

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

defesa 03.05.99

**Incidência e fatores de risco de acidentes
em crianças, em Pelotas, RS, Brasil.**

Mestranda: Sílvia Stringari Fonseca

Orientador: Cesar Gomes Victora

Co-Orientador: Ricardo Halpern

Pelotas, 1999.

Agradecimentos:

Quando nos propusemos a realizar este trabalho, não tínhamos idéia de sua magnitude.

Pensávamos ser bem mais simples, porém foi oneroso em matéria de tempo e de material humano. Montou-se verdadeira equipe para a execução desta tarefa.

É por este motivo que deixamos, aqui, registrada, a ajuda de mestres, colegas e amigos. Eis, também, por que apresentarmos publicamente, agradecimentos a todas as pessoas que nos auxiliaram, pedindo desculpas por alguma omissão involuntária:

Ao meu querido esposo, Fábio, e ao meu filho Felipe, pela grandeza de suportar os períodos de ausência e pelo estímulo em concluir este importante curso.

Aos meus pais, Sílvio e Maria Rita, que permanentemente estiveram ao meu lado, dividindo tarefas e incentivando meu crescimento.

Ao amigo e mestre Cesar Victora, que sempre soube o momento certo para incentivar e exigir, ajudando de maneira concreta na execução deste trabalho.

Ao meu co-orientador e amigo, Ricardo Halpern, pelo acompanhamento e sugestões importantes, que muito auxiliaram na execução desta tese.

Ao professor Aluísio Barros, mestre e amigo, que nunca mediu esforços na sua colaboração e em seus ensinamentos, no decurso destes dois anos.

À minha grande amiga Rosângela Lima, que, prestativamente, tornou-se uma revisora especial e um verdadeiro “anjo da guarda”, no final de minha caminhada.

À professora Elaine Tomasi, pela presteza em auxiliar nas dúvidas.

Aos demais professores deste curso.

Aos colegas da coorte de 1993, porque, dividimos, juntos, incertezas e alegrias.

Aos colegas da Residência Médica em Pediatria, UFPEL, por sua paciência e compreensão e por entender minhas muitas ausências.

À professora Nize Terezinha Antunes, por seu precioso auxílio na revisão deste trabalho.

Aos entrevistadores e às crianças nascidas em 1993, os quais, essencial e efetivamente, concretizaram o estudo realizado.

Índice	Pag.
I. Artigo I Distribuição e características dos acidentes, em crianças em uma coorte de nascimentos – Pelotas, RS, Brasil	7
II. Artigo II Fatores de risco para lesões acidentais em crianças – Pelotas, RS, Brasil	48
III. Anexo I – Projeto de Pesquisa	77
1. Introdução	78
1.1. Justificativa	78
1.2. Modelo Teórico	92
2. Objetivos	93
3. Hipóteses	94
4. Metodologia	94
4.1. Delineamento	94
4.2. População-alvo	96
4.3. Amostragem	96
4.4. Variáveis a serem coletadas	97
4.5. Instrumentos	100
4.6. Logística	100
4.6.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores	100
4.6.2. Estudo Piloto	101
4.6.3. Coleta e manejo dos dados	101
4.6.4. Controle de qualidade	102

4.7. Processamento dos dados	102
4.8. Análise dos dados	102
7. Possíveis limitações do estudo	103
8. Material	106
9. Aspectos éticos	106
10. Cronograma	107
11. Divulgação dos resultados	107
12. Orçamento	108
13. Referências Bibliográficas	109
IV. Anexo II. Relatório do Trabalho Campo	113
1. Treinamento e seleção dos entrevistadores	114
2. Estudo-piloto	115
3. Processo de amostragem	116
4. Trabalho de Campo	118
5. População estudada, perdas e recusas	120
6. Controle de qualidade da coleta de dados	121
7. Dificuldades enfrentadas na coleta de dados	121
8. Codificação e digitação	122
9. Processamento de dados	122
10. Adaptações realizadas em relação ao projeto	123

V. Anexo III. Questionário geral	125
VI. Anexo IV –Manual de instruções	141
VII. Anexo V- Diário de acidentes	171
VIII. Anexo VI– Carta explicativa aos pais	173

Artigo 1

**Distribuição e características dos acidentes em crianças
de Pelotas, RS, Brasil: comparação de duas metodologias.**

Autores: Sílvia Stringari Fonseca

Cesar Gomes Victora

Ricardo Halpern

Fernando Barros

Pelotas, 1999.

Resumo

OBJETIVO: Descrever os acidentes ocorridos em crianças com quatro a cinco anos de idade, pertencentes a uma coorte de nascimentos de Pelotas, RS, Brasil, observados através dos métodos, prospectivo e retrospectivo, e comparar os resultados conforme o método empregado.

DELINEAMENTO: coorte retrospectiva e prospectiva

PARTICIPANTES: subamostra de 1363 (retrospectivo) e 620 (prospectivo) das crianças da coorte de nascimentos de 1993, que residiam na área urbana de Pelotas, cidade situada ao sul do Brasil. As 620 crianças do estudo prospectivo foram também incluídas no estudo retrospectivo.

DESFECHO: incidência de acidentes no último mês.

PRINCIPAIS RESULTADOS: Ambos os métodos foram bem aceitos pelos pais e 92,7% dos diários retornaram. Sofreram, pelo menos, um acidente no período de um mês, 319 (25,1%) crianças do estudo retrospectivo e 334 (53,8%) do estudo prospectivo. Ocorreram 147 acidentes no estudo retrospectivo e 731 no prospectivo, das 620 crianças estudadas. Usando o método prospectivo como padrão-ouro, a sensibilidade do método retrospectivo foi de 21,5%. A sensibilidade não variou significativamente com a educação materna, mas foi mais alta, (51,8%), para os acidentes que necessitaram cuidado médico do que aqueles tratados em casa (19,1%). Os principais tipos de acidentes foram quedas e impactos contra objetos ou pessoas e as lacerações, as lesões acidentais mais frequentes, no estudo retrospectivo e no prospectivo (56,5% e 53,9%, respectivamente). A mãe foi a pessoa que mais frequentemente se encontrava com a criança no momento do acidente, no estudo retrospectivo, (37,0%) e no prospectivo, (41,5%).

CONCLUSÕES: O diário de acidentes foi bem aceito e resultou em incidências maiores de acidentes que o método retrospectivo, particularmente para acidentes que não necessitaram de atenção médica. O uso deste método deveria ser promovido, para proporcionar informações epidemiológicas mais válidas, a fim de guiar estratégias preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: acidentes, injúrias físicas, prevenção de acidentes, prevenção de injúrias físicas, prospectivo, coorte, crianças.

Abstract

OBJECTIVE: To measure the main risk factors associated to the occurrence of accidental injuries in children aged 4-5 years.

DESIGN: Prospective cohort of children whose parents completed a diary recording accidents and injuries during a one-month period.

SUBJECTS: Subsample of 1363 (retrospective) and 620 (prospective) children from the 1993 birth cohort study which comprised 5304 newborns. The 620 children in the prospective study were also included in the retrospective study.

OUTCOMES: Reported incidence of accidents in the preceding month (retrospective study) and incidence of accidents recorded in a diary during a one month period (prospective study)

MAIN FINDINGS: Both methods were well accepted by parents, and 92,7% of the diaries were returned. One or more accidents per child-month were reported for 25,1% and 53,8% of the children (retrospective and prospective methods, respectively). The number of reported accidents for the 620 children were 157 and 731. Using the prospective method as the gold standard, the sensivity of the retrospective methods was 21,5%. Sensivity did not vary significantly with maternal education, but was higher (51,8%) for accidents requiring medical care than for those managed at home (19,1%). According to both methods, the main types of accidents were falls and impact against objects or persons and the most frequent lesions were lacerations. In most accidents, the mother was accompanying the child.

CONCLUSIONS: The diary for recording accidents was well accepted and resulted in higher incidences of accidents than the recall method, particularly for accidents that did not require medical care. Use of his method should be promoted to provide sounder epidemiological information to guide preventive strategies.

KEYWORDS –accidents, injuries, injuries prevention, accidents prevention, cohort, prospective, children.

Introdução

Os acidentes constituem importante fator na morbi-mortalidade na infância. As lesões físicas, decorrentes dos acidentes, são problemas de saúde, que podem ser prevenidos; apesar disto, ainda constituem a principal causa de morte para crianças acima de um ano, em países desenvolvidos¹ e causa importante de hospitalizações e consultas em serviços de emergência. São, desta forma, também, grandes responsáveis por incapacidades, físicas ou emocionais.^{2,3,4}

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos mostram que as lesões físicas levam a quase 40% das mortes em crianças de um a quatro anos e a quase 70% das mortes na faixa etária de cinco a 19 anos.³ Em relação à morbidade, os traumas levam a 20% de todas as hospitalizações entre as crianças, numa proporção quase igual à das doenças respiratórias (23% de todas as hospitalizações). A cada ano, 600.000 crianças são hospitalizadas por lesões físicas, enquanto 16 milhões são vistas em serviços de emergência. Lesões físicas contribuem significativamente para as consultas ambulatoriais, correspondendo a cerca de 7,2% de todas as visitas a médicos.³

O custo em anos potenciais de vida perdidos, decorrentes da mortalidade por lesão física, é superior a três milhões de anos, comparados com 1,8 milhões de anos que se perdem devido ao câncer.⁴

No Brasil, em 1996, ocorreram 4.204 internações por causas externas, sendo este o terceiro principal motivo de hospitalização, na faixa etária de um a quatro anos de idade, logo após as doenças do trato respiratório e as infecciosas. A mortalidade geral por causas externas, nesta faixa etária, foi de 20 por 100.000 habitantes, constituindo a segunda principal causa de morte, depois das doenças respiratórias.⁵

A maioria dos estudos para investigação de ocorrência de acidentes são retrospectivos, geralmente a partir dos dados de registros de serviços de saúde ou de informações colhidas através de inquéritos.^{6,7} Ambas as fontes levam ao subregistro da ocorrência de acidentes: a primeira porque nem todos os acidentes chegam ao serviço de saúde e a segunda devido a viés de memória. Alguns autores têm sugerido o emprego de um método em que se utiliza a mãe como “observadora” da ocorrência de acidentes, podendo-se, desta forma, verificar melhor todas as lesões sofridas pela criança, inclusive as “lesões menores”.⁸

Independente da metodologia utilizada, existem, nos países em desenvolvimento, poucas informações a respeito de em que circunstâncias acontecem determinados tipos de acidentes ou lesões.

