NSA Sexo ___ (1) M (2) F (8) NSA

DATAUL ___/___/___ SEXULT ___ PARTULT ___

69. Parto (1) Normal (2) Cesariana

70. A senhora foi cortada (episiotomia) em algum parto anterior? Quantas? ___ episiotomias (nenhum = 00) (88) NSA (99) Ignorado

EPISIO ___

71. A senhora teve algum aborto? Quantos? ___ abortos (00=nenhum; 99=IGN 88=NSA)

ABORTO ___

72. A senhora teve algum filho que nasceu morto com sete meses ou mais de gravidez? Quantos? ___ natimortos (00 = nenhum; 99 = ignorado 88 = NSA)

NATMORT ___

73. A senhora teve algum filho que nasceu com menos de dois quilos e meio? Quantos? ___ baixo peso (00 = nenhum; 99 = ignorado 88 = NSA)

BAIPESO ___

74. A senhora teve algum filho que nasceu antes do tempo com vida? SE SIM ___ prematuros (00 = nenhum; 99 = ignorado 88 = NSA)

PREMATI ___

SE SIM: Por que foi que ele(s) nasceu (nasceram) antes do tempo?

- (1) começou com contrações uterinas e entrou em trabalho de parto
- (2) rompeu a bolsa antes do tempo (quebrou água)
- (3) médicos tiveram que fazer cesariana ou tirar a criança porque apresentou problema de saúde
- () outro _____ (8) NSA (9) Ignorado

89. Quantos dias por semana trabalhou fora? ___ dias (8) NSA TRABSEM ___
90. Quantas horas por dia trabalhou fora? ___ horas (88) NSA TRABHORS ___
91. Que tipo de trabalho a senhora fez? _____ TRABTIP ___
92. Durante o seu trabalho a senhora tinha que ficar a maior parte do tempo em pé?
(1) Sim (2) Não (8) NSA TRABPE ___
93. Durante o seu trabalho a senhora tinha que levantar coisas pesadas?
(1) Sim (2) Não (8) NSA TRABPES ___
94. Durante o seu trabalho a senhora tinha que ficar em lugar barulhento?
(1) Sim (2) Não (8) NSA TRABARU ___
95. Durante o seu trabalho a senhora usava máquinas que vibram?
(1) Sim (2) Não (8) NSA TRABVIBR ___

Agora eu gostaria de saber se no teu trabalho as pessoas fumavam ou não.

96. Durante a gravidez outras pessoas costumavam fumar na mesma sala em que tu estavas trabalhando?
(1) Sim, a maior parte do tempo (2) Nunca (3) às vezes (8) NSA FUMTRAB ___

Agora vamos conversar sobre seu trabalho de casa durante a gravidez:

97. Quem é que fez o trabalho de casa para sua família?
(1) mãe mesma TRABCAS ___
(2) mãe fez parte do trabalho
(3) outra pessoa

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu trabalho em casa e gostaria que a senhora me respondesse se faz esse tipo de trabalho todos os dias, de vez em quando ou nunca

SE FEZ O TRABALHO DOMÉSTICO:

Que atividades realizava em casa durante a gravidez?

98. Cozinhar (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não COZIN ___
99. Lavar louça (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não LAVLOU ___
100. Secar louça (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não SECLOU ___
101. Estender roupa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não ESTROUP ___
102. Lavar roupa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não LAVROUP ___
103. Passar roupa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não PASROUP ___
104. Arrumar a casa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não ARRCASA ___
(camas, pó, varrer)
105. Faxina da casa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não FAXCASA ___
(encerar, lavar)

118. A senhora costumava fumar dos 7 meses até o fim da gravidez?
(1) Sim (2) Não, pular para a pergunta 123 (8) NSA

FUMAVA3 _

119. SE SIM: Fumava todos os dias?
(1) Sim (2) Não (8) NSA

FUMTODO3 _

120. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia: ___ cigarros (88) NSA

CIGDIA3 _

121. SE NÃO: Quantos dias por semana fumava? ___ dias (8) NSA

DIASEM3 _

122. Quantos cigarros fumava por dia? ___ cigarros (88) NSA

CIGDIS3 _

123. O seu marido/companheiro fumou durante esta gravidez?
(1) sim (2) não (8) Não tem marido/companheiro

COMPFUMO _

124. SE SIM: Quantos cigarros ele fumava por dia? ___ cigarros (00) NSA

CIGCOMP _

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre chimarrão.

125. A senhora costumava tomar chimarrão durante a gravidez?
(1) Sim, (2) Não, pular para a pergunta 128

CHIMA1 _

126. SEM SIM: Quantos dias por semana: ___ dias/semana (7) Todos (8) NSA

MCHIMA1 _

127. Com quantas pessoas a senhora costumava repartir o mate? ___ pessoas
(00 = nenhuma; 99 = não lembra; 88 = não se aplica)

REPAMATE _

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre bebidas de álcool.

128. A senhora costumava beber bebida de álcool durante a gravidez?
(1) Sim (2) Não, pular para a pergunta 130

BEBALC _

SE RESPONDEU SIM:

Para o quadro a seguir, formular as perguntas na seguinte ordem:

- Que bebida a senhora tomou?
- Em que tipo de vasilha a senhora costumava tomar (citar o nome da bebida)?
 - (1) Copo comun (200ml)
 - (2) Taça (cálice)
 - (3) Martelo (100ml)
 - (4) Lata (350, 355ml)
 - (5) Garrafa pequena (300ml)
 - (6) Garrafa (600, 720ml)
 - (7) Outro: _____
- Quantos (nome do recipiente) a senhora costumava tomar por dia?

138. A família tem outra fonte de renda?

Cr\$ _____ por mês _____ salários mínimos
Cr\$ _____ por mês _____ salários mínimos
00 = NSA

RENDAAD1 _____
RENDAAD2 _____

139. Quem teve a maior renda?

(1) Pai (2) Mãe (3) Outro _____

MAIOREND _____

Se a maior renda for de outro membro da família que não pai e mãe, fazer a pergunta seguinte

140. Até que série < pessoa > completou na escola?

____ série ____ grau (00 = sem escolaridade) (88) NSA

SERIEPES _____
GRAUPES _____

Agora vamos conversar sobre o trabalho da pessoa com maior renda na casa

AS PERGUNTAS 141 À 145 REFEREM-SE AO TRABALHO ATUAL, OU AO ÚLTIMO TRABALHO DO CHEFE DA FAMÍLIA

141. Encontra-se trabalhando no momento?

(1) sim (2) não, desempregado há ____ meses (3) aposentado
(4) encostado (5) estudante () outro (88) NSA

TRABPAI _____
DESEMP _____

142. Qual o tipo de firma onde ele trabalha? _____

FIRMA _____

143. Que tipo de trabalho ele faz? _____

OCUPAÇÃO _____

144. Ele é patrão, empregado ou trabalha por conta?

(1) empregado (3) conta própria (5) parceiro ou meeiro
(2) empregador (4) biscoiteiro

POSIÇÃO _____

Fazer a pergunta seguinte somente se o chefe de família for empregador ou trabalha por conta própria

145. O chefe da família emprega ou contrata empregados? Quantos ____ empregados
(00 = nenhum 88 = NSA; 99 = ignorado)

NUMTRAB _____

Agora gostaria de saber como a senhora está hospitalizada

146. A senhora está hospitalizada como INPS, particular ou convênio?

(1) INSS (2) INSS + diferença
(3) Particular (4) Seguro Saúde
(5) Convênios () Outro _____

TIPINTER _____

147. A senhora está pagando para o médico obstetra?

(1) Sim. (2) Não

PAGOBST _____

148. SE SIM: Por quê?

(1) porque ele é particular
(2) para fazer cesariana
(3) para ligar trompas
() outro _____ (8) NSA

PORQUE _____

SE SIM: Quais dos métodos a senhora vai usar?

169. Pílula (1) Sim (2) Não
170. Tabela (1) Sim (2) Não
171. Coito interrompido (ele se cuida) (1) Sim (2) Não
172. Camisinha (1) Sim (2) Não
173. DIU (1) Sim (2) Não
174. Diafragma (1) Sim (2) Não
175. Geléia espermaticida (1) Sim (2) Não
176. () outro: _____ (8) NSA

PILULA __
TABELA __
COITO __
CONDOM __
DIU __
DIAFR __
GEL __
OUTR __

Gostaríamos saber da senhora seu endereço completo, porque pretendemos visitá-la, quando seu nenê estiver maior.

177. A senhora mora em Pelotas?
(1) Sim (2) Não _____

MORAPEL __

178. SE SIM: (1) Pelotas urbana (2) Pelotas rural
(3) Jardim América (4) Laranjal (8) NSA

PROV __

179. Qual é o seu endereço completo? _____

180. Tem algum ponto de referência que nos ajude a encontrar sua casa?

181. Tem telefone em casa? _____

TELCASA _____

182. Tem algum telefone para contato? _____

TELCONT _____

183. A senhora pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa?
(1) vai morar na mesma casa (2) vai morar noutro lugar

184. SE VAI MUDAR: Qual vai ser seu novo endereço? _____

PARA OS RN VIVOS QUE APRESENTAREM PESO DE NASCIMENTO < 2500 GRAMAS OU TIVEREM IDADE GESTACIONAL ABAIXO DE 37 SEMANAS, OBTER AS INFORMAÇÕES SEGUINTE COM A MÃE, NO PRONTUÁRIO E COM O MÉDICO QUE ATENDEU O PARTO:

Perguntar para a mãe se a <criança> nasceu antes do tempo

190. Por quê seu nenê nasceu antes do tempo? (ver na ficha, conversar com médico e mãe)? (1) começou com contrações uterinas e entrou em trabalho de parto (2) rompeu a bolsa antes do tempo (quebrou água) (3) médicos tiveram que fazer cesariana ou tirar a criança porque apresentou problema de saúde: _____ (8) NSA (9) Ignorado () outro _____	CAUSPREN	__
191. Descolamento prematuro de placenta (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	DESCPLA	__
192. Prolapso de cordão (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	PROLAP	__
193. Trabalho de parto prematuro espontâneo (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	ESPONT	__
194. Apresentação pélvica/podálica (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	PELVIC	__
195. Placenta prévia (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	PLAPRE	__
196. Eclâmpsia (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	ECLAM	__
197. Pré-eclâmpsia (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	PRECLAM	__
198. Incompetência de colo uterino (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	INCOMP	__
199. Ruptura uterina (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	RUPTUR	__
200. Sofrimento fetal (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	SOFET	__
201. Oligohidramnios (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	OLIGOH	__
202. Doenças infecciosas pélvicas (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	DIP	__
203. SE SIM: Qual? _____ (9) Ignorado (8) NSA	DIPSIM	__
204. Outras infecções (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	INFGES	__
205. SE SIM: Qual? _____ (9) Ignorado (8) NSA	INFSIM	__
206. Hipertensão devido a problemas renais (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	RENAL	__
207. Hemorragia por problema de coagulação (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	HEMORR	__
208. Outros: (1) Sim (2) Não (9) Ignorado (8) NSA	DOENC	__
209. SE SIM: Qual? _____ (9) Ignorado (8) NSA	DOENCSIM	__