O presente estudo tem como objetivo descrever os acidentes ocorridos em crianças com quatro a cinco anos de idade, pertencentes a uma coorte de nascimentos de Pelotas,

RS, Brasil, observados através de dois métodos, prospectivo e retrospectivo, e comparar os resultados conforme o método empregado.

Materiais e Métodos

Este estudo é parte de uma pesquisa maior, o Estudo Longitudinal das Crianças Nascidas em Pelotas, RS, em 1993, o qual teve como população-alvo todas as crianças desta coorte que ainda residiam na área urbana de Pelotas. A metodologia empregada no estudo foi descrita detalhadamente em artigo anterior.⁹ Todos os 5.304 nascimentos hospitalares, ocorridos em 1993, foram incluídos. Subamostras das crianças da coorte foram acompanhadas no 1º, 3º, 6º e 12º meses de idade. Para as visitas de 1 e 3 meses, foi realizada uma amostragem sistemática de 655 crianças. Com 6 e 12 meses, 1460 crianças foram selecionadas, representando uma amostragem sistemática de 20% de toda a coorte, incluindo as 655 crianças acima referidas, além de todas aquelas com peso de nascimento inferior a 2500 gramas. Destas 1460 crianças, 1414 (96,8%) foram localizadas aos 6 meses de idade e, 1363 (93,4%) aos 12 meses.

De novembro de 1997 a abril de 1998, tentou-se localizar todas as 1363 crianças visitadas aos 12 meses. Estas apresentavam, então, entre 47 e 63 meses de idade (idade mediana de 54,3 meses). As sete entrevistadoras, previamente treinadas, utilizavam questionários padronizados e pré-codificados, aplicados à mãe ou à pessoa responsável pela criança. Este questionário incluiu a coleta retrospectiva de informações sobre incidência de acidentes no último mês, no último ano e sobre o “pior acidente” da vida da criança, assim como sobre fatores relacionados a estes. As lesões traumáticas foram definidas a partir do CID-10 dos códigos E800-E928, V01-V99 e W00-X59, excluídos os

códigos referentes a efeitos tardios de lesões acidentais (E929), efeitos adversos de drogas e medicamentos (E930-E949), suicídios e lesões auto-infligidas (E950-E959), homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outra pessoa (E960-E969) e alguns outros códigos não relevantes para o presente estudo (E999, X60-Y98).¹⁰

Além da ocorrência de acidentes, o questionário coletou, ainda, as seguintes variáveis: características e possíveis fatores de risco relacionados com a ocorrência destes, a conduta adotada, os procedimentos médico-hospitalares realizados e o conhecimento materno sobre a prevenção de acidentes.

Este levantamento dos dados foi precedido por estudo-piloto, que continha uma pergunta aberta, direcionada aos pais ou responsáveis, a respeito de como eles definiriam “acidentes”. Com base nesta pergunta, considerou-se como “acidente” toda aquela ação que resultasse em lesão à criança ou situações de perigo, que poderiam resultar em danos severos à sua integridade. Esta definição foi utilizada no restante da pesquisa.

Concomitantemente ao retrospectivo, foi efetuado estudo longitudinal, no qual se observou, prospectivamente, a ocorrência de acidentes em uma subamostra das 1363 crianças, selecionadas sistematicamente com base na data do nascimento. A mãe ou responsável era solicitada a registrar a ocorrência de acidentes em formulário padronizado. Este material foi entregue às famílias, através das entrevistadoras, juntamente com uma carta explicativa aos pais, indicando a forma correta de preenchimento e informando-os

que, após trinta dias, o formulário seria recolhido. Através deste instrumento, obtiveram-se informações a respeito da ocorrência de acidentes, do tipo de acidente, de lesão, do turno em que ocorreu, da pessoa que estava junto à criança e da conduta adotada. Foi excluída do estudo prospectivo uma família com pais analfabetos, devido à necessidade de preenchimento do formulário.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se que, com 1363 crianças, seria possível detectar um risco relativo de 2,0, com um poder de 90% e nível de significância de 95%, já acrescida de 10% para eventuais perdas e 15% para controle de possíveis fatores de confusão. Para o estudo prospectivo, 603 crianças foram suficientes para detectar um aumento de 50% na taxa de acidentes, em relação ao método retrospectivo, com um poder estatístico de 90%, um erro alfa de 5%, considerando-se 10% de perdas e recusas. Decidiu-se, entretanto, selecionar a metade das 1363 crianças elegíveis para o estudo retrospectivo (680 crianças). Cada questionário era, no mesmo dia da entrevista, codificado pela entrevistadora, sendo revisado pela supervisora de campo e, posteriormente, digitado. Foram verificadas a amplitude e a consistência das variáveis, através do programa de entrada dos dados (EPI-INFO 6.0), com dupla digitação. Havendo discordância, a correção era feita imediatamente. O mesmo procedimento foi tomado para os dados dos formulários preenchidos pelas famílias.

Cerca de 10% dos domicílios foram revisitados por supervisora, sendo repetidas algumas questões para verificação da qualidade da entrevista prévia.

Realizou-se cálculo da sensibilidade do método retrospectivo, empregando-se o método prospectivo como padrão-ouro¹¹, com base nas 620 crianças que foram estudadas pelos dois métodos.

Utilizou-se o programa SPSS FOR WINDOWS 6.0 para a análise descritiva.

Resultados

As características da amostra estudada encontram-se na Tabela 1. Participaram do estudo retrospectivo 1273 crianças, sendo 669 (52,6%) do sexo masculino. A maior parte da população em estudo encontrava-se nas classes sociais C e D, segundo a ABIPEME¹², sendo 30,5% e 35,7%, respectivamente, no estudo retrospectivo e prospectivo. Setenta e seis por cento das crianças eram brancas. A maior parte das mães destas crianças possuíam escolaridade inferior a oito anos e a renda familiar média era de dois e meios salários-mínimos. O estudo prospectivo foi realizado em uma subamostra de 620 crianças desta coorte, pertencendo 53,1% ao sexo feminino.(Tabela 1).

Ocorreu um total de 6,6% e de 1,7% de perdas e recusas nos estudos retrospectivo e prospectivo, respectivamente, sendo suas causas apresentadas na Tabela 2.

Os dados sobre acidentes são mostrados nas Tabelas 3 a 6 e nas Figuras 1 a 4. As Tabelas 3 e 4 demonstram a incidência de acidentes, tendo como denominador o número de crianças. Figuras e as Tabelas 5 e 6 mostram a distribuição percentual dos mesmos, tendo como denominador o número total de acidentes relatados, já que uma criança pode ter tido mais de um acidente.

Sofreram, pelo menos, um acidente no período de um mês, 319 (25,1%) crianças do estudo retrospectivo e 334 (53,8%) do estudo prospectivo. Ocorreram 348 acidentes no

estudo retrospectivo e 731 no prospectivo. A Tabela 3 descreve a distribuição das crianças conforme o número de acidentes sofridos no período de um mês, de acordo com o método empregado. No estudo retrospectivo, 22,5% das crianças sofreram apenas um acidente e 2,6% delas, acidentaram-se duas ou mais vezes. Por outro lado, no estudo prospectivo, 22,0% das crianças sofreram um acidente e 31,7% acidentaram-se mais de uma vez (Tabela 3).

A Figura 1 mostra, conforme a causa, a distribuição percentual de todos os acidentes relatados. Destes, as principais causas de acidentes foram quedas e impactos acidentais, causados por queda de um objeto ou impacto contra objetos ou pessoas. A maior discrepância entre os métodos (prospectivo e retrospectivo) foi observada nos acidentes por objetos ou instrumentos cortantes ou penetrantes. A Tabela 4 mostra a incidência de acidentes, conforme a causa, por 100 crianças-mês.

Dos 731 acidentes relatados no estudo prospectivo, em 134 (18,3%) não houve lesão. Para o estudo retrospectivo, este percentual foi de 9,6% (32/334). Apresentaram lesão física, em decorrência dos acidentes, 292 (22,9%) crianças do estudo retrospectivo. Dentre estas, as lesões mais freqüentes foram: lacerações (45,7%), cortes/ferimentos incisivos (21,2%) e hematomas/contusões (20,4%). A distribuição percentual consta da Figura 2.

Apesar da incidência mais elevada de acidentes, a distribuição, por tipo de lesão, deu-se de maneira semelhante no estudo prospectivo, com exceção das lacerações, que foram mais freqüentes no método prospectivo. Apresentaram, pelo menos uma lesão, 272 (43,8%) crianças, sendo as principais: lacerações (55,9%), cortes (13,0%), hematomas e contusões (19,6%) (Tabela 4 e Figura 2).

As lesões por queimaduras ocorreram em 3,1% e 3,3% das crianças acidentadas, respectivamente, nos métodos retrospectivo e prospectivo.

As Tabelas 5 e 6 mostram a distribuição dos acidentes por lesão, de acordo com o método de coleta, sendo mais freqüentes as quedas resultantes em lacerações, tanto no estudo retrospectivo, quanto no prospectivo (56,5% e 53,9%, respectivamente).

A mãe foi a pessoa que mais freqüentemente se encontrava com a criança no momento do acidente: no estudo retrospectivo, 37,0% e no prospectivo, 41,5%(Figura 3).

Das crianças acidentadas, foram levadas à consulta, na amostra do estudo retrospectivo, 15,0%; no prospectivo, apenas 4,0%. Medidas domésticas para o tratamento (Figuras 4 e 5) foram utilizadas, pelos pais ou responsáveis, em 55,0% dos acidentes do estudo retrospectivo e 70% dos do estudo prospectivo.

Na Figura 6, observa-se que, com a maioria das 319 crianças acidentadas do estudo retrospectivo, os acidentes ocorreram no pátio e na rua. No estudo prospectivo, verificou-se fato semelhante, sendo o pátio o local mais freqüente, correspondendo a 37,0% dos acidentes (Figura 7). Apenas 3,2% dos acidentes do estudo retrospectivo e 4,0% do prospectivo ocorreram em escola ou creche (Figuras 6 e 7).

Na Tabela 7, encontra-se a sensibilidade do método retrospectivo para os acidentes levados à consulta, utilizando como padrão-ouro o método prospectivo, com base nas 620 crianças incluídas em ambos os métodos. A sensibilidade global foi de 21,5%, sendo, no entanto, de 51,8% para os acidentes levados à consulta. Não houve diferença estatisticamente significativa na sensibilidade do método nos diferentes extratos de escolaridade materna. A Tabela 8 mostra estes resultados para os acidentes com lesão. Também não houve associação da sensibilidade com a escolaridade materna, quando todos os acidentes foram considerados ($p=0,80$).

Buscando relatos sobre os acidentes mais graves sofridos pela criança, perguntou-se aos pais das 1273 crianças do estudo retrospectivo sobre a ocorrência de acidentes no último ano. Estes revelaram que 0,9% das crianças estudadas sofreram acidentes de trânsito, 2,3% tiveram fraturas e 12,3% das crianças acidentadas foram atendidas em serviços de emergência. Quando questionados a respeito do pior acidente sofrido pela criança, desde seu nascimento, observou-se que 1,8% das crianças acidentaram-se no

trânsito, 4,5% delas apresentaram algum tipo de fratura e 8,4% das crianças acidentadas foram levadas ao Serviço de Emergência logo após o acidente.

Em relação às hospitalizações devidos a acidentes, 28 (2,2%), de 1273 crianças foram hospitalizadas, sendo as principais causas de hospitalizações os traumatismos crânio-encefálicos, as queimaduras e as intoxicações.

Perguntado aos pais das crianças entrevistadas se alguém já lhe havia esclarecido sobre como prevenir acidentes, responderam afirmativamente 66,8% das famílias entrevistadas, com os seguintes percentuais: médico, 41,0%, 19,9%, algum parente, 43,3% e meios de comunicação, 87,2% (a soma dos percentuais excede 100%, pois alguns entrevistados mencionaram mais de uma fonte).

Discussão

Vários métodos têm sido empregados para a pesquisa de lesões físicas na infância: estudos baseados em relatórios médicos; pesquisas de base populacional, em que os pais das crianças são questionados sobre a ocorrência de lesões no passado; e entrevistas em serviços de emergência, logo após a ocorrência de injúrias.

Diversas limitações advêm destes métodos, tais como: a) sub-registro e falta de uniformidade nos relatórios médicos; b) viés de memória, decorrente do longo tempo de recordação de eventos recordados por pais, que podem não estar presentes durante a ocorrência da injúria; c) auto-seleção de lesões graves nos estudos em serviços de emergência; d) viés de procura de serviços médicos, que faz com que a busca de assistência seja maior em alguns grupos sociais, mesmo para injúrias não graves. O desejo de evitar culpa e distorcer aspectos delicados, como supervisão dos pais e causa da lesão, pode também interferir nos resultados.⁶

No presente estudo, entrevistou-se uma amostra dos pais de crianças nascidas em Pelotas, em 1993. Coletaram-se informações sobre os acidentes ocorridos no último mês, a fim de diminuir o período de recordatório, minimizando, desta forma, o viés de memória. Sendo este estudo de base populacional, evitou, também, os problemas de auto-seleção de lesões graves e de viés de procura de assistência.

Concomitantemente, acompanhou-se, prospectivamente, um grupo de crianças para observar a ocorrência de todos os acidentes no período de um mês. Há relatos na literatura de que, utilizando-se a mãe ou responsável como participantes “observadores”, é possível obter-se o relato das lesões menores⁸, o que não seria viável com os métodos anteriormente referidos. Ao incluírem-se estas últimas, proporciona-se uma informação mais completa sobre a epidemiologia das lesões acidentais na infância. As lesões menores podem também servir como marcador de situações potencialmente perigosas à criança.¹³ Além disso, no momento em que se pergunta aos pais a respeito das lesões menores, os pais tendem a lembrar-se, também, das lesões mais graves sofridas pela criança.

É importante salientar a factibilidade do método prospectivo utilizado, já que ocorreram apenas 11 perdas (1,7%), não havendo recusas e somente cinco diários não foram preenchidos (Tabela 3). Isto demonstra ser este método logisticamente apropriado para estudos em nosso meio.

Dentre as possíveis limitações do presente estudo, cita-se o sub-registro do diário prospectivo de acidentes. Para tentar minimizar este problema, no momento da coleta, o diário era revisado e as informações, confirmadas, sendo excluídos cinco diários em que havia dúvidas. Acredita-se, portanto, que a incidência encontrada (53,8%) esteja próxima da verdadeira.

Com relação ao viés de memória, sua existência ficou bem evidente no estudo retrospectivo, apesar do período curto de recordatório utilizado. A incidência de acidentes encontrada em um mês, através deste método, foi de 25,1%, e quando verificada pelo método prospectivo, esta foi mais do que duas vezes maior. A grande diferença nas incidências de acidentes entre os dois métodos empregados reflete-se, também, no fato de que os pais tendem a lembrar-se daqueles acidentes em que seus filhos foram levados à consulta médica, pois estes se tornam marcantes na vida das famílias. Os acidentes relatados no estudo retrospectivo foram levados à consulta em 14,3% dos casos, comparados com apenas 3,7% daqueles acidentes referidos no estudo prospectivo (Figura 4 e 5). A sensibilidade global do método retrospectivo foi de apenas 21,5%, aumentando para 51,8% quando se consideram somente os acidentes em que as crianças foram levadas à consulta.

Testou-se a hipótese de que haveria menor diferença entre os dois métodos, em famílias de alta escolaridade, comparadas às demais. Portanto, calculou-se a sensibilidade do estudo retrospectivo em relação ao prospectivo, em três extratos de escolaridade materna. Não houve, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre as sensibilidades nestes diferentes extratos (Tabela 8).

A incidência mensal de 25,8% de acidentes encontrada no estudo retrospectivo foi maior que a de outros estudos, que utilizaram método semelhante, em países desenvolvidos^{14,15,16} e naqueles em desenvolvimento.^{2,7,17} Isto se deve, provavelmente, a

diferenças metodológicas tanto na definição de acidentes, como na duração do período recordatório, como será discutido a seguir.

Bussing et al.¹⁴ investigaram, em população infantil, residente nos EUA, a incidência de lesões físicas, que receberam atenção médica no período de um ano. A taxa encontrada foi de 15%. Addor et al.¹⁵ entretanto, em estudo realizado na Suíça, obtiveram uma taxa de incidência anual de 22,4% de injúrias com atendimento médico. As quedas representaram 66,0% de todos os tipos de acidentes, seguidas por queimaduras (8,0%) e envenenamentos (5,0%).

Matanhire et al.¹⁹ realizaram estudo retrospectivo, em uma área rural de Zimbábue, África, em que se questionavam os pais a respeito de acidentes ocorridos com seus filhos nas duas semanas anteriores à entrevista. A incidência total encontrada, em crianças abaixo de cinco anos, foi de 25,5%. As quedas e as queimaduras corresponderam a 66,0% e 16,0%, respectivamente, do total dos acidentes ocorridos.

Bangdiwala et al.⁷, em seu estudo em alguns países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, observaram que as quedas foram a causa mais comum de lesões físicas, em todas as áreas estudadas (o percentual variou de 40 a 52%). Impactos foram a segunda principal causa de acidentes verificados no Chile e em Cuba, sendo responsáveis por 11% de todas as ocorrências. Quanto ao tipo de lesões, Bangdiwala et al. concluíram serem os ferimentos incisivos e as contusões os tipos mais freqüentes na amostra.

Teixeira.¹⁷, em estudo realizado em Pelotas, RS, em 1992, com crianças de idade inferior a dez anos, observou, no período de um ano, prevalência de acidentes de 28,1%, figurando as quedas como o tipo mais freqüente, em 51,6%, sendo os cortes e as fraturas, os tipos mais comuns de lesões.

Dentre os estudos prospectivos pesquisados, a maioria também se baseia em dados de acidentes com atendimento médico. Leland et al., em seu estudo de lesões ocorridas em creches, porém, utilizaram, como desfecho, todo evento ocorrido na creche, que causasse dano físico e/ou emocional, e que fosse documentado em relatório.²⁰ Na literatura revisada, apenas Kotch et al. realizaram estudo de coorte em que, se examinou a ocorrência de todas as lesões sofridas pela criança.¹³ Definiram-se lesões graves como qualquer injúria, em que a criança foi vista por algum profissional de saúde ou em que a atividade normal da criança tenha sido limitada por quatro ou mais horas e injúrias menores, como qualquer outra que requeresse somente um primeiro cuidado, sem necessidade de atendimento por profissional de saúde, e que a atividade fosse limitada por menos de quatro horas. Neste estudo, todos os resultados foram extratificados, conforme a freqüência à creche. A incidência de lesões menos graves encontrada foi de 64 injúrias/100.000 horas, quando a criança era cuidada em creches ou escola, comparados a 45 injúrias/100.000 horas quando o cuidado era realizado em casa. A incidência de lesões graves foram de 3,5 e 3,3 por 100.000 crianças hora, respectivamente.

No presente estudo, nos métodos prospectivo e retrospectivo, as quedas foram responsáveis por 61,4% e 65,5% dos acidentes, respectivamente, sendo também o principal tipo de acidente encontrado.

Um resultado bastante interessante foi a alta taxa de acidentes tratados em casa, com medidas domésticas (Figura 4). É muito importante que os pais sejam orientados a respeito de como agir nestas situações, a fim de evitar-se a realização de procedimentos inadequados em determinadas lesões.