MÉTODO DE DUBOWITZ

NOME DO HOSPITAL: _____

NOME DA CRIANÇA: _____

DATA DO EXAME: ___ / ___ / ___

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

<i>CRITÉRIOS NEUROLÓGICOS</i>		<i>CRITÉRIOS SOMÁTICOS</i>	
	<i>ESCORE</i>		<i>ESCORE</i>
<i>POSTURA</i>		<i>EDEMA</i>	
<i>FLEXÃO DO PUNHO</i>		<i>TEXTURA DA PELE</i>	
<i>FLEXÃO DO CALCANHAR</i>		<i>COR DA PELE</i>	
<i>RETORNO A FLEXÃO DOS BRAÇOS</i>		<i>TRANSPARÊNCIA DA PELE (TRONCO)</i>	
<i>RETORNO A FLEXÃO DAS PERNAS</i>		<i>LANUGEM (DORSO)</i>	
<i>ÂNGULO POPLÍTEO</i>		<i>SULCOS PLANTARES</i>	
<i>CALCANHAR NA ORELHA</i>		<i>FORMAÇÃO DO MAMILO</i>	
<i>SINAL DO CACHECOL</i>		<i>GLÂNDULA MAMÁRIA</i>	
<i>POSIÇÃO DA CABEÇA</i>		<i>FORMA DA ORELHA</i>	
<i>SUSPENSÃO VENTRAL</i>		<i>CONSISTÊNCIA DA ORELHA</i>	
		<i>GENITAIS MASCULINOS</i>	
		<i>GENITAIS FEMININOS</i>	

TOTAL ___



1. Tipo de entrevista? (1) um mês (2) retrospectiva

tipentre __

2. Número questionário 1º mês: _ _ _

num1mes _ _ _

3. Entrevistador: _____

entrevlm __

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:

4. Por favor, é aqui que mora <mãe da criança>, mãe de <criança>? Posso falar com ela?

Tentativas: 1ª __ 2ª __ 3ª __ 4ª __

- (1) sim, entrevistada (5) não, mudou-se
(2) sim, marcou para outro dia (6) não, ausente
(3) não, endereço não localizado (7) recusa
(4) não, desconhecida no endereço (0) NSA
() outro _____

tenta1 __
tenta2 __
tenta3 __
tenta4 __

"Sou da Faculdade de Medicina e estou fazendo uma pesquisa sobre a saúde de crianças pequenas. No hospital uma pessoa da nossa equipe já conversou com a Sra. logo que <criança> nasceu. Nós gostaríamos de visitar seu filho para pesar e medir algumas vezes até ele(a) fazer 1 ano. Vamos também lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde dele. Podemos conversar?"

5. Quem cuida <criança> a maior parte do tempo? 1ª __ 2ª __

- (1) mãe (2) Pai (3) Avó
(4) Parente/amiga ≥ 15 anos
(5) Parente ou amiga < 15 anos
(6) Empregada/babá
(7) Funcionária de creche
() Outro _____

cuidal __
cuidã2 __

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que <criança> está comendo"

6. Ontem, <criança> se alimentou como sempre?

(1) sim: (VÁ PARA 8) (2) não (9) IGN

alimont __

7. SE NÃO: Quando foi o último dia que <criança> se alimentou como sempre?

__ / __ / __ (IGN = 01/01/01, NSA=02/02/02)

aliscm __ / __ / __

8. "Por favor, diga-me tudo o que <criança> comeu <no último dia que comeu como sempre>".

SE O BEBÊ NÃO É AMAMENTADO EXCLUSIVAMENTE, ASSINALE SE A MÃE UTILIZOU NA MAMADEIRA NAS ÚLTIMAS 24hs:

9. Engrossante (1) não (2) sim (8) NSA
 10. Açúcar/mel (1) não (2) sim (8) NSA
 11. Achocolatados (1) não (2) sim (8) NSA

engr _

acuc _

acho _

- Quando <CRIANÇA> iniciou a tomar REGULARMENTE:

12. Leite de saquinho? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 13. Leite em pó? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 14. Chá? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 15. Suco? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 16. Água? ___ dias (88) nunca tomou regularmente

inivadi _ _

inipodi _ _

inichdi _ _

inisudi _ _

iniagdi _ _

17. <Criança> recebe algo por mamadeira ou chucha? (1) sim (2) não

manchuca _

18. PREENCHIA DE ACORDO COM O RECORDATÓRIO ALIMENTAR.

A CRIANÇA RECEBE:

- (1) só leite materno. (VÁ PARA 24)
 (2) LM + líquidos. (VÁ PARA 24)
 (3) LM + outro leite + líquidos (VÁ PARA 25)
 (4) LM + outro leite + outros alimentos sólidos e líquidos (VÁ PARA 25)
 (5) só outro leite (VÁ PARA 19)
 (6) outro leite + líquidos (VÁ PARA 19)
 (7) outro leite + outros alimentos sólidos e líquidos (VÁ PARA 19)
 () outro _____ (VÁ PARA 19)

CASO NÃO MAME NO PEITO (OPÇÕES 5, 6 E 7 DA QUESTÃO 18):

padalim _

19. <Criança> chegou a mamar no peito?

(1) sim (2) não (VÁ PARA 23) (8) NSA (9) IGN

mamou _

20. Quantos dias mamou no peito?
__ __ dias (00) menos de 1 dia (88) NSA (99) IGN

tempmam __ __

21. Eu gostaria que a Sra. me contasse tudo o que estava acontecendo na época em que ele(a) parou de mamar, e por que a Sra. acha que ele(a) não mamou mais.

caufin __ __

causint __ __

caubas __ __

22. Quando ele(a) estava mamando bem, mais ou menos quantas vezes por dia (nas 24 hs) dava de mamar? __ __ vezes (88=NSA, 99=IGN) VÁ PARA 28

mamabem __ __

23. SE NUNCA MAMOU(OPÇÃO 2 DA QUESTÃO 19):

Porque não chegou a mamar? Razões 1ª __ __ 2ª __ __

(01) mãe não quis

(06) mãe doente

(02) ele não quis

(07) prematuro/doente

(03) seio sem bico

(08) alguém aconselhou

(04) não tinha leite

(09) dor, rachadura ou infecção no seio

(05) ele foi adotado

() outro _____

(88) NSA

(99) IGN

pqumam1 __ __

pqumam2 __ __

PULE PARA A 37

SE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA OU QUASE (OPÇÕES 1 E 2 DA QUESTÃO 18):

24. Quando pretende começar com outro leite ou outra comida?

__ __ meses OU outro _____

(88) NSA (99) IGN

comecoin __ __

PARA QUEM AINDA MAMA (OPÇÕES 1 A 4 QUESTÃO 18):

25. Até quando pretende dar o peito?
 _____ meses OU outro: _____
 (77=até quando quiser; 78=enquanto tiver leite; 88=NSA)
26. Está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar?
 (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN
27. **SE SIM:** Qual? _____

kladamam _ _

difcmam _

qdifmam _

PARA QUEM AMAMENTA OU AMAMENTOU: (OPÇÕES 1 A 4 DA QUESTÃO 18 e OPÇÃO 1 da 19):

28. <Criança> mamou o seu primeiro leite, aquele que é bem clarinho e que desceu logo depois do parto (colostro)?
 (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN
29. Quando saiu do hospital, já tinha pegado o peito?
 (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN
30. Teve alguma dificuldade para começar a dar de mamar?
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 32) (8)NSA (9) IGN
31. **SE SIM:** Qual? _____

32. Em cada mamada, <criança> mama(va) nos dois seios ou num só?
 (1) nos dois (2) num só (VÁ PARA 34)
 (8) não se aplica () outro: _____
33. **SE MAMA OU MAMAVA NOS DOIS (NA PERGUNTA ANTERIOR):**
 <Criança> esvazia(va) um seio antes de pegar o outro?
 (1) sim (2) não (3) às vezes (8) NSA (9) IGN
34. A Sra. dá(va) de mamar sempre que <criança> pede(pedia) ou com hora certa?
 (1) quando pede(ia) (2) hora certa (8) NSA
 () outro _____
35. No fim da mamada, a Sra. tem / tinha algum problema para tirar <criança> do seio?
 (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN
36. **SE SIM:** O que faz / fazia?
 (1) coloca / colocava o dedo
 (2) dá / dava o bico
 (3) dá / dava mamadeira c/ leite
 (4) dá / dava mamadeira com outro conteúdo
 (5) dá / dava chuquinha/marroquinha com água ou chá
 () outro _____ (8) NSA

colostro _

qnhospci _

difcomam _

qdifcoma _

mam2seio _

esvazia _

mampede _

protirar _

qprotira _

37. A Sra. já amamentou outra criança antes?
(1) sim (2) não (8) NSA

amamout _

38. SE SIM: Por quanto tempo amamentou a criança que mamou mais tempo?
___ meses ___ dias (00 00 < 1 mês ou dia, 88 88=NSA, 99 99=IGN)

quamam _ _ _ _

39. <Criança> chupa bico?
(1) sim (VÁ PARA 42) (2) não

chubic _

40. SE NÃO: Já parou ou nunca chupou?
(1) nunca chupou (VÁ PARA 48) (2) já parou (8) NSA

nchubic _

SE JÁ PAROU DE USAR BICO (OPÇÃO 2 DA QUESTÃO 40):

41. Com quantos dias parou de chupar o bico? ___ dias (88 = NSA e 99 = IGN)

quparou _ _

SE CHUPA OU JÁ PAROU:

42. Com quantos dias começou a chupar bico? ("pegar mesmo")
___ dias (88 = nunca chupou; 00 = 1º dia; 99 = IGN)

qncomeco _ _

43. Quem deu o bico pela primeira vez? <deu na boca>
(1) mãe (2) avó/avô (3) pai (4) outro parente
(5) amiga (6) profis. saúde no hospital
(7) profis. de saúde fora do hospital
(8) NSA (9) IGN

deubico _

44. Ele(a) chupa(va) de dia? (1) sim (2) não (8) NSA

bicdia _

45. SE SIM: Todo o tempo?
(1) todo o dia (2) de vez em quando (3) só para dormir
() outro _____
(8) NSA (9) IGN

bicdiqu _

46. E chupa(va) de noite? (1) sim (2) não (8) NSA

bicnoi _

47. SE SIM: Toda a noite ou só para dormir?
(1) toda a noite (2) só para dormir
() outro _____
(8) NSA (9) IGN

bicnoqu _

48. Por que acha que as mães dão bico para as crianças?
 (1) parar de chorar (2) acalmar/distrair (3) poder fazer tarefas domésticas
 (4) costume (5) substitui o seio (6) substitui mamadeira
 (9) não sabe () outro: _____

pqdaobic __

49. - A Sra. acha que o bico pode atrapalhar a amamentação?
 (1) sim (2) não (3) não fez diferença (9) não sei

bicatrap __

50. SE SIM: Por que? _____

pqatrap __ __

51. SE NÃO: Por que? _____

pqnatrap __ __

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <criança>."