Apenas 28% das pessoas entrevistadas receberam do médico algum tipo de informação sobre prevenção de acidentes. Estudo anterior, feito nos Estados Unidos, revelou que o aconselhamento sobre acidentes constitui apenas 4,0% do tempo despendido na orientação, durante a consulta pediátrica.²² Por outro lado, no presente estudo, 87,2% das famílias que obtiveram informações sobre a prevenção de acidentes, receberam-na através de meios de comunicação, o que demonstra a preocupação crescente da sociedade a respeito deste assunto. Em estudo realizado no Canadá²³, quando uma lista de doenças foi apresentada aos pais, estes se mostraram mais preocupados com o câncer. Apenas um quarto dos pais entrevistados informou serem as quedas a principal causa de morbidade, decorrentes de acidentes.

Os dados epidemiológicos, baseados em pesquisas populacionais, devem ser usados para visar a futuros esforços na prevenção de acidentes infantis. Os mais freqüentes na

infância, devem ser focalizados, incluindo quedas e impactos acidentais. Devemos lembrar também que, apesar de não tão freqüentes, as queimaduras têm uma significativa importância, já que podem ser responsáveis por alta morbidade, principalmente na faixa etária estudada.

Nos esforços preventivos, os profissionais de saúde devem interagir com os engenheiros, com os oficiais de segurança pública, educadores e legisladores. Embora muitas vezes os acidentes sejam vistos apenas como um problema médico, sua prevenção não pode ser empreendida somente pelos profissionais da saúde. Somente poderá ser eficaz uma abordagem multidisciplinar à prevenção dos acidentes.

Referências Bibliográficas:

1. Gofin R, Lison M, Morag C. Injuries in primary care practices. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 68: 223-226.
2. Unglert CV, Siqueira A, Carvalho GA. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. *Rev Saúde Pública* 1987, 21(3)224-45,.
3. Rodriguez JG, Brown ST. Childhood Injuries in the United States- Division of Injury Control, Center for Environmental and Injury Control, Center for Diseases Control. *AJDC* 1990; 144(6).
4. Murray CJL, Lopez AD., Jamison, DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions, WHO. 1994; 72(3): 495-509,
5. DATASUS- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.
6. Christoffel KK, Scheidt P, Agran PF. et al. Standard Definitions for Childhood Injury Research: Excerpts of a conference Report, *Pediatrics* 1992; 89(6) 1027-1034.
7. Bangdiwala SI, Anzola-Perez E. et al. The incidence of Injuries in Young People: I Methodology and Results of a Collaborative Study in Brazil, Chile, Cuba and Venezuela. *International journal of Epidemiology* 1990; 19(1), 115-124.
8. Peterson L, Farmer J, Mori L. Process Analysis of Injury Situations: a Complement to Epidemiological Methods. *Journal of Social Issues* 1987; 43 (2): 33-44.

9. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AM, Horta BL, Tomasi E, Weiderpass E, César JA, Olinto MT, Guimarães PRV, Garcia MM e Vaughan JP. Estudo Longitudinal da população materno-infantil de Pelotas, RS, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares 1996. *Revista de Saúde Pública* 1997; 30:34-45.
10. Laurenti R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31 (4 suplemento):55-8.
11. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology, the essentials*. 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1988.
12. Rutter, M. *Pesquisa de Mercado*, São Paulo: Ed. Átila, 1988.
13. Kotch JB, Dufort VM, Stewart P, Fieberg J, McMurray M, O'Brien S, Ngui EM, Brennan M. Injuries among children in home and out-of-home care. *Inj Prev* 1997; 3 (4): 267-271.
14. Bussing R, Menville E, Zima B. Relationship between behavioral problems and unintentional injuries in US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150 (1): 50-56.
15. Addor V, Santos-Eggimann B. Population-based incidence of injuries among preschoolers. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 130-135.
16. Rogmans WHJ. Preventing accidents in childhood: A European perspective. *Acta Paediatrica Japonica* 1993; 35, 215-222.

17. Teixeira AMFB. Morbidade por acidentes em menores de dez anos, em Pelotas, RS: Prevalência e caracterização dos acidentes. Pelotas, 1992. [Tese de Mestrado ,Faculdade de Medicina, UFPEL].
18. Schwarz DF, Grisso JÁ, Miles CG, Holmes, J, Wishner AR, Sutton RL. A longitudinal study of injury morbidity in na african-american population. JAMA. 1994; 271 (10): 755-760.
19. Mathire DN, Nsung M, Mabhiza ET. Factors associated with incidence of domestic accidents in children agend 0-5 years in Chikomba District, Mashonaland East, Zimbabwe. Central African Journal of Medicine 1994; 40 (5): 113-119.
20. Leland NL, Garrard J, Smith DK. Injuries to Preschool-Age Children in Day-Care Centers – A Retrospective Record Rewiew. AJDC 1993; 147: 827-831.
21. Lindblad BE, Terkelsen CJ. Product-related home accidents in children. A survey of 1590 accidents. Acta Paediatr Scand 1991; 80 (11): 1087-1091.
22. Guyer B, Gallagher S. An approach to the epidemiology of childhood injuries. Ped Clin North Am 1985; 32(1):5-15.
23. Xiaohan HU, Wesson, D, Parkin P, Rootman I. Pediatric Injuries: Parental Knowledge, Attitdudes and Needs. Canadian Journal of Public Health 1996; 87 (2): 101-105.
24. Del Ciampo, LA, Ricco RG, Muccillo, G. Acidentes Domésticos na infância na área de Vila Lobato (Ribeirão Preto –SP). Pediatria (São Paulo), 1997; 19 (1): 38-41.

25. Kotch JB, Dufort VM, Stewart P, Fieberg J, Mcmurry M, O'Brien S, Ngui EM, Brennan M. Injuries among children in home and out-of-home care. *Injury Prevention* 1997; 3:267-271.

Tabela 1. Características da amostra estudada. Pelotas, 1998.

	Coorte original n (%)	Estudo Retrospectivo n (%)	Estudo Prospectivo n (%)
Escolaridade materna (anos)			
Zero	137 (2,6)	30 (2,4)	14 (2,3)
1 a 4	1359 (25,6)	322 (25,4)	145 (23,4)
5 a 8	2448 (46,2)	592 (46,7)	303 (48,9)
≥9	1357 (26,6)	323 (25,5)	155 (25,0)
Renda familiar (salários-mínimos)			
≤1	984 (18,6)	215 (17,2)	102 (16,5)
1 a 3,0	2279 (43,0)	407 (32,6)	202 (32,6)
3,1 a 6,0	1218 (23,0)	343 (27,5)	159 (25,6)
6,1 a 10	437 (8,2)	138 (11,1)	76 (12,3)
>10	386 (7,3)	145 (11,6)	67 (11,1)
Sexo			
Masculino	2603 (49,2)	669 (52,6)	291 (46,9)
Feminino	2687 (50,8)	604 (47,4)	329 (53,1)⊕
Peso ao nascer (gramas)			
≥2500	4779 (90,1)	1138 (90,0)	553 (89,9)
< 2500	525 (9,9)	126 (10,0)*	62 (10,1)*
Total	5304	1273	620

⊕ p<0,001

* Dados ponderados, devido à sobreamostragem de crianças com baixo peso ao nascer.

Tabela 2. Distribuição de perdas e recusas, conforme o método utilizado. Pelotas, 1998.

	Retrospectivo	Prospectivo
Entrevistas programadas	1363	631
Perdas		
Óbitos	6	0
Mudança de cidade	61	4
Endereços não encontrados	18	3
Diários não preenchidos	-	3
Recusas	5	-
Total de perdas e recusas	90 (6,6%)	11 (1,7%)*

* Foi excluída uma criança devido a analfabetismo de ambos pais.

Tabela 3. Distribuição das crianças conforme o número de acidentes relatados no mês. Pelotas, 1998:

N.º de acidentes	Estudo Retrospectivo	Estudo Prospectivo
	N.º de Crianças	N.º de Crianças
0	954 (74,9%)	286 (46,1%)
1	287 (22,5%)	137 (22,0%)
2	30 (2,4%)	97 (15,6%)
3 ou mais	2 (0,2%)	100 (16,1%)
Total	1273 (100%)	620 (100,0%)

Tabela 4. Frequência e características dos tipos de acidentes e lesões, conforme os métodos de coleta de dados (prospectivo e retrospectivo). Pelotas, 1998.

Variável	Estudo Retrospectivo	Estudo Prospectivo
	n (%)	n (%)
Ocorrência de pelo menos um acidente no mês	319 (25,1)	334 (53,8)
Quedas acidentais	216 (67,7)	253 (75,7)
Impactos acidentais	55 (17,2)	66 (19,8)
Acidentes causados por objetos ou instrumentos cortantes ou penetrantes	10 (3,1)	67 (20,1)
Acidentes por fogo, calor excessivo ou líquidos quentes	13 (4,0)	17 (5,1)
Mordidas de animais	7 (2,2)	17 (5,1)
Outros acidentes	32 (10,0)	61 (18,2)
Ocorrência, no mês, de qualquer lesão	287 (22,5)	237 (38,2)
Lacerações	144 (50,2)	206 (86,9)
Cortes/ferimentos incisos	65 (22,6)	67 (28,2)
Hematomas ou contusões	64 (22,3)	87 (36,7)
Queimaduras	10 (3,5)	17 (7,2)
Outras lesões	30 (10,5)	41 (17,2)

OBS: Como a criança pode acidentarse mais de uma vez, podem exceder a 100% a soma das percentagens dos tipos de acidentes e tipos de lesões.

Tabela 5. Distribuição dos acidentes por lesão, conforme o método prospectivo de coleta. Pelotas, 1998.

Acidente / Lesão	Corte n(%)	Laceração n(%)	Hematoma n(%)	Queimadura n(%)	outros n(%)	Sem lesão n(%)	Total
Quedas	21 (5)	242 (54)	73 (16)	-	22 (6)	102 (23)	449
Impactos	14 (17)	23 (28)	22 (27)	-	10 (15)	15 (18)	83
Objeto cortante	63 (84)	10 (13)	-	-	3 (4)	-	75
Fogo	-	1 (5)	-	19 (100)	-	-	19
Outros	4 (8)	29 (56)	9 (17)	-	15 (29)	17 (33)	52

Obs: A soma pode exceder a 100%, porque o mesmo acidente pode causar mais de um tipo de lesão.

Tabela 6. Distribuição dos acidentes por lesão, de acordo com no método retrospectivo de coleta. Pelotas, 1998.

Acidente/ Lesão	Corte n(%)	Laceração n(%)	Hematoma n(%)	Queimadura n(%)	outros n(%)	Sem lesão n(%)	Total
Quedas	25 (11)	129 (57)	49 (22)	-	12 (5)	13 (6)	228
Impactos	17 (29)	10 (17)	18 (31)	-	3 (5)	10 (17)	58
Objeto cortante	12 (92)	-	-	-	1 (8)	-	13
Fogo	-	-	-	9 (90)	-	1 (10)	10
Outros	11 (28)	8 (21)	5 (13)	-	9 (23)	6 (15)	39

Obs: A soma pode exceder a 100%, porque o mesmo acidente pode causar mais de um tipo de lesão.

Tabela 7. Sensibilidade do método retrospectivo para os acidentes conforme a conduta adotada. Pelotas, 1998.

Conduta	Estudo Retrospectivo (n=620)	Estudo Prospectivo (n=620)	Sensibilidade do Retrospectivo*
Levados à consulta	14	27	51,8%
Tratados em casa	99	517	19,1%
Nada foi feito	44	187	23,5%
Total de acidentes	157	731	21,5%

*padrão-ouro: estudo prospectivo

Tabela 8. Sensibilidade do método retrospectivo, para a detecção de acidentes com lesão física, conforme a escolaridade materna. Pelotas, 1998.

	Estudo Retrospectivo (n=620)	Estudo Prospectivo (n=620)	Sensibilidade do Retrospectivo* (n=620)
Escolaridade da Mãe			
≥9 anos	29	70	41,4%
5-8 anos	71	134	53,0%
0-4 anos	29	65	44,6%
Crianças acidentadas c/lesão	129	269	47,9%

p =0,44

*padrão-ouro: estudo prospectivo

Figura 1. Distribuição dos acidentes, conforme o tipo, de acordo com o método de investigação

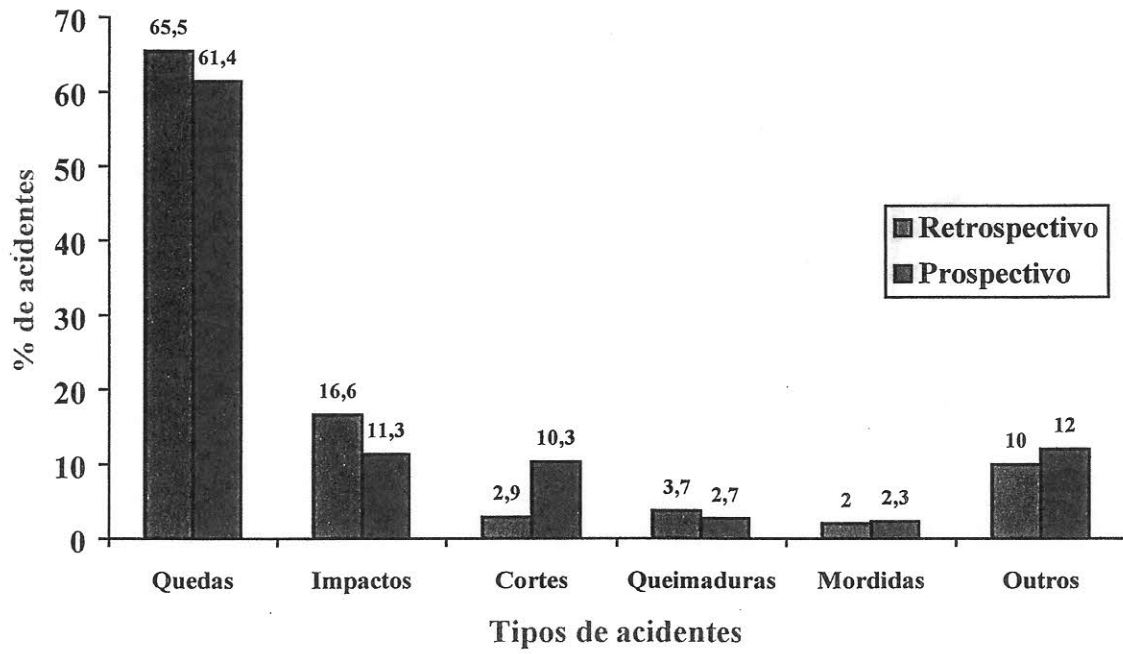


Figura 2. Distribuição dos acidentes, conforme a lesão e de acordo com o método de investigação (excluídos acidentes onde não houve lesão)

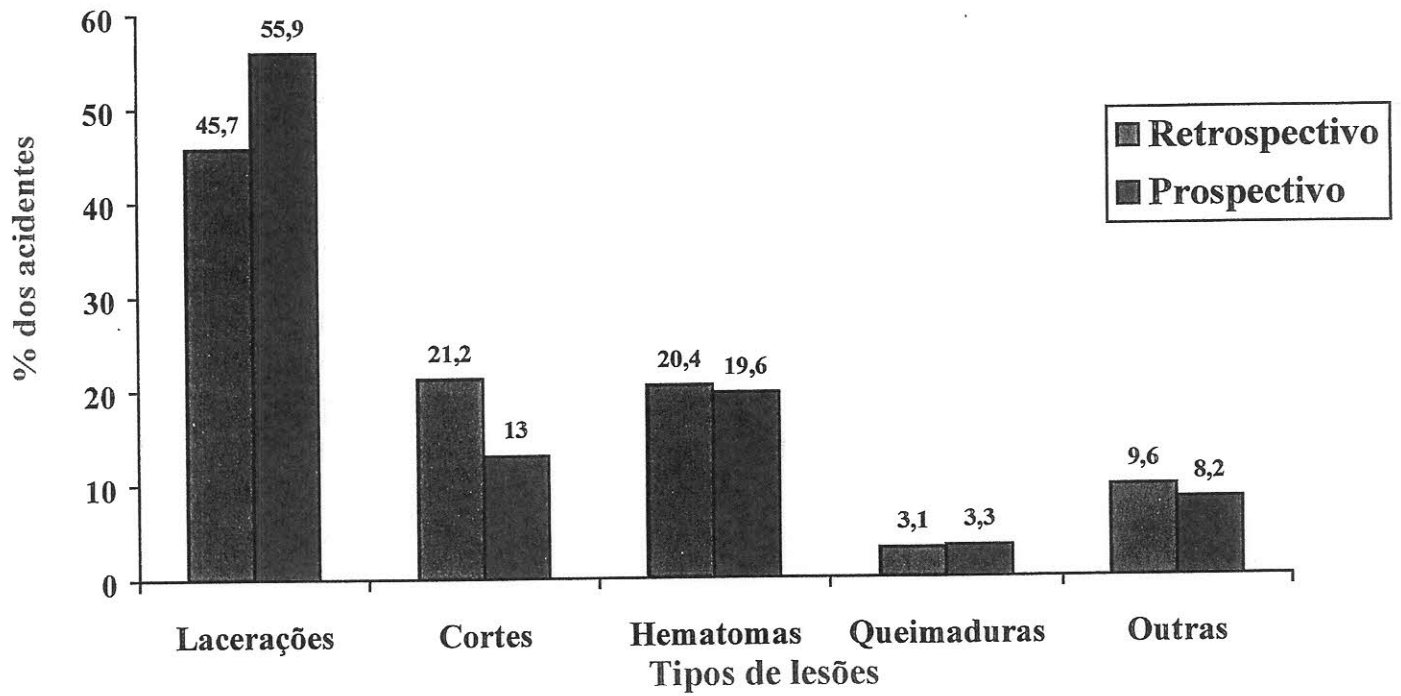


Figura 3. Distribuição dos acidentes conforme a pessoa que acompanhava a criança, no momento do acidente, de acordo com o método de investigação

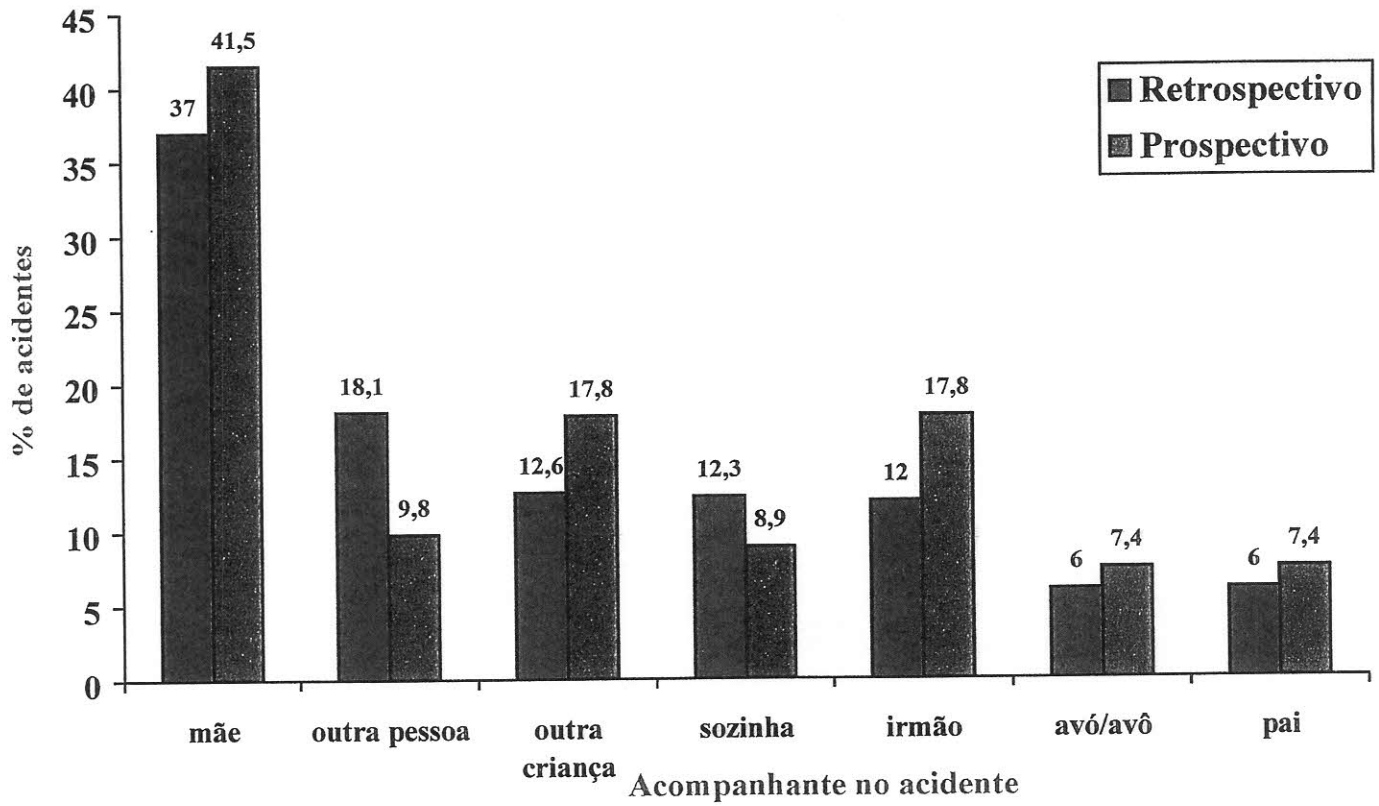


Figura 4. Distribuição dos acidentes conforme o tipo de conduta adotada no método retrospectivo de investigação