52. Ele/a teve diarreia desde <dia> da semana retrasada?
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 55) (9) IGN

diar14d __

53. SE SIM: Quando começou?
 Há __ __ dias (88=NSA, 99=IGN)

qndiarr __ __

54. Ainda está com diarreia?
 (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

diarhoj __

55. <Criança> teve tosse desde <dia da semana> passada?
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 60) (9) IGN

tos7d __

SE TEVE TOSSE (opção 1):

56. Estava com respiração difícil? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

respdif __

57. Estava com cansaço/falta de ar? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

faltaar __

58. Nariz entupido? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

nariz __

59. Tinha febre? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

febre __

60. <Criança> recebeu algum remédio desde <últimos 15 dias>, inclusive vitamina ou remédio para febre?
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 73) (9) IGN

remed __

SE SIM QUESTÕES 60 (OPÇÃO 1):

- Qual?

61. 1ª medicação: _____
 62. Para tratar o que? _____
 63. Quem indicou? _____
 64. Foi comprado? (1) sim (2) não (8)NSA (9) IGN

1medic _____
 1tratar _____
 1indic _____
 1compra _____

- Mais algum? Qual?

65. 2ª medicação: _____
 66. Para tratar o que? _____
 67. Quem indicou? _____
 68. Foi comprado? (1) sim (2) não (8)NSA (9) IGN

2medic _____
 2tratar _____
 2indic _____
 2compra _____

- Mais algum? Qual?

69. 3ª medicação: Qual? _____
 70. Para tratar o que? _____
 71. Quem indicou? _____
 72. Foi comprado? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

3medic _____
 3tratar _____
 3indic _____
 3compra _____

73. <Criança> já foi ao médico ou posto de saúde alguma vez?(INCLUIR PUERICULTURA).
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 81) (9) IGN

medico _____

74. SE SIM: Quantas vezes? __ vezes (8 = NSA; 9 = IGN). Por que?

qnmedico _____

75. Consulta1 _____

causa1 _____

76. Consulta2 _____

causa2 _____

77. Consulta3 _____

causa3 _____

(88 = NSA; 99 = IGN)

78. Foi consultar particular ou em posto ou centro de saúde (público)?

(1) serviço público (2) particular (3) ambos (8) NSA (9) IGN
 (4) sesi (5) convênio/firma

partic _____

79. Nestas consultas etc(a) foi pesada?

(1) sim (2) não (VÁ PARA 81) (8) NSA (9) IGN

pesada _____

80. SE SIM: Quantas vezes? __ vezes

qnpesada _____

81. <Criança> já baixou em hospital? (EXCLUIR PARTO)

(1) sim (2) não (VÁ PARA 87) (9) IGN

baixou _____

SE JÁ FOI HOSPITALIZADA:

82. Quantas vezes? __ (8 = NSA; 9 = IGN)

qnbaixou __

Por que?

83. diarreia: __ vezes

baixdiar __

84. pneumonia: __ vezes

baixpneu __

85. outro: Qual? _____ / __ vezes
(0 = nenhuma; 8 = NSA; 9 = IGN)

baixout __
baimo __

86. Em qual(is) hospital(is)?(ACEITA MÚLTIPLAS RESPOSTAS)

(1) Beneficência (2) Santa Casa (3) Clínicas (4) FAU
(5) Piltcher (6) Outro _____ (8) NSA

baixhosp __
baixhos2 __

87. Quando <criança> nasceu, quanto tempo ficou no hospital?
__ dias __ horas (99 99 = IGN, 00 dias = menos de um dia)

baixnasc _ _ _

88. A Sra. saiu junto com <criança> do hospital?
(1) sim (VÁ PARA 90) (2) não (8) NSA

saiujunt __

89. SE NÃO: Quantos dias a Sra. ficou no hospital depois que <criança> nasceu?
__ dias __ horas (99 99 = IGN, 00 dias = menos de um dia, 88 88 NSA)

machosp _ _ _

90. Comparando com outros bebês da mesma idade, <criança> chora mais, menos ou a mesma coisa?
(1) mais (2) menos (3) mesma coisa (9) não sei

choro __

91. - <Criança> já teve cólica? (1) sim (2) não(VÁ PARA 94) (9) não sei

colica __

92. SE SIM: Quantas vezes teve cólica desde antontem? __ vezes

colica7d __

93. O que costuma fazer quando <criança> tem cólica?

qfazcol1 __
qfazcol2 __

"Agora vamos conversar um pouco sobre as coisas que <criança> está fazendo"

94. <Criança> sorri quando a Sra. conversa ou brinca com ele/ela?
(1) sim (2) não (3) não reparei

sorri __

95. <Criança> olha seu rosto quando a Sra. dá de mamar/dá mamadeira? (1) sim (2) não (3) não reparci	olha __
96. <Criança> segue com os olhos alguma coisa que se mexa perto do rosto dela(e)? (1) sim (2) não (3) não reparci	segue __
97. <Criança> pisca ou levanta os braços quando ouve algum barulho forte? (Se assusta?) (1) sim (2) não (3) não reparci	moropisc __
98. A Sra. coloca <criança> de barriga para baixo quando está acordada? (1) sim (2) não (VÁ PARA 100)	brucos __
99. SE SIM: Quando colocas <criança> de barriga para baixo, ele(a) levanta a cabeça? (1) sim (2) não (3) não reparci (8) NSA	levcabec __
"Agora gostaria que a Sra. me contasse sobre a Sra. e sua família"	
100. A Sra. trabalhou/ trabalha fora (ou para fora) depois que <criança> nasceu? (1) sim (2) não (VÁ PARA 102) (8) NSA	mactrab __
101. SE SIM: Quantos dias a <criança> tinha quando começou a trabalhar? __ __	idcritra __ __
102. Quem mora nessa casa? (dormem e fazem refeições): Pai da criança (mesmo se adotivo) (1) sim (2) não (8) Falecido Mãe da criança (mesmo se adotiva) (1) sim (2) não (8) Falecida Nº de crianças menores de 5 anos __ (INCLUIR CRIANÇA) Nº de crianças com 5 anos ou mais __ (mais de 8 = 8) Avós __ Nº de outras pessoas __ Total moradores __ __	paimora __ maemora __ 1234mora __ 5mora __ avosmora __ outmora __ totmora __ __
103. Quantas peças são usadas para dormir? __	pecadorm __
104. Quantas pessoas dormem na mesma peça além do(a) <criança> __	pecacri __
105. Das pessoas que moram aqui, alguém tem fumado dentro de casa depois que o bebê nasceu? (1) sim (2) não (VÁ PARA 110) (8) NSA	fumopass __
- Quem fuma? Quantos cigarros por dia? (NSA=88, IGN=99, nenhum=00)	
106. Pai __ __ cig/dia	paicig __ __
107. Mãe __ __ cig/dia	maecig __ __
108. Outro1 __ __ cig/dia	out1cig __ __
109. Outro2 __ __ cig/dia	out2cig __ __

OBSERVE, SE NÃO FOR POSSÍVEL PERGUNTE: (QUESTÕES 110 A 113)

110. Tipo de construção:

- (1) tijolos ou cimento (2) tijolo sem reboco
(3) apartamento (4) madeira regular
(5) mista (tijolo + madeira) (6) madeira irregular(maloca)
() outro _____

tipcons _

111. O piso da casa é de:

- (1) Chão batido (2) tábua (3) parquê (4) cimento (5) lajota
(6) carpete () outro _____

piso _

112. A água é encanada dentro de casa?

- (1) sim, dentro de casa (2) não, no terreno (3) não há água

aguacnc _

113. Como é o banheiro dessa casa?

- (1) de descarga (2) casinha (3) não tem ()outro

banheiro _

- Vocês tem algum destes aparelhos funcionando? (LISTAR)

radio _

114. -Rádio (1) sim (2) não

115. -Televisão (1) sim (2) não

tv _

116. -Geladeira (1) sim (2) não

gelad _

117. -Fogão a gás (1) sim (2) não

foggas _

118. -Fogão a lenha (1) sim (2) não

foglenha _

119. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai mudar?

- (1) não vai mudar (VÁ PARA 122) (2) vai mudar.

vaimudar _

SE FOR MUDAR (opção 2):

120. Qual o novo endereço? _____

121. Como se faz para chegar a este endereço? _____

122. <Criança> vai ficar morando com a Sra. nos próximos meses?

- (1) sim (VÁ PARA 127) (2) não () outro: _____

crimoram _

123. SE NÃO: Com quem vai morar? _____

124. Sabe o endereço? _____

125. Sabe o telefone da casa ou de contatos? _____

126. Como faço para chegar lá? _____

"Por favor, eu preciso pesar e medir <Criança> para ver como está o crescimento. Poderia tirar toda a roupinha dele(a)?"

AO EXAMINAR A CRIANÇA OBSERVE: (127 A 132)

127. Levanta a cabeça quando colocada de bruços?

(1) sim (2) não (3) impossível observar

obsabcc _

128. Ao ser segurada no colo, olha o rosto da entrevistadora?

(1) sim (2) não (3) impossível observar

obsolha _

129. Sorri quando estimulada?

(1) sim (2) não (3) impossível observar

obsorri _

130. Segue com o olhar objetos próximos ao seu rosto?

(1) sim (2) não (3) impossível observar

obssegue _

131. Responde a estímulo sonoro?

(1) sim (2) não (3) impossível observar

obsinoro _

132. Há cicatriz de BCG? (1) sim (VÁ PARA 134) (2) não

obsbcg _

CASO NAO TENHA VISTO A CICATRIZ DE BCG, PERGUNTE:

133. <Criança> já fez a vacina da tuberculose, aquela injeção no braço?

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

jabcg _

134. Peso: _____ kg

peso _____

135. Comprimento: _____ cm

comprime _____

136. Perímetro cefálico: _____ cm

pericafa _____

137. Roupas: _____

138. Data da entrevista: ____ / ____ / ____

dataentr ____ / ____ / ____

1. Tipo de entrevista? (1) três meses (2) retrospectiva

tipent3m _

2. Número questionário 3º mês: _ _ _

num3m _ _ _

3. Entrevistadora: _____

entrev3m _

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:

4. Por favor, é aqui que mora <mãe da criança>, mãe de <criança>? Posso falar com ela?

Tentativas: 1ª _ 2ª _ 3ª _ 4ª _

(1) sim, entrevistada

(5) não, mudou-se

tenta13m _

(2) sim, marcou para outro dia

(6) não, ausente

tenta23m _

(3) não, endereço não localizado

(7) recusa

tenta33m _

(4) não, desconhecida no endereço

(0) NSA

tenta43m _

() outro _____

"Sou da Faculdade de Medicina e estou fazendo uma pesquisa sobre a saúde de crianças pequenas. Uma pessoa da nossa equipe já visitou <criança> há dois meses. Gostaria de conversar com <a Sra. / a responsável> sobre a saúde dele(a). Podemos conversar?"

5. Quem está cuidando <criança> a maior parte do tempo no último mês? 1ª _ 2ª _

cuida13m _

(1) mãe (2) pai (3) avó

cuida23m _

(4) parente/amiga ≥ 15 anos

(5) parente ou amiga < 15 anos

(6) empregada/babá

(7) funcionária de creche

() outro _____

6. <Criança> já foi a creche ou maternal alguma vez?

(1) sim (2) não (9) IGN

creche3m _

7. SE SIM Com que idade começou? _ meses _ dias

8. Com que idade parou? _ meses _ dias (7 77=continua)

creini3m _ _ _

crepar3m _ _ _

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que <criança> está comendo"

9. Ontem <criança> se alimentou como sempre?

(1) sim (VÁ PARA 11) (2) não (9) IGN

aliment3m _

10. SE NÃO: Quando foi o último dia em que <criança> se alimentou como sempre?

_ / _ / _ (IGN = 01/01/01, NSA=02/02/02)

aliscm3m _ / _ / _

11. "Por favor, diga-me tudo o que <criança> comeu <no último dia que comeu como sempre>".

RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 24 HORAS - ACOMPANHAMENTO 3 MESES

		despert	manhã	almoço	tarde	janta	dormir	madrug
	Leite materno							
	Leite vaca							
	Leite pó							
	Chá							
	Café							
	Água							
	Suco							
	Sopa/caldo*							
P A P A S	Frutas							
	Ovo							
	arroz							
	feijão							
	mingau							
	leg/verd.							
	massa							
	bat/aipim							
	oeno/beler							
	carne							
	outro							

LM3M _ _
VAC3M _ _
TIVA3M _ _
ENGVA3M _ _
PO3M _ _
TIPO3M _ _
ENGPO3M _ _
CHA3M _ _
TICHA3M _ _
CAF3M _ _
TICAF3M _ _
AG3M _ _
TIAG3M _ _
SUC3M _ _
TISUC3M _ _
SOP3M _ _
TISOP3M _ _
FRU3M _ _
OVO3M _ _
ARR3M _ _
FEI3M _ _
MING3M _ _
LEG3M _ _
MASS3M _ _
BATAIP3M _ _
CENBET3M _ _
CARN3M _ _
OUT3M _ _
PAP3M _ _
REFEI3M _ _

Tipo de recipiente em que o alimento é oferecido:

(1) mamadeira (2) copo ou xícara (3) colher (8) NSA (9) IGN

* Sopa/caldo: apenas a parte líquida.

SE O BEBÊ NÃO É AMAMENTADO EXCLUSIVAMENTE, ASSINALE SE A MÃE UTILIZOU NA MAMADEIRA NAS ÚLTIMAS 24hs:

12. Engrossante (1) não (2) sim (8) NSA
 13. Açúcar/mel (1) não (2) sim (8) NSA
 14. Achiocolatados (1) não (2) sim (8) NSA

engr3m ___
 acuc3m ___
 acho3m ___

- Quando <CRIANÇA> iniciou a comer ou tomar REGULARMENTE:

15. Leite de saquinho? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 16. Leite em pó? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 17. Chá? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 18. Suco? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 19. Água? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 20. Papa de frutas? ___ dias (88) nunca comeu regularmente
 21. Sopa? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 22. Papa salgada ___ dias (88) nunca comeu regularmente
 23. Mingau? ___ dias (88) nunca tomou regularmente
 24. Ovo ___ dias (88) nunca comeu regularmente
 25. Outro1: _____ dias (88) nunca regularmente
 26. Outro2: _____ dias (88) nunca regularmente
 27. Outro3: _____ dias (88) nunca regularmente

iniva3m ___
 inipo3m ___
 inich3m ___
 inisu3m ___
 iniag3m ___
 inifru3m ___
 inisop3m ___
 inpap3m ___
 inimin3m ___
 inovo3m ___
 inout13m ___
 inout23m ___
 inout33m ___

28. <Criança> recebe algo por mamadeira ou chupa?
 (1) sim (2) não (9) IGN

mamchu3m ___

29. PREENCIA DE ACORDO COM O RECORDATÓRIO ALIMENTAR.

A CRIANÇA RECEBE:

- (1) só leite materno. (VÁ PARA 33)
- (2) LM + líquidos. (VÁ PARA 33)
- (3) LM + outro leite + líquidos (VÁ PARA 34)
- (4) LM + outro leite + outros alimentos sólidos e líquidos (VÁ PARA 34)
- (5) só outro leite (VÁ PARA 30)
- (6) outro leite + líquidos (VÁ PARA 30)
- (7) outro leite + outros alimentos sólidos e líquidos (VÁ PARA 30)
- () outro _____ (VÁ PARA 30)

padali3m _

CASO NÃO MAME NO PEITO (OPÇÕES 5, 6 E 7 DA QUESTÃO 29):

30. Com 1 mês ainda mamava ou já tinha parado?

- (1) ainda mamava (2) já tinha parado (VÁ PARA 42)
- (3) nunca mamou (VÁ PARA 42) (8) NSA (9) IGN

mam1m3m _

31. Até que idade mamou no peito?

__ meses __ dias (88) NSA (99) IGN

tempma3m _ _ _

32. Eu gostaria que a Sra. me contasse tudo o que estava acontecendo na época em que ele(a) parou de mamar, e por que a Sra. acha que ele(a) não mamou mais.

causin3m _ _

causin3m _ _

caubas3m _ _

E AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA OU QUASE (OPÇÕES 1 E 2 DA QUESTÃO 29):

33. Quando pretende começar com outro leite ou outra comida?

__ meses OU outro _____

comeco3m _ _

(88) NSA (99) IGN

PARA QUEM AINDA MAMA (OPÇÕES 1 A 4 QUESTÃO 29):

34. Até quando pretende dar o peito?

_____ meses OU outro: _____

(77=até quando quiser; 78=enquanto tiver leite) **88 = NSA**

35. Está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar?

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

36. **SE SIM:** Qual?

idadam3m _ _

difcm3m _

qdifma3m _

PARA QUEM AMAMENTA OU AMAMENTOU: (OPÇÕES 1 A 4 DA QUESTÃO 29 e OPÇÕES 1 da 30):

37. Em cada mamada, <criança> mama(va) nos dois seios ou num só?

(1) nos dois (2) num só (**VÁ PARA 39**)

(8) não se aplica

() outro: _____

38. **SE MAMA OU MAMAVA NOS DOIS (NA PERGUNTA ANTERIOR):**

<Criança> esvazia(va) um seio antes de pegar o outro?

(1) sim (2) não (3) às vezes (8) NSA (9) IGN

mam2se3m _

esvazi3m _

39. A Sra. dá(va) de mamar sempre que <criança> pede(pedia) ou com hora certa?

(1) quando pede(ia) (2) hora certa (8) NSA

() outro _____

mamped3m _

40. No fim da mamada, a Sra. tem / tinha algum problema para tirar <criança> do seio?

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

protir3m _

qproti3m _

41. **SE SIM:** O que faz / fazia?

(1) coloca / colocava o dedo

(2) dá / dava o bico

(3) dá / dava mamadeira c/ leite

(4) dá / dava mamadeira com outro conteúdo

(5) dá / dava chuquinha/matrequinha com água ou chá

() outro _____

(8) NSA

42. <Criança> chupa bico?

(1) sim (**VÁ PARA 45**) (2) não

chubic3m _

43. **SE NÃO:** Já parou ou nunca chupou?

(1) nunca chupou (**VÁ PARA 51**) (2) já parou (8) NSA

nchubi3m _

SE JÁ PAROU DE USAR BICO (OPÇÃO 2 DA QUESTÃO 43):

44. Quando parou de chupar o bico? ___ dias (88 = NSA e 99 = IGN)
SE PAROU ANTES DE 30 DIAS E NÃO VOLTOU A CHUPAR, VÁ PARA 51

qnparo3m ___

SE CHUPA OU JÁ PAROU:

45. Com quantos dias começou a chupar bico? ("pegar mesmo")
___ dias (88 = nunca chupou; 00 = 1º dia; 99 = IGN)

Se < 30 dias, vá para questão 47

46. Quem deu o bico pela primeira vez? <deu na boca>
(1) mãe (2) avó/avô (3) pai (4) outro parente
(5) amiga (6) profis. saúde
(7) profis. de saúde fora do hospital
(8) NSA (9) IGN

qncome3m ___

dcubic3m ___

47. Ele(a) chupa(va) de dia? (1) sim (2) não (8) NSA

48. SE SIM: Todo o tempo?
(1) todo o dia (2) de vez em quando (3) só para dormir
() outro _____
(8) NSA (9) IGN

bicdia3m ___

49. E chupa(va) de noite? (1) sim (2) não (8) NSA

bicdiq3m ___

50. SE SIM: Toda a noite ou só para dormir?
(1) toda a noite (2) só para dormir
() outro _____
(8) NSA (9) IGN

bicnoi3m ___

bicnoq3m ___

51. Coloca outras coisas na boca para chupar?
(1) sim (2) não(VÁ PARA 53) (3) só de vez em quando (9) não sei

52. SE SIM ou SÓ DE VEZ EM QUANDO: O que?
(1) dedo (2) fralda (3) mordedor (4) brinquedo
(5) mão () outro _____

chiout3m ___

chuque3m ___

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <criança>.