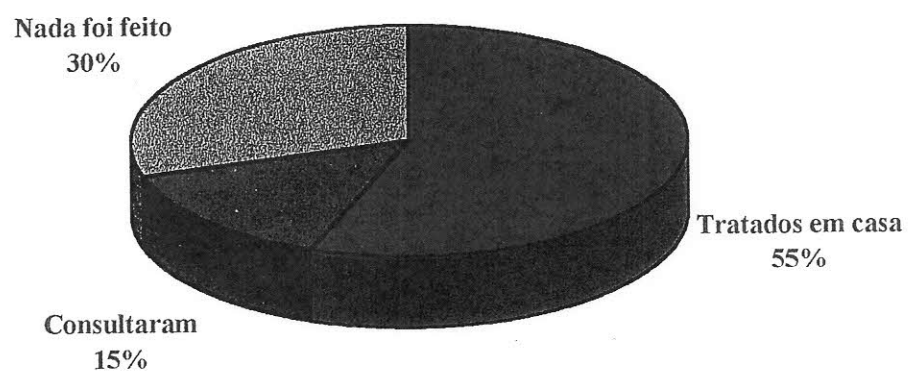


Figura 5. Distribuição dos acidentes conforme o tipo de conduta adotada no método prospectivo de investigação

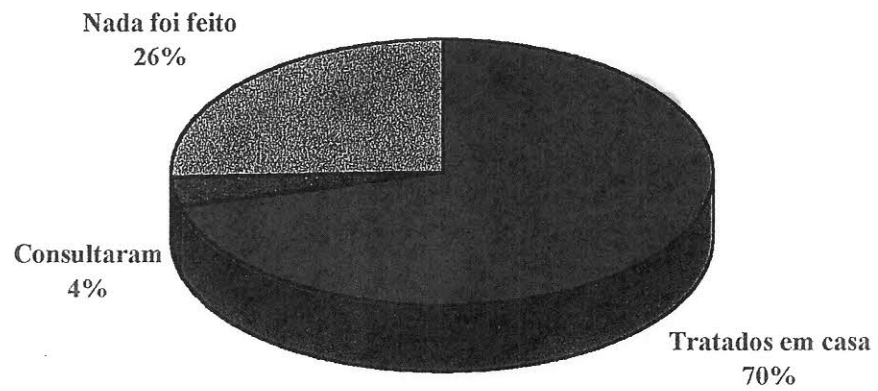


Figura 6. Distribuição dos acidentes conforme local de ocorrência através do método retrospectivo de investigação

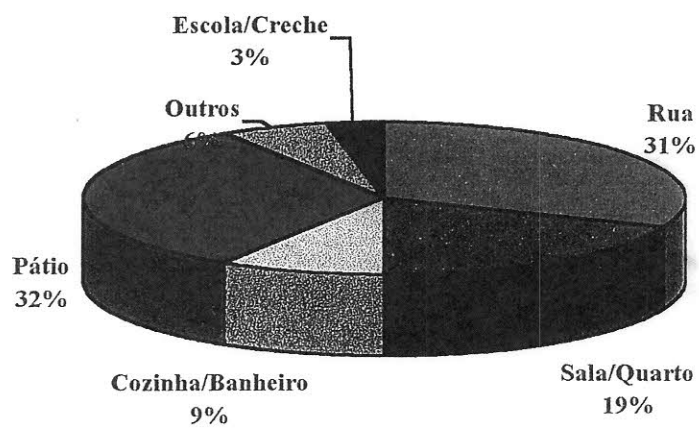
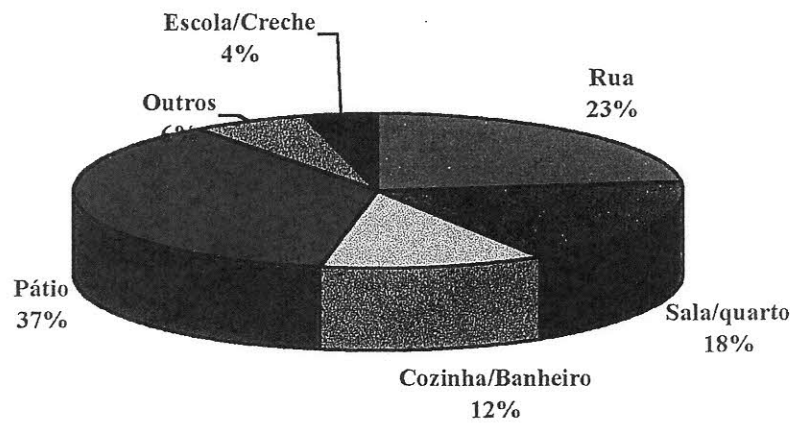


Figura 7. Distribuição dos acidentes conforme local de ocorrência através do método prospectivo de investigação



Artigo 2

**Fatores de Risco para lesões acidentais em crianças –
Pelotas, RS, Brasil.**

Autores: Sílvia Stringari Fonseca

Cesar Gomes Victora

Ricardo Halpern

Alúcio Barros

Luciane Alves Monteiro

Fernando Barros

Pelotas, 1999.

Resumo

OBJETIVO: Medir os principais fatores de risco relacionados à ocorrência de lesões acidentais, na faixa etária entre quatro e cinco anos de idade.

DELINEAMENTO: Coorte prospectiva de 620 crianças, na qual a ocorrência de lesões foi registrada durante 30 dias.

PARTICIPANTES: subamostra sistemática de 620 crianças, da coorte de nascimentos de 1993, que ainda residiam na área urbana de Pelotas, cidade do sul do Brasil.

DESFECHO: a incidência mensal de lesões acidentais

PRINCIPAIS RESULTADOS: A incidência de acidentes foi de 53,8%, e 49,5% das crianças sofreram pelo menos um acidente com lesão. A análise multivariada, utilizando Regressão de Poisson, foi usada para controlar fatores de confusão. As crianças do sexo masculino tinham 30,0% mais chance de se lesionarem do que aquelas do sexo feminino e as crianças brancas tiveram um risco maior (RDI=1,70) do que as crianças não brancas (o aparente efeito de cor branca pode ser devido a viés de informação). Renda familiar, escolaridade dos pais e trabalho materno não se encontravam associados à ocorrência de lesão. Após ajuste para variáveis socioeconômicas e ambientais, as crianças que possuíam um ou mais irmãos menores apresentavam taxa 30,0% maior de lesões acidentais. Crianças residentes em casa de tijolo apresentaram uma incidência de lesões cerca de 40,0% superior. Embora a frequência à escola ou creche, crianças que moravam na periferia, com peso de nascimento superior a 2500 gramas e as crianças cuidadas por seus pais estivessem aparentemente associadas a um aumento na incidência de lesões acidentais, este efeito não foi significativo.

CONCLUSÕES: Poucos fatores de risco foram associados um aumento na frequência de acidentes. Destes fatores, a presença de crianças mais jovens em casa merece especial atenção, sendo necessário instruir os pais sobre o aumento no risco observado por ocasião do nascimento de um irmão menor.

PALAVRAS-CHAVE: acidentes, crianças, injúrias físicas, fatores de risco , prevenção.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To measure the main risk factors associated to the occurrence of accidental injuries in children aged 4-5 years.

DESIGN: Prospective cohort of children whose parents completed a diary recording accidents and injuries during a one-month period.

SUBJECTS: Subsample of 620 children from a birth cohort.

OUTCOME: Number of reported injuries per child-month.

MAIN FINDINGS: The monthly incidence of accidents was 53,8% and 49,5% of the children suffered at least one injury. Multivariate analysis (Poisson regression) was used to control for confounding factors. Boys had 30% more injuries than girls, and white children had 70% higher incidence than non-white (a difference that may be due to information bias). Family income, parental education and maternal employment were not associated with the frequency of injuries. After adjustment for socioeconomic and environmental factors, having a younger siblings was associated with a 30% higher injury rate, and living in a home made of bricks with a 35% increase. The incidence of lesions appeared to be higher among children attending day-care centers, those living in periurban areas, and those with a birthweight of 2500 g or more, but these differences were not quite significant.

CONCLUSIONS: A few risk factors were associated with an increased frequency of accidents. Of these, the most amenable to intervention appears to be the presence of younger siblings. Parents should be made aware of the continued need for attention for children when a younger sibling is born.

KEYWORDS- children accidents, injuries, injuries prevention, risk factors.

Introdução:

Os acidentes na infância, apesar de potencialmente previsíveis e preveníveis, causam alta morbidade e mortalidade.^{1,2}

A maioria dos estudos sobre fatores de risco para ocorrência de acidentes, são retrospectivos, geralmente baseados em registros de serviços de saúde ou informações colhidas através de inquéritos e podem levar a um sub-registro importante da real incidência dos acidentes.³ Os estudos prospectivos, descritos na literatura, baseiam-se geralmente em acidentes que tiveram atendimento médico, omitindo, portanto, informações a respeito de lesões menos graves. Em trabalho recente⁴, observou-se que o registro prospectivo de acidentes feito pela família apresenta importantes vantagens sobre os métodos acima.