53. Ele/a teve diarreia desde <dia> da semana retrasada?
(1) sim (2) não (VÁ PARA 58) (9) IGN

diar143m __

54. SE SIM: Quando começou?
Há __ dias (88=NSA, 99=IGN)

qudiar3m __

55. Ainda está com diarreia?
(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

dialho3m __

56. A sra. deu para <criança> algo para tratar a diarreia?
(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

trat3m __

57. SE SIM: O que?

soro CEME/pacotinho (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

ceme3m __

soro punhado pilada (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

pita3m __

soro caseiro colher medida (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

casei3m __

soro comprado farmácia (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

farm3m __

água (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

trag3m __

água de arroz (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

agarr3m __

chá: qual? _____ (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

tracha3m __

Outro: _____ (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

traou3m __

58. <Criança> teve tosse desde <dia da semana> passada?
(1) sim (2) não (VÁ PARA 63) (9) IGN

tos7d3m __

SE TEVE TOSSE (opção 1):

59. Estava com respiração difícil? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

respdi3m __

60. Estava com cansaço/falta de ar? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

faltar3m __

61. Nariz entupido? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

nariz3m __

62. Tinha febre? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

febre3m __

63. <Criança> recebeu algum remédio desde <últimos 15 dias>, inclusive vitamina ou remédio para febre? (1) sim (2) não (VÁ PARA 79) (9) IGN

remed3m _

SE SIM QUESTÕES 58 (OPÇÃO 1):

- Qual?

64. 1ª medicação: _____

1medic3m _ _ _

65. Para tratar o que? _____

1trata3m _ _

66. Quem indicou? _____

1indic3m _ _

67. Foi comprado? (1) sim (2) não (8)NSA (9) IGN

1compr3m _

68. Usou todos os dias por um mês ou mais?

1cron3m _

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

- Mais algum? Qual?

2medic3m _ _ _

69. 2ª medicação: _____

2trata3m _ _

70. Para tratar o que? _____

2indic3m _ _

71. Quem indicou? _____

2compr3m _

72. Foi comprado? (1) sim (2) não (8)NSA (9) IGN

2cron3m _

73. Usou todos os dias por um mês ou mais?

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

- Mais algum? Qual?

3medic3m _ _ _

74. 3ª medicação: Qual? _____

75. Para tratar o que? _____

3trata3m _ _

76. Quem indicou? _____

3indic3m _ _

77. Foi comprado? (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

3compr3m _

78. Usou todos os dias por um mês ou mais?

(1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

3cron3m _

79. Desde o dia em que completou um mês até agora (dia que completou 3 meses), <criança> já foi ao médico ou posto de saúde alguma vez?(INCLUIR PUERICULTURA).

(1) sim (2) não (VÁ PARA 87) (9) IGN

medico3m _

qnmed3m _

80. SE SIM: Quantas vezes? _ vezes (8 = NSA; 9 = IGN). Por que?

81. Consulta1 _____

causa13m _ _

82. Consulta2 _____

causa23m _ _

83. Consulta3 _____

causa33m _ _

(88 = NSA; 99 = IGN)

84. Foi consultar particular ou em posto ou centro de saúde (público)?

(1) serviço público (2) particular (3) ambos (8) NSA (9) IGN
(4) SESI (5) convênio firma/sindicato

partic3m _

pesada3m _

85. Nestas consultas ele(a) foi pesada?

(1) sim (2) não (VÁ PARA 87) (8) NSA (9) IGN

qnpesa3m _

86. SE SIM: Quantas vezes? _ vezes

87. <Criança> tem cartão de vacinas?
 (1) sim, visto (2) sim, não visto (3) tinha, mas perdeu
 (4) nunca teve (9) IGN

cartva3m __

88. Quantas doses de vacina já recebeu?
 Fonte informação: cartão mãe cicatriz
 DPT (nádega): (1) (2)
 Pólio (gota): (1) (2)
 BCG (cicatriz no braço): (1) (2) (3)

dpt3m __
 polio3m __
 bcg3m __

89. <Criança> já baixou em hospital? (EXCLUIR PARTO)
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 95) (9) IGN
 SE JÁ FOI HOSPITALIZADA:

baixou3m __

90. Quantas vezes? __ (8 = NSA; 9 = IGN)

qnbaix3m __

Por que?

91. diarréia: __ vezes

baixdi3m __

92. pneumonia: __ vezes

baixpn3m __

93. outro: Qual? _____ / __ vezes
 (0 = nenhuma; 8 = NSA; 9 = IGN)

baixot3m __

baimot3m __

94. Em qual(is) hospital(is)? (ACEITA MÚLTIPLAS RESPOSTAS)
 (1) Beneficência (2) Santa Casa (3) Clínicas (4) FAU
 (5) Piltcher () Outro _____ (8) NSA

bahos13m __

bahos23m __

95. Comparando com outros bebês da mesma idade, <criança> chora mais, menos ou a mesma coisa?
 (1) mais (2) menos (3) mesma coisa (9) não sei

choro3m __

96. - <Criança> já teve cólica? (1) sim (2) não (VÁ PARA 99) (9) não sei

colica3m __

97. SE SIM: Quantas vezes teve cólica desde antecotem? _____ vezes

qtecol3m __

98. O que costuma fazer quando <criança> tem cólica?

qfaz13m __

qfaz23m __

"Agora gostaria que a Sra. me contasse sobre a Sra. e sua família"

99. A Sra. trabalhou/trabalha fora (ou para fora) depois que <criança> nasceu?
 (1) sim (2) não (VÁ PARA 102) (8) NSA

mactra3m __

100. SE SIM: Quantos dias a <criança> tinha quando começou a trabalhar? __ __

traid3m __ __

trahor3m __ __

101. Quantas horas por dia a Sra. fica fora de casa? __ __ horas/dia

102. A sra. tem marido ou companheiro? (1) sim (2) não (8) NSA

103. SE SIM: Está trabalhando?(trabalho remunerado)
 (1) sim (2) não (3) aposentado (4) pensionista
 (8) NSA (9) IGN () outro _____

compa3m __

contra3m __

104. A Sra. deseja engravidar de novo em seguida?
 (1) sim (2) não (3) não sabe/não pensou nisso
 (8) NSA (9) IGN
 () outra situação: _____

engra3m __

105. A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar de novo?
 (1) sim (2) não(VÁ PARA 107) (8) NSA (9) IGN

nengra3m __

qnengr3m __ __

106. SE SIM: O que?
 (01) pílula. Qual? _____
 (02) coito interrompido
 (03) preservativo
 (04) DIU
 (05) ligadura tubária
 (06) tabelinha
 (07) vasectomia
 (08) não tem parceiro
 (09) não menstrua
 (10) não voltou a manter relações sexuais
 () outro _____
 (88) NSA
 (99) IGN

tipil __ __

107. Das pessoas que moram aqui, alguém fuma?
(1) sim (2) não (VÁ PARA 112)

- SE SIM: Quem fuma? Quantos cigarros por dia DENTRO DE CASA?
(NSA=88, IGN=99, nenhum=(X))

108. Pai ___ cig/dia

109. Mãe ___ cig/dia

110. Outro1 ___ cig/dia

111. Outro2 ___ cig/dia

fumopa3m ___

paifu3m ___

maefu3m ___

oufu13m ___

oufu23m ___

112. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai mudar?
(1) não vai mudar (VÁ PARA 115) (2) vai mudar.
(3) talvez (9) IGN

mudar3m ___

SE FOR MUDAR ou TALVEZ (opção 2):

113. Qual o novo endereço? _____

114. Como se faz para chegar a este endereço? _____

115. <Criança> vai ficar morando com a Sra. nos próximos meses?
(1) sim (VÁ PARA 120) (2) não () outro: _____

crimoram ___

116. SE NÃO: Com quem vai morar? _____

117. Sabe o endereço? _____

118. Sabe o telefone da casa ou de contatos? _____

119. Como faço para chegar lá? _____

"Por favor, eu preciso pesar e medir <Criança> para ver como está o crescimento. Poderia tirar toda a roupinha dele(a)?"

120. Barriga __ __, __ cm

121. Perímetro cefálico: __ __, __ cm

122. Peso: __ __, __ __ kg

123. Comprimento: __ __, __ cm

124. Roupas: _____

125. Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __

barrig3m __ __, __

perice3m __ __, __

peso3m __ __, __ __

compri3m __ __, __

dataen3m __ __ / __ __ / __ __

Estudo Longitudinal das crianças nascidas em Pelotas em 1993 - Acompanhamento do 3º mês de vida- Teste de desenvolvimento psico-motor DENVER	Entrevistadora fez observação?			
	Observou		Não observou	
	faz	não faz	Relato da mãe	
			sim	não
Eleva o tronco e a cabeça apoiando-se nas mãos e antebraços?				
Barriga para baixo, levanta a cabeça em 45 graus?				
Rola na cama? Posição ventral para dorsal.				
Mantém erguida e firme a cabeça em posição ereta?				
Traciona os braços até sentar-se?				
Apoia o corpo sobre as pernas?				
Busca com olhos a fonte de som?				
Move a cabeça e os olhos procurando um som?				
Segue com os olhos objetos móveis?				
Segue com os olhos objetos que se movam em 180 graus?				
Junta as mãos na linha média?				
Sorri espontaneamente?				
Sorri em resposta a estímulo?				
Balbucia				
Emite sons "ooo-aaa"				
RI?				

tron3 _
45gra3 _
rola3 _
cabfir3 _
tracbr3 _
apoper3 _
olhso3 _
proc3 _
objmo3 _
180gra3 _
jun3 _
sores3 _
sores13 _
balb3 _
sons3 _
ri3 _

1. A Sra. tem dores de cabeça frequentemente?	(1) sim	(2) não
2. A Sra. tem falta de apetite?	(1) sim	(2) não
3. A Sra. dorme mal?	(1) sim	(2) não
4. A Sra. se assusta com facilidade?	(1) sim	(2) não
5. A Sra. tem tremores nas mãos?	(1) sim	(2) não
6. A Sra. se sente nervosa, tensa ou preocupada?	(1) sim	(2) não
7. A Sra. tem má digestão?	(1) sim	(2) não
8. A Sra. sente que as suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(1) sim	(2) não
9. A Sra. tem se sentido triste ultimamente?	(1) sim	(2) não
10. A Sra. tem chorado mais do que de costume?	(1) sim	(2) não
11. A Sra. consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(1) sim	(2) não
12. A Sra. tem dificuldades em tomar decisões?	(1) sim	(2) não
13. A Sra. acha que o seu trabalho diário é penoso, lhe causa sofrimento?	(1) sim	(2) não
14. A Sra. acha que tem um papel útil na sua vida?	(1) sim	(2) não
15. A Sra. tem perdido o interesse pelas coisas?	(1) sim	(2) não
16. A Sra. se sente uma pessoa sem valor?	(1) sim	(2) não
17. A Sra. alguma vez pensou em acabar com a vida?	(1) sim	(2) não
18. A Sra. se sente cansada todo o tempo?	(1) sim	(2) não
19. A Sra. sente alguma coisa desagradável no estômago?	(1) sim	(2) não
20. A Sra. se cansa com facilidade?	(1) sim	(2) não

ESTUDO LONGITUDINAL MATERNO-INFANTIL - 1993
QUESTIONÁRIO 6 MESES

1 *Numero questionário perinatal:* _____

num6m _____

2 *Entrevistador:* _____

entrev6m _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

3 *Por favor, é aqui que mora <MÃE DA CRIANÇA>, mãe de <CRIANÇA> ? Posso falar com ela?*

Tentativas: 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____

- (1) Sim, entrevistada (5) Não, ausente
 (2) Sim, marcou para outro dia (6) Recusa
 (3) Não, endereço não localizado (8) NSA
 (4) Não, desconhecida no endereço () Outro: _____

tenta16m _____
 tenta26m _____
 tenta36m _____
 tenta46m _____

Sou da Faculdade de Medicina e estou fazendo uma pesquisa sobre a saúde de crianças pequenas. Uma pessoa da nossa equipe já conversou com a Sra. no hospital. Gostaria de conversar com a <Sra> sobre a saúde dele(a). Podemos conversar ?

4 *Quem está cuidando <CRIANÇA> a maior parte do tempo no último mês?*

1° pessoa _____ 2° pessoa _____

- (1) Mãe (2) Pai
 (3) Avó (4) Parente/ amiga ≥ 15 anos
 (5) Parente/ amiga < 15 anos (6) Empregada/babá
 (7) Funcionária da creche () Outro: _____
 (8) NSA

cuida16m _____
 cuida26m _____

5 *<CRIANÇA> foi a creche ou maternal alguma vez?*

(1) Sim (2) Não (9) Ignorado

SE SIM: Com que idade começou? _____ meses _____ dias
 (8 88 = NSA)

Quantas horas por dia <CRIANÇA> fica(va) na creche? _____ horas (88=NSA)

<CRIANÇA> continua frequentando a creche? (1) Sim (2) Não (8) NSA

SE JÁ PAROU: Com que idade parou? _____ meses _____ dias
 (7 77=continua 8 88=NSA)

creche6m _____
 creini6m _____
 crehor6m _____
 crecon6m _____
 crepar6m _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o que <CRIANÇA> está comendo

6 *Ontem <CRIANÇA> se alimentou como sempre?*

(1) Sim (VA PARA 8) (2) Não (9) IGN

alimon6m _____

7 *SE NÃO: Quando foi o último dia que <CRIANÇA> se alimentou como sempre?*

_____/_____/_____ (IGN = 01/01/01, NSA = 02/02/02)

alisen6m ____/____/____

8 Por favor diga-me tudo que <CRIANÇA> comeu neste dia ?

RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 24 HORAS

Alimento	Acordar	Manhã	Almoço	Tarde	Janta	Dormir	Madrugada
LM							
L Vaca							
L Pó							
Café							
Água/ chá							
Suco							
Pão/ Bolacha							
Iogurte							
Mingau							
Caldo							
Frutas							
Ovo							
Arroz							
Feijão							
Legume/ verdura							
Massa							
Batata/ Aipim							
Carne							
Outro							
Refeições							

lm6m -- --
vac6m -- --
po6m -- --
caf6m -- --
cha6m -- --
suc6m -- --
pa6m -- --
iog6m -- --
ming6m -- --
cal6m -- --
fru6m -- --
ovo6m -- --
arr6m -- --
fej6m -- --
leg6m -- --
mass6m -- --
bataip6m -- --
carn6m -- --
out6m -- --
refci6m -- --
engro6m -- --

• SE A MÃE CITOU LEITE DE VACA OU EM PÓ, PERGUNTAR:
Usou engrossante ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

9 Agora eu vou lhe dizer uma lista de líquidos e alimentos a Sra. vai me dizer se já começou a dar para <CRIANÇA>. Quando eu digo começou eu quero saber se <CRIANÇA> recebe(eu) este líquido ou alimento todos os dias, ou quase todos os dias da semana. Se a Sra. já começou a dar, eu quero saber quando começou:

Leite de saquinho:	meses	dias	iniva6m	---	---	---
Leite em pó:	meses	dias	inipo6m	---	---	---
Chá:	meses	dias	inich6m	---	---	---
Suco:	meses	dias	inisu6m	---	---	---
Papa de frutas:	meses	dias	inifru6m	---	---	---
Papa salgada (leg/ver):	meses	dias	inileg6m	---	---	---
Mingau:	meses	dias	inimin6m	---	---	---
Iogurte:	meses	dias	iniog6m	---	---	---
Pão/bolacha:	meses	dias	inipao6m	---	---	---
Ovo (gema):	meses	dias	inovo6m	---	---	---
Ovo (clara):	meses	dias	inicla6m	---	---	---
Carne:	meses	dias	inicar6m	---	---	---
Caldo de feijão:	meses	dias	inical6m	---	---	---
Feijão (grão):	meses	dias	inifej6m	---	---	---
Arroz:	meses	dias	iniarr6m	---	---	---
Massa:	meses	dias	inimas6m	---	---	---
Tem alguma outra comida que ele(a) já recebeu e que eu não falei agora ?						
Outro1 _____:	meses	dias	inout16m	---	---	---
Outro2 _____:	meses	dias	inout26m	---	---	---
Outro3 _____:	meses	dias	inout36m	---	---	---
(nunca tomou = 8 meses, 88 dias) (ignorado = 9 meses, 99 dias)						

SE NO RECORDATÓRIO A MÃE NÃO CITOU LEITE MATERNO, PERGUNTAR, SE JÁ FOI CITADO ASSINALE A OPÇÃO 1 NA PERGUNTA 10 E PULE PARA A QUESTÃO 12.

10 <CRIANÇA> chegou a mamar no peito ?						
(1) Sim, ainda mama	(3) Nunca mamou					
(2) Sim, já parou - Até que idade mamou ?						
meses	dias					
(8 88= NSA; 9 99= IGN)						
			mam6m			
			tempma6m			

SE NUNCA MAMOU:

Porque não chegou a mamar? Razões 1ª _____ 2ª _____

- | | |
|-----------------------------------------|------------------------|
| (01) Mãe não quis | (02) Ele não quis |
| (03) Seio sem bico | (04) Não tinha leite |
| (05) Ele foi adotado | (06) Mãe doente |
| (07) Prematuro/doente | (08) Alguém aconselhou |
| (09) Dor, rachadura ou infecção no seio | |
| () Outro: _____ | |
| (88) NSA | (99) IGN |

pqnma16m	---	---
pqnma26m	---	---

CASO NÃO MAME MAIS NO PEITO

11 *Eu gostaria que a Sra. me contasse tudo o que estava acontecendo na época em que ele(a) parou de mamar, e porque a Sra. acha que ele(a) não mamou mais?*

cauln6m ---

causin6m ---

caubas6m ---

SE AINDA MAMA:

12. *Até que idade pretende dar o peito ?*

___ meses OU outro: _____

(77= enquanto a criança quiser; 78= enquanto tiver leite)

13. *Está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar?*

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

14. *Se sim: Qual?*

idadam6m ---

dificm6m ---

qdifma6m ---

15. PREENCHA DE ACORDO COM RECORDATÓRIO ALIMENTAR

A <CRIANÇA> RECEBE:

(1) *Só leite materno*

(2) *LM + líquidos*

(3) *LM + outro leite + líquidos*

(4) *LM + outro leite + outros alimentos sólidos e líquidos*

(5) *Só outro leite*

(6) *Outro leite + líquidos*

(7) *Outro leite + outros alimentos sólidos e líquidos*

() *Outro: _____*

padali6m ---

16 <CRIANÇA> *chupa bico ?*

(1) *Sim (Vá para 18)* (2) *Não*

chupic6m

SE NÃO CHUPA:

17. Já parou ou nunca chupou?

(1) Nunca chupou

(2) Já parou - Quando parou de chupar bico? __ meses __ dias
(88=NSA 99=IGN)

nchubi6m

qnparo6m

— —

SE CHUPA OU JÁ PAROU:

18. Qual era a idade de <CRIANÇA>, quando começou a chupar bico?(pegar mesmo) __ meses __ dias (888=NSA; 000=1º dia; 999=IGN)

qncome6m

— —

19. Ele(a) chupa(va) de dia? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

bicdia6m

SE SIM: Todo o tempo? (1) Todo o dia (2) De vez em quando

(3) Só para dormir

bicdiq6m

() Outro _____

(8) NSA (9) IGN

20. Ele(a) chupa(va) de noite? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

bicnoi6m

SE SIM: Toda a noite ou só para dormir?

(1) Toda a noite (2) Só para dormir

bicnoq6m

() Outro _____

(8) NSA (9) IGN

21. Coloca outras coisas na boca para chupar?

(1) Sim (2) Não (3) Só de vez em quando (8) NSA (9) IGN

chuout6m

SE SIM OU SÓ DE VEZ EM QUANDO: O quê?

(1) Dedo (2) Fralda (3) Mordedor (4) Brinquedo

chuque6m

(5) Mão (8) NSA (9) IGN

() Outro: _____

Agora vou fazer algumas perguntas, sobre como esta a saúde da <CRIANÇA>

22. <CRIANÇA> teve diarreia desde <DIA DA SEMANA> de duas semanas atrás?

diar146m

(1) Sim (2) Não (9) IGN

SE SIM:

23. Quando começou ?

Há ___ dias (88 = NSA; 99 = IGN)

qndiar6m

24. Ainda está com diarreia ?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

diaho6m

25. A Sra. deu para <CRIANÇA> algo para tratar a diarreia?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

trat6m

26. SE SIM: O quê ?

Soro CEME (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

cemc6m

Soro caseiro colher-medida (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

casei6m

Outra solução (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

pita6m

Soro farmácia (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

farm6m

Água (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

trag6m

Água de arroz (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

agarr6m

Chás: Qual 1? _____

trcha16m

Qual 2? _____

trcha26m

Remédio: Qual 1? _____

trem16m

Qual 2? _____

trem26m

27. SE USOU SORO:

Quem indicou ?

(1) Médico (2) Outro membro da equipe de saúde

indsor6m

(3) Familiares (4) Vizinha

(8) NSA (9) IGN

() Outro: _____

28. SE USOU REMÉDIO:

Quem indicou ?