A literatura aponta para uma série de fatores de risco, na ocorrência de lesões acidentais. Sexo masculino, baixo nível socioeconômico, presença de dois ou mais irmãos e cuidado da criança pela mãe têm sido demonstrados, em alguns estudos em países desenvolvidos^{5,6} e em desenvolvimento^{7,8,9}, como alguns dos principais fatores de risco. Outros estudos, porém, não encontraram esta relação^{10,11}. Foi possível localizar apenas dois estudos brasileiros sobre fatores de risco para acidentes na infância. Unglert et al.⁷ realizaram um estudo em crianças que freqüentavam dois postos de assistência médica de bairros situados na periferia de São Paulo. Observaram que as famílias “com acidentes” apresentavam pais e mães mais velhos, maior número de filhos e pequena proporção de filhos com idades menores.

Teixeira ¹⁰, em seu estudo transversal de base populacional, com crianças de zero a 10 anos, em Pelotas, aponta os seguintes fatores de risco, para acidentes que exigiram assistência médica: sexo masculino, aumento da idade, famílias com melhor nível de educação e dispendo de mais bens de consumo.

Este é o primeiro estudo prospectivo realizado no Brasil e que teve como objetivo medir os principais fatores de risco, relacionados à ocorrência de lesões acidentais.

Material e Métodos

A metodologia utilizada foi descrita detalhadamente em artigo anterior^{4,12}. Todos os 5304 nascimentos hospitalares, ocorridos em Pelotas, RS, no ano de 1993 foram incluídos, dando origem à amostra estudada. Subamostras das crianças desta coorte foram acompanhadas no 1º, 3º, 6º e 12º meses de idade. Para as visitas de um e três meses, foi realizada amostragem sistemática de 655 crianças. Com seis e 12 meses, 1460 foram selecionadas, representando uma amostragem sistemática de 20,0% de toda a coorte, incluindo as 655 acima referidas, além de todas aquelas com peso de nascimento inferior a 2500 gramas. Destas 1460 crianças, 1414 (96,8%) foram localizadas aos seis meses de idade e 1363 (93,4%) aos 12 meses.

O presente estudo realizou-se no período de novembro de 1997 a maio de 1998. Das 1363 crianças visitadas aos 12 meses de idade, selecionou-se, sistematicamente, uma amostra de 680, com base na data de nascimento. Após a aplicação de um questionário padronizado e pré-codificado por sete entrevistadoras previamente treinadas, a mãe ou responsável era solicitada a registrar a ocorrência de acidentes em um formulário (diário de acidentes). Este era acompanhado de uma carta explicativa aos pais, que informava qual a maneira correta de preenchê-lo. A entrevistadora informava, ainda, que, após um período de 30 dias, o diário seria recolhido. Através deste formulário foi possível obterem-se informações a respeito da ocorrência e do tipo de acidente, de lesão, do turno em que ocorreu, da pessoa que estava junto à criança e da conduta adotada.

Foi utilizado como desfecho o número de acidentes em que a criança sofreu lesão. Utilizaram-se diversas variáveis, como possíveis fatores de risco para a ocorrência de acidentes. Dada a natureza do estudo de coorte, as variáveis foram colhidas através dos questionários realizados em diferentes idades e na listagem abaixo, estão assim assinaladas: N (logo após a nascimento); 12 m (aos 12 meses) e 54 m (as colhidas na última visita).

Conclusão:

Variáveis socioeconômicas: renda familiar total no último mês (54 m), escolaridade do pai (54 m), escolaridade materna (54 m), trabalho materno (tipo e ocupação) (54 m) e classe social (ABIPEME) (54 m).

Variáveis biológicas: sexo e cor (54 m)

Variáveis reprodutivas: idade da mãe e paridade (N)

Variáveis ambientais: número de pessoas na casa e que dormem com a criança; presença de outra criança na casa, tipo de construção e local de moradia (centro ou periferia). (54 m)

Variáveis perinatais: peso de nascimento (N) e idade gestacional (N) (através do Teste de Dubowitz¹³)

Características infantis: suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor da criança (12 m) (através do Teste de Denver II¹⁴, realizado aos 12 meses) e duração da amamentação.

Cuidado da criança: através da informação de quem normalmente tomava conta da criança e sua freqüência à creche e/ou escola (54 m).

A análise estatística incluiu o teste de qui-quadrado para as tabelas de contingência e teste de tendência linear em proporções. Calcularam-se as razões de prevalências para a ocorrência de uma ou mais lesões e seus intervalos de confiança de 95%. Calculou-se também a razão de densidades de incidências para o número de ocorrência de lesões acidentais e seu intervalos de confiança de 95% . Foram utilizados os programas SPSS FOR WINDOWS e STATA 5.0. Para entrada de dados, utilizou-se o programa EPI-INFO 6.0.

A análise multivariada foi realizada conforme o modelo hierárquico definido a priori (Figura 1).¹⁵ No primeiro nível, foram incluídas as variáveis socioeconômicas e biológicas (primeiro nível hierárquico), mesmo aquelas não significativas na análise bivariada. As variáveis foram conservadas no modelo, como potenciais fatores de confusão, e entraram no ajuste do próximo nível, no caso, as reprodutivas e as ambientais (segundo nível hierárquico). O terceiro nível incluiu as variáveis perinatais e o quarto nível, as de características infantis e atenção à criança. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneceram nos modelos subseqüentes e foram consideradas como fatores de risco para a ocorrência de lesões acidentais, mesmo que, com a inclusão daquelas hierarquicamente inferiores, houvessem perdido sua significância.

Foi utilizada a Regressão de Poisson, em função de o desfecho ser uma contagem do número de lesões acidentais, uma vez que cada criança poderia sofrer uma ou mais lesões no período de um mês. Estima-se que haja diferenças entre as crianças que sofreram uma lesão e aquelas que sofreram duas ou mais lesões acidentais, sendo este dado observado pela

Regressão de Poisson¹⁶. A inclusão/exclusão de variáveis foi definida através do Teste de Wald.¹⁷ A adequação aos dados na distribuição de Poisson foi avaliada pela comparação do desvio (“deviance”) com seu número de graus de liberdade. Quando observado um desvio muito superior aos graus de liberdade (superdispersão)^{16, 17}, o parâmetro de escala do modelo foi corrigido, de forma que as variâncias dos coeficientes fossem estimadas adequadamente.

Resultados:

Das 680 famílias com crianças, selecionadas para receberem o diário de acidentes, 620 (91,2%) completaram-no. A incidência destes nesta amostra, foi de 53,8%, sendo que 49,5% sofreram, pelo menos, um acidente com lesão.

A Tabela 1 mostra a distribuição das crianças, conforme os acidentes com lesão, sofridos em um mês. A maioria das crianças lesionadas sofreu apenas uma lesão (22,9%).

Além da distribuição percentual da amostra nas diferentes categorias de risco, a Tabela 2 mostra a frequência de lesões em cada categoria, a razão de prevalências para haver sofrido uma ou mais lesões e a razão de densidades de incidências (considerando que uma criança pode ter sofrido mais de uma lesão no período). Por ser esta última medida a de maior relevância epidemiológica, a discussão abaixo está centrada nesses resultados.

A incidência de lesões acidentais foi maior no sexo masculino, tendo os meninos apresentado uma taxa 40% maior. Crianças brancas tiveram incidência maior (RDI=1,70) do que as crianças não brancas. Renda familiar, escolaridade dos pais e trabalho materno não se encontravam associados ao relato de lesões (Tabela 2).

Os fatores reprodutivos não se encontraram associados ao desfecho. Houve tendência a maior incidência de lesões, quando a mãe tinha quatro filhos ou mais, mas a associação ficou no limiar da significância estatística ($p=0,06$).

As variáveis ambientais, descritas na Tabela 3, tais como construção de tijolo, moradia na periferia e presença de irmão menor na casa, encontravam-se positivamente associados às lesões acidentais.

Crianças com peso de nascimento superior a 2500 gramas pareceram apresentar incidência maior de lesões acidentais ($RDI=1,43$), mas esta associação não alcançou significância estatística ($p=0,07$). Não se demonstrou associação entre prematuridade e lesões acidentais (Tabela 3).

Não se associaram ocorrência de lesões acidentais com aleitamento materno e escore de desenvolvimento. Crianças que freqüentavam escolas ou creches não apresentaram, na análise bivariada, incidência maior de lesões acidentais (Tabela 3).

A análise multivariada, utilizando Regressão de Poisson, foi usada para avaliar fatores de confusão. A Tabela 4 mostra as razões de densidades de incidências (RDI) brutas para cada variável, e aquelas ajustadas para as outras variáveis no modelo hierarquizado. Todas as variáveis, significativas ou não, na análise bruta, foram levadas à análise multivariada. As Tabelas 4 e 5 mostram os resultados.

No primeiro nível hierárquico, as variáveis cor da criança e sexo permaneceram altamente associadas. No segundo nível, tipo de construção e presença de irmão menor na casa tiveram associação significativa com maior incidência de lesões acidentais. Na análise bruta, moradia na periferia encontrava-se positivamente associada ao desfecho, mas, após o ajuste, esta associação mostrou-se limítrofe ($p=0,07$).

No terceiro nível, crianças com peso de nascimento superior a 2500 gramas apresentavam uma razão de densidade de incidência de 1,46, mas novamente a associação esteve no limiar da significância ($p=0,07$).

Finalmente, duas variáveis do quarto nível hierárquico apresentavam também associações limítrofes: crianças cuidadas pelos pais ($p=0,07$) e que freqüentam creche ou escola ($p=0,10$).

Discussão

O desfecho medido nesse estudo prospectivo foi o número de episódios observados durante o período de seguimento, ou seja, a densidade de incidência.¹⁶ Foi utilizada, portanto, como método analítico dos dados, a Regressão de Poisson. Não se utilizou a Regressão Logística porque esta teria, como desfecho, a ocorrência de uma ou mais lesões, não levando em conta, entretanto, a repetição das lesões nas crianças. Estudos anteriores têm utilizado a Regressão de Poisson para análises de taxas de ocorrência de lesões acidentais.^{18,19,20} Este tipo de análise permite ainda o ajuste de diversas covariáveis.¹⁹

Na interpretação dos resultados da análise acima mencionada, é importante considerar a relação hierárquica entre os fatores de risco em estudo. O efeito dos fatores socioeconômicos são mediados por outros fatores, como os reprodutivos e os ambientais. A análise realizada leva em conta esta hierarquia.