(1) Médico (2) Outro membro da equipe de saúde

indrem6m

(3) Familiares (4) Vizinha

(8) NSA (9) IGN

() Outro: _____

29. Desde que nasceu <CRIANÇA> teve alguma vez, diarreia que durasse 2 semanas ou mais ?

diapro6m

(1) Sim (2) Não (9) IGN

30. <CRIANÇA> teve tosse desde (DIA) da semana passada?

tos7d6m

(1) Sim (2) Não (9) IGN

SE TEVE TOSSE:

Estava com respiração difícil? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN
Estava com cansaça/falta de ar? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN
Estava com o nariz entupido? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN
Estava com ronqueira/catarro? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN
Tinha febre? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

resp16m
faltar6m
nariz6m
catarr6m
febre6m

31. <CRIANÇA> teve dor de ouvido no último mês? (1) Sim (2) Não

SE SIM:

Safa pôs do ouvido? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN
Quem disse que era problema de ouvido? (1) Médico () Outro _____
(8) NSA (9) IGN
Onde recebeu tratamento? (1) Casa (2) Hospital (3) Posto ou ambulatório
(8) NSA (9) IGN

ouvido6m

pusouv6m
diaouv6m

traouv6m

32. <CRIANÇA> já teve chiado no peito alguma vez? (1) Sim (2) Não

SE SIM:

Qual era a idade de <CRIANÇA> quando teve chiado pela primeira vez?
__ meses __ dias (8 88= NSA)
Tinha falta de ar ou cansaça junto com o chiado? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9)IGN
Quantas vezes <CRIANÇA> já teve chiado? __ vezes (88= NSA; 99= IGN)
Alguma vez que teve chiado, precisou fazer nebulização? (1) Sim (2) Não
(8) NSA (9) IGN

chiado6m

id1chi6m

canchi6m
vezchi6m
nebuli6m

33. Desde que nasceu, <CRIANÇA> teve pontada? (1) Sim (2) Não

SE SIM:

Quantas vezes? __ (8= NSA; 9= IGN)
Quem disse que era pontada? 1ª vez __ 2ª vez __ 3ª vez __ 4ª vez __
(1) Médico () Outro: _____
(8) NSA (9) IGN
Onde recebeu tratamento? 1ª vez __ 2ª vez __ 3ª vez __ 4ª vez __
(1) Casa (2) Hospital (3) Postinho ou ambulatório (8) NSA (9) IGN

pontad6m

vezpon6m
diag1p6m
diag2p6m
diag3p6m
diag4p6m

trat1p6m
trat2p6m
trat3p6m
trat4p6m

34. <CRIANÇA> fez chapa de pulmão alguma vez? (1) Sim (2) Não

rxpulm6m

35. <CRIANÇA> já foi ao médico ou posto de saúde alguma vez ? (INCLUIR PUERICULTURA) (00) Não () Sim - Quantas vezes __ __ (99= IGN)

medico6m
 idcon16m
 motco16m
 locon16m
 idcon26m
 motco26m
 locon26m
 idcon36m
 motco36m
 locon36m
 idcon46m
 motco46m
 locon46m
 idcon56m
 motco56m
 locon56m
 idcon66m
 motco66m
 locon66m
 idcon76m
 motco76m
 locon76m
 idcon86m
 motco86m
 locon86m

SE SIM: Qual a idade ? Por que consultou ? Onde consultou ?

IDADE	MOTIVO	LOCAL/REGISTRO

36. Nestas consultas ele(a) foi pesado(a) ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

pesada6m

SE SIM:
 Quantas vezes? __ __ vezes

qnpesa6m

37. <CRIANÇA> já foi a benzedeira alguma vez? (1) Sim (2) Não (9) IGN

benzed6m

SE SIM:
 Porque: _____

pqtbenz6m

38. <CRIANÇA> já baixou em hospital ? (EXCLUIR PARTO)
 (0) Não () Sim - Quantas vezes __ (9) IGN

baixou6m

SE SIM: Que idade tinha ? Por que baixou ? Onde baixou ?

IDADE	CAUSA	HOSPITAL

CÓDIGOS

CAUSA DE HOSPITALIZAÇÃO: (01) Pneumonia (02) Diarréia
 (03) Bronquiolite () Outro:

HOSPITAL: (1) Beneficência (2) Santa Casa (3) Clínicas (HU)
 (4) FAU (5) Piltcher () Outro

idhop16m ---
 mthop16m ---
 lchop16m ---
 idhop26m ---
 mthop26m ---
 lchop26m ---
 idhop36m ---
 mthop36m ---
 lchop36m ---
 idhop46m ---
 mthop46m ---
 lchop46m ---
 idhop56m ---
 mthop56m ---
 lchop56m ---
 idhop66m ---
 mthop66m ---
 lchop66m ---

39. <CRIANÇA> tem cartão de vacinas?
 (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha mas perdeu (4) Nunca teve
 (9) IGN

cartva6m ---

40. Quantas doses de vacina já recebeu?
 Fonte de informação: Cartão Mãe Cicatriz

DPT (nádega) ---

Pólio (gota) ---

BCG (cicatriz no braço) ---

dpt6m ---

polio6m ---

bcg6m ---

41. <CRIANÇA> recebeu algum remédio desde <DIA DA SEMANA> de duas semanas
 atrás, inclusive vitamina ou remédio para a febre ?
 (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

remed6m ---

SE SIM:

42. Qual o remédio que <CRIANÇA> recebeu ?

1ª medicação: _____

Para tratar o quê ? _____

Quem indicou ? _____

Foi comprado ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

Usou todos os dias por um mês ou mais ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

Mais algum ? Qual ?

2ª medicação: _____

Para tratar o quê ? _____

Quem indicou ? _____

Foi comprado ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

Usou todos os dias por um mês ou mais ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

Mais algum ? Qual ?

3ª medicação: _____

Para tratar o quê ? _____

Quem indicou ? _____

Foi comprado ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

Usou todos os dias por um mês ou mais ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

medic16m
trata16m
indic16m
compr16m
cron16m

medic26m
trata26m
indic26m
compr26m
cron26m

medic36m
trata36m
indic36m
compr36m
cron36m

Agora eu vou te fazer algumas perguntas sobre <CRIANÇA>.

43. Como a Sra. acha que <CRIANÇA> está de peso ? _____

compes6m

44. Por que ? _____

pqpes6m

45. E a altura de <CRIANÇA>, como a Sra. acha que esta ? _____

comalt6m

46. Por que ? _____

pqalt6m

47. A Sra. acha que a quantidade de comida que <CRIANÇA> come esta bem para a idade dele(a) ? (1) Sim (2) Não (9) IGN

qcom6m

48. Por que ? _____

pqqtco6m

49. Quais os alimentos que a Sra. acha que são bons para <CRIANÇA> crescer ?	alcre16m	---
	alcre26m	---
	alcre36m	---
50. Alguém dorme na mesma peça que a criança ? Quem ?		
() Pai - (1) Sim (2) Não	paiqrt6m	---
() Mãe - (1) Sim (2) Não	maeqrt6m	---
() Irmãos ≤ 15 anos -	ir1qrt6m	---
() Irmãos > 15 anos -	ir2qrt6m	---
() Outro ≤ 15 anos -	ot1qrt6m	---
() Outro > 15 anos -	ot2qrt6m	---
51. Alguém dorme na mesma cama que a criança ? Quem ?		
() Pai - (1) Sim (2) Não	paicam6m	---
() Mãe - (1) Sim (2) Não	maecam6m	---
() Irmãos ≤ 15 anos -	ir1cam6m	---
() Irmãos > 15 anos -	ir2cam6m	---
() Outro ≤ 15 anos -	ot1cam6m	---
() Outro > 15 anos -	ot2cam6m	---
52. Onde <CRIANÇA> costuma ficar quando está acordada?		
(1) Cama (2) Chiqueirinho (3) Carrinho (4) Chão (9) IGN	acorda6m	---
() Outro: _____		
Agora gostaria que a Sra. me contasse sobre a Sra e sua família		
53. A Sra. trabalhou fora (ou para fora) depois que <CRIANÇA> nasceu?		
(1) Sim (2) Não (9) IGN	tramac6m	---
SE SIM:		
54. Qual era a idade da <CRIANÇA>, quando a Sra. começou a trabalhar?	idtrab6m	---
__ meses __ dias (0 00 < 1 mês; 8 88= NSA; 9 99= IGN)		
55. Quantos dias por semana ? __ dias (8= NSA; 9= IGN)	diatra6m	---
56. Quantas horas por dia ? __ horas (88= NSA; 99= IGN)	hortra6m	---
57. Que tipo de trabalho faz(ez) ? _____	tiptra6m	---
58. No seu trabalho as pessoas costumam(vam) fumar na mesma sala em que a Sra. trabalha(va)? (1) Sim, a maior parte do tempo (2) As vezes (3) Nunca (8) NSA (9) IGN	fumtra6m	---
59. A Sra. tem marido ou companheiro? (1) Sim (2) Não (9) IGN	compa6m	---

SE SIM:

Seu marido/companheiro está trabalhando? (1) Sim (2) Não
(3) Aposentado (4) pensionista (8) NSA (9) IGN
() outra: _____

contra6m

60. A Sra. fumou após o nascimento de <CRIANÇA> ?
(1) Sim (2) Não (Vá para a pergunta 65)

fummae6m

SE SIM:

61. Quanto tempo após o nascimento de <CRIANÇA> a Sra. começou a fumar?
__ meses __ dias (0 00= fumava por ocasião do parto: 8 88= NSA)

comfum6m

62. A Sra. fuma todos os dias ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

fumdia6m

63. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. fuma por dia ? __ __ cig/dia
Quantos cigarros a Sra. fuma dentro de casa ? __ __ cig/dia

fudieg6m

fudcas6m

64. SE NÃO: Quantos cigarros por semana ? __ __ cig/semana

fusmcg6m

65. Das pessoas que moram aqui, alguém fuma ? (1) Sim (2) Não (9) IGN

fumopa6m

SE SIM: Quem fuma ? Quantos cigarros por dia dentro de casa ?

Quem fuma	Quantos cigarros/dia
1º Marido	__ __
2º	__ __
3º	__ __

paifu6m

oufu16m

oufu26m

(8 88=NSA)

66. A Sra. está grávida ? (1) Sim(VÁ PARA PERG 70) (2) Não (9) IGN

grav6m

67. A Sra. deseja engravidar de novo em seguida ? (1) Sim (VÁ PARA PERG. 70)
(2) Não (3) Não sabe/não pensou nisso (8) NSA (9) IGN
() Outro: _____

engra6m

58. A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar de novo ?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

nengra6m

SE SIM: O quê ?

(01) Pilula Qual ? _____

(02) Coito interrompido (03) Preservativo (04) DIU

(05) Laqueadura tubária (06) Tabela (07) Vasectomia

(08) Não tem parceiro (09) Não menstruou

(10) Não voltou a ter relação sexual (88) NSA (99) IGN

() Outro: _____

qnengr6m

SE USA PÍLULA:

69. Que idade tinha <CRIANÇA> quando a Sra. começou a tomar ?

__ meses __ dias

qndpil6m

CONDIÇÕES DE MORADIA (OBSERVAR)

70. TIPO DE CASA: (01) Tijolo c/reboco (02) Tijolo s/reboco (03) Apartamento
(04) Mista (madeira e tijolo) (05) Madeira regular (06) Madeira irregular
(07) Papelão ou lata (08) Barro () Outra: _____

tipcon6m

71. TELHADO: (1) Telha de cerâmica (2) Madeira (3) Brasilit (4) Laje
(5) Zinco () Outro: _____

telhad6m

72. CHÃO: (1) Terra (2) Madeira (3) Cimento (4) Forração
(5) Lajota (6) Tijolo () Outro: _____

pis6m

73. Quantas peças usam para dormir ? __ __

pcas6m

74. Tem água encanada ? (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no quintal (3) Não

aguaen6m

75. Como é a privada da casa ? (1) Sanitário c/ descarga (2) Sanitário s/ descarga
(3) Casinha/fossa negra (4) Não tem

banhei6m

76. Qual o fogão mais usado (nessa casa) para preparar a comida? (1) Gás (2) Lenha
(3) Fogo aberto (4) Fogareiro (5) Carvão () Outro: _____

fogusa6m

77. Vocês tem:

Rádio (0) Não (1) Sim (2) Sim, não funciona

Televisão (0) Não (1) Sim (2) Sim, não funciona

Geladeira (0) Não (1) Sim (2) Sim, não funciona

radio6m

tv6m

gela6m

78. Tem animais? (SE NECESSÁRIO PERGUNTAR)

Cachorro (1) Dentro de casa (2) No pátio (3) Não (9) IGN
Gato (1) Dentro de casa (2) No pátio (3) Não (9) IGN
Galinha (1) Dentro de casa (2) No pátio (3) Não (9) IGN
Pássaros (1) Dentro de casa (2) No pátio (3) Não (9) IGN
Porco (1) Dentro de casa (2) No pátio (3) Não (9) IGN
Outro (1) Dentro de casa (2) No pátio (3) Não (9) IGN

cachor6m _____
gato6m _____
galinh6m _____
passar6m _____
porco6m _____
outro6m _____

79. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai mudar?

(1) Não vai mudar (2) Vai mudar (3) Talvez (9) IGN

SE FOR MUDAR ou TALVEZ:

Qual o novo endereço? _____

vaimud6m _____

Como se faz para chegar a este endereço? _____

<CRIANÇA> vai ficar morando com a Sra. nos próximos meses?

(1) Sim (2) Não () Outro _____

SE NÃO: Com quem vai morar? _____

Sabe o endereço? _____

Sabe o telefone da casa ou de contatos? _____

Como faço para chegar lá? _____

crimor6m _____

"POR FAVOR, EU PRECISO PESAR E MEDIR <CRIANÇA> PARA VER COMO ESTA O CRESCIMENTO.PODERIA TIRAR TODA ROUPINHA DELE(A)?"

80. ANOTAR AS PEÇAS DE ROUPA QUE A CRIANÇA ESTAVA USANDO

81. Barriga ____,__ cm

82. Perímetro Cefálico ____,__ cm

83. Peso ____,__ kg

84. Comprimento ____,__ cm

85. Número de dentes: __

barrig6m _____
px6m _____
peso6m _____
compr6m _____
dentes6m _____

86. Data da entrevista __/__/__

de __/__/__

<i>Estudo Longitudinal das crianças nascidas em Pelotas em 1993 - Acompanhamento do 6º mês de vida - Teste de desenvolvimento psico-motor DENVER II</i>	<i>Entrevistadora fez observação?</i>			
	<i>Observou</i>		<i>Não observou</i>	
			<i>Relato da mãe</i>	
	<i>Faz</i>	<i>Não faz</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>Coloca os alimentos na boca ?</i>				
<i>Tenta pegar um brinquedo quando lhe é mostrado ?</i>				
<i>Pega 2 cubos ?</i>				
<i>Passa de uma mão para a outra o objeto ?</i>				
<i>Procura olhar o pompom quando passa em seu campo de visão ?</i>				
<i>Ele pega coisas ?</i>				
<i>Olha ou fixa o olhar em um objeto pequeno do tamanho de uma ervilha ?</i>				
<i>Segue com os olhos a 180º graus ?</i>				
<i>Junta as mãos na frente ?</i>				
<i>Segura o chocalho ?</i>				
<i>Procura o som do chocalho ?</i>				
<i>Quando alguém fala, procura o som ?</i>				
<i>Imita sons ?</i>				
<i>Fala (bá, dá,...) ?</i>				
<i>Se vira na cama ?</i>				
<i>Levanta o tronco apoiando-se nos antebraços ?</i>				
<i>Senta sem apoio ?</i>				
<i>Quando puxado para sentar, fica com a cabeça firme ?</i>				

alboca6m —

probri6m —

pegcub6m —

pasobl6m —

prolha6m —

pegcoi6m —

olherv6m —

olh1806m —

maomed6m —

segcho6m —

somcho6m —

virsom6m —

imisol6m —

balb6m —

rola6m —

tron6m —

senta6m —

sencab6m —

COORTE - 1993
ESTUDO SOBRE MORBIDADE E MORTALIDADE INFANTIL

1. Número do perinatal: _____
2. Número do estudo de morbidade: _____
3. Número do estudo de mortalidade: _____ / _____ (1 = caso, 2 = 1º controle, 3 = 2º controle)
4. Entrevistador: _____
5. Data da entrevista: ____ / ____ / ____
6. Data do nascimento: ____ / ____ / ____
7. Nome da criança: _____
8. Nome da mãe: _____
9. Endereço: _____
10. Referência do Endereço: _____

11. Telefones: da casa: _____ outros contatos: _____
12. Endereço para contatos: _____

13. Outras referências/observações quanto a endereço e horários: _____

14. Hospital: (1) Beneficência (2) Santa Casa (3) Hosp. Clínicas
 (4) FAU (5) Pilcher (6) Outro

15. Enfermaria: _____ Leito: _____

Nº _____

NUMMOR _____ / _____

DATENTR ____ / ____ / ____

DATNAS ____ / ____ / ____

FONE _____

HOSP _____

AS PERGUNTAS 18 A 46 DEVEM SER RESPONDIDAS PELO MÉDICO

ANAMNESE PARA MORBIDADE E MORTALIDADE
EU GOSTARIA DE CONVERSAR COM A SRA SOBRE O QUE ACONTECEU COM O SEU NENÊ

18. Quando o seu nenê adoeceu? data ___ / ___ / ___
() ele esteve doente desde que nasceu
() morte súbita

19. O que ele sentia ou estava apresentando? _____

20. De tudo que ele sentia o que mais lhe chamava a atenção? _____

21. E aí o que a sra fez para tratá-lo ? (por exemplo, deu remédio, levou ao médico, levou ao posto de saúde ou levou o nenê ao hospital?)

22. Quantos tempo depois de começar a doença a sra procurou ajuda? ___ dias
() ___ horas () imediatamente

23. A sra tem alguma idéia de qual foi a doença do nenê?

24. Se o nenê foi levado ao postinho ou ao hospital o que foi feito? O que o doutor lhe disse?

25. Alguém mais na casa apresentou a mesma doença? Quem?

26. Como a sra acha que ele pegou essa doença?

27. O nenê veio de outro hospital? (1)sim (2)não

28. SE SIM: Qual foi esse hospital?

29. Qual o dia que ele baixou? __ __ / __ __ / __ __

30. Qual o dia em que ele faleceu? __ __ / __ __ / __ __

ENTREVISTA COM O MÉDICO

() PEDIATRA: _____

() OBSTETRA: _____

36. O que o Sr. acha que aconteceu com o nenê ou com a mãe?

37. Qual a evolução do caso?

38. Na sua opinião qual é o diagnóstico da criança

REVISÃO DE PRONTUÁRIO

1. Nº DO QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE: _ _ _
2. Nº DO QUESTIONÁRIO PERINATAL: _ _ _ _
3. Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR: _____
4. HOSPITAL: (1) Beneficência (2) Santa Casa (3) Hosp.Clinicas
(4) FAU (5) Piltcher (6) Outro
5. LOCAL DA INTERNAÇÃO: (1) Enfermaria (2) UTI (3) Berçário
(4) Quarto particular (5) PS (Observação)
6. LEITO: _____
7. NOME DA MÃE: _____
8. NOME DA CRIANÇA: _____
9. DATA DE NASCIMENTO: _ _ / _ _ / _ _ HORA: _ _ : _ _
10. DATA DA INTERNAÇÃO: _ _ / _ _ / _ _
11. DATA DA ALTA: _ _ / _ _ / _ _
12. PROCEDÊNCIA:
 não saiu de hospital veio de casa
13. MOTIVO DA BAIXA:

18. TRATAMENTO

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA E INTERVALO	DURAÇÃO TOTAL

19. Exames laboratoriais:

	Dias						
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Hemograma: hemácias hematócrito hemoglobina VCM CHCM leucócitos segmentados bastonetes eosinófilos linfócitos monócitos EQU bacteriúria hemácias proteínas cilindros Urocultura germe: Uréia Creatinina Parasit. fezes Hemoglicoteste: Sódio: Potássio: Cálcio: Magnésio: GA: pH paO2 paCO2 HCO3 excesso base Liquor: Outros: biópsia ECG							

20. RADIOGRAFIAS:

21. CIRURGIA:

22. MÉDICO RESPONSÁVEL _____ CRM _____

23. DIAGNÓSTICO DE ALTA:

24. CONDIÇÕES DE ALTA:

25. RECOMENDAÇÕES APÓS A ALTA (INCLUSIVE MEDICAÇÃO):

ENTREVISTA COM O MÉDICO

() PEDIATRA: _____

() OBSTETRA: _____

36. O que o Sr. acha que aconteceu com o nenê ou com a mãe?

37. Qual a evolução do caso?

38. Na sua opinião qual é o diagnóstico da criança

39. ÓBITO: Na sua opinião qual a causa básica da morte do nenê?