A incidência de lesões acidentais foi maior entre os meninos em relação às meninas. A maioria dos estudos confirma estes achados, sugerindo que o maior acometimento esteja relacionado à exposição dos meninos aos agentes e situações de risco.^{5,6,10,18,20}

Crianças de cor branca apresentaram incidência de acidentes 70% superior às demais crianças. Este aumento na taxa foi também detectado em estudo britânico.⁶ Uma possível explicação para este achado seria que a cor da criança estivesse atuando como um marcador da situação socioeconômica, mas, mesmo após ajuste para possíveis fatores mediadores como

renda e escolaridade, a razão de densidades de incidências permaneceu inalterada. Não se pode excluir a possibilidade de viés de informação, isto é, que famílias brancas houvessem relatado um maior número de lesões, apesar de a real incidência ter sido similar à das crianças não brancas.

Não se encontraram associações significativas entre a ocorrência de lesões acidentais e a renda familiar ou a escolaridade paterna ou materna. Estes dados são controversos na literatura: alguns estudos indicam maior ocorrência de acidentes em crianças com situação econômica mais favorável,^{6,11} embora outros contrariem esta informação.^{10,20} A maioria destes estudos referem-se apenas às lesões que tiveram assistência médica. No presente estudo, porém, foram referidas inclusive as lesões menos graves sofridas pela criança, tendo sido evitado, portanto, um possível viés de procura de assistência médica entre as famílias mais ricas.

Alguns estudos têm encontrado associação entre trabalho materno e ocorrência de lesões acidentais.²¹ No presente trabalho, porém, não se encontrou associação significativa ($p=0,32$).

Na análise, foi observado que a idade materna inferior a 20 anos esteve associada à maior incidência de lesões acidentais; mas, após controle para variáveis de confusão, este efeito não permaneceu. Hajar-Medina et al. , no entanto, observaram este efeito, mesmo após ajuste.²²

Tanto na análise bruta quanto na ajustada, aquelas crianças com irmãos menores residindo na casa apresentavam taxas maiores de lesão. Hajar-Medina et al²² confirmaram este efeito, em seu estudo de casos e controles para acidentes domésticos, em crianças com idade inferior a cinco anos. Acredita-se que, nesta faixa etária, a criança ainda demande uma atenção especial por parte de seus pais ou pessoa responsável pelo cuidado. No momento em que a criança tem um irmão menor, as atenções tendem a voltar-se para este irmão. É importante ainda levar em conta o estágio do desenvolvimento infantil. As crianças estudadas eram pré-escolares que apresentam um tipo de pensamento mágico, com percepção egocêntrica e com uma lógica própria de interpretar seu ambiente, não sendo capazes, ainda, de aprender noções de segurança.²³ Como consequência, no momento em que passa a ser o irmão “mais velho”, em decorrência de possuir um “mais novo”, é muitas vezes o responsável por seu “autocuidado”, portanto, mais suscetível, de sofrer lesões acidentais.

Crianças que moram em casas de tijolo tiveram maior risco de se lesionarem do que as que moram em casas de outros materiais. Não parece existir nenhuma razão evidente para este achado. É possível que a moradia em casas de tijolo seja um marcador de nível socioeconômico e que esteja associado a um viés de informação, ou seja, estas famílias tenderiam a notificar melhor os acidentes. Por outro lado, crianças residentes em zonas periféricas da cidade apresentaram tendência a sofrerem mais lesões ($p=0,07$). Possível explicação para este fato é de que estas crianças estejam expostas a maiores riscos ambientais, pois as da zona central ficam confinadas ao seu ambiente. Já as crianças de periferia permanecem mais tempo na rua, com maior exposição à ocorrência de lesões

acidentais. Não se encontrou na literatura nenhuma referência sobre os efeitos do tipo de construção. Quanto ao local de moradia, sabe-se que os riscos de lesões físicas em crianças, em zonas urbanas e rurais, diferem muito entre si. Geralmente, em áreas rurais, há menor acesso a serviços de saúde, aumentando, principalmente, a taxa de mortalidade decorrente das lesões acidentais.²⁴ Addor et al, entretanto, quando estudaram a incidência de lesões acidentais entre pré-escolares na Suíça, verificaram que não havia diferença, quando se levava em conta o local de moradia (urbano ou rural).¹¹

Crianças com peso de nascimento superior a 2500 gramas tiveram uma taxa aumentada de lesões acidentais. Crianças maiores provavelmente se expõem mais intensamente a riscos. Hack et al²⁵, em seu estudo prospectivo sobre a saúde de crianças de muito baixo peso, realizado em um período de oito anos, encontraram taxas de acidentes similares para crianças de muito baixo peso e as de peso normal. Por outro lado, no estudo de coorte das crianças nascidas em 1982, em Pelotas, RS, crianças com peso de nascimento superior a 2500 gramas tiveram uma taxa maior de fraturas.²⁶

Vários estudos têm demonstrado ser a creche um ambiente seguro para as crianças.^{27,28} No presente estudo apenas três por cento de todas as lesões ocorreram na escola ou na creche³ e mesmo entre as 107 crianças que as freqüentavam, apenas 14,7% dos acidentes relatados ocorreram nestes locais. Na análise ajustada, a associação entre freqüência à creche ou à escola e a incidência de lesões, apresentou um nível de significância de 10%.

Este estudo permitiu detectar os principais fatores de risco para ocorrência de lesões acidentais em nosso meio. Além disso, foi o primeiro estudo prospectivo realizado no Brasil, que levou em consideração não apenas a ocorrência de lesões acidentais, mas também a diferença existente entre o número de lesões sofridas pela criança. A partir destes dados, podem-se conhecer melhor os grupos de risco em nosso meio. Os fatores de risco identificados podem ser divididos em três grupos. O primeiro grupo inclui o sexo masculino e a presença de irmãos menores. Estes dois fatores apresentam plausibilidade biológica e encontrou-se uma associação significativa com o desfecho. O segundo grupo (peso de nascimento maior do que 2500 gramas, frequência à creche ou escola e residência na periferia urbana) também apresenta plausibilidade biológica, mas a associação estatística com as lesões acidentais foi limítrofe (p entre 0,05 e 0,10). Por fim, não foi possível encontrar explicação causal plausível para as associações significativas com a cor branca e a moradia em casa de tijolos, nem tampouco para associação com o fato de ser cuidado pelos pais. Resta, portanto, a possibilidade de que estas associações sejam devidas a viés de informação. Destes fatores, a presença de crianças mais jovens em casa merece especial atenção, sendo necessário instruir os pais sobre o aumento no risco observado por ocasião do nascimento de um irmão menor. Estes dados podem ser úteis para promoção de campanhas de esclarecimento aos pais e à sociedade em geral, incentivando a realização de novas pesquisas semelhantes, em outros locais.

Referências Bibliográficas:

1. Gofin R, Lison M, Morag C. Injuries in primary care practices. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 68: 223-226.
2. Rodriguez JG, Brown ST. Childhood Injuries in the United States- Division of Injury Control, Center for Environmental and Injury Control, Center for Diseases Control. *AJDC* 1990; 144(6).
3. Christoffel KK, Scheidt P, Agran PF. et al. Standard Definitions for Childhood Injury Research: Excerpts of a conference Report. *Pediatrics* 1992; 89(6) 1027-1034.
4. Fonseca SS, Victora CG, Halpern R. Distribuição e características dos acidentes em crianças de Pelotas, RS, Brasil: comparação de duas metodologias. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, UFPEL], Pelotas, 1999. (em preparação)
5. Bussing R, Menvielle E, Zima B – Relationship Between Behavioral Problems and Unintentional Injuries in US Children. *Arch Pediatr Adolesc. Med* 1996; 150 (1) 50-56.
6. Alwash R, Mccarthy M – Accidents in the home among children under 5: ethnic differences or social disadvantage? *BMJ* 1988; 296 (5) 1450-1453.
7. Unglert CV, Siqueira A, Carvalho GA. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. *Rev Saúde Pública* 1987, 21(3)224-45,.

8. Bangdiwala SI, Anzola-Perez E. et al. The incidence of Injuries in Young People: I Methodology and Results of a Collaborative Study in Brazil, Chile, Cuba and Venezuela. *Int J Epidemiol* 1990; 19(1), 115-124.
9. Mathire DN, Nsung M, Mabhiza ET. Factors associated with incidence of domestic accidents in children aged 0-5 years in Chikomba District, Mashonaland East, Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine* 1994; 40 (5): 113-119.
10. Teixeira AMFB. Morbidade por acidentes em menores de dez anos, em Pelotas, RS: Prevalência e caracterização dos acidentes. Pelotas, 1992 [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, UFPEL].
11. Addor V, Eggimann B S. Population-based incidence of injuries among preschoolers. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 130-135.
12. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AM, Horta BL, Tomasi E, Weiderpass E, César JA, Olinto MT, Guimarães PRV, Garcia MM e Vaughan JP. Estudo Longitudinal da população materno-infantil de Pelotas, RS, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares 1996. *Revista de Saúde Pública* 1997; 30:34-45.
13. Dubowitz L, Dubowitz V, Goldeberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *Pediatrics* 1970; 77:1.
14. Blank, D. Avaliação do Desenvolvimento (Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver) *Pediatria Ambulatorial* 71-78, 1988.

15. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *Int J Epidemiol* , 1997; 26 (1): 224-227.
16. Barros AJD. Acute lower Respiratory Infection among Children in The Gambia. An Evaluation of Risk Factors with Emphasis on Nutritional Status. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Tesis of Master 1991; 6-9.
17. Agresti A. An Introduction to Categorical Data Analysis. The Generalized Models 1996; chapter 4: 92-93.
18. Roberts I, Power C. Does the Decline in Child Injury Mortality Vary by Social Class? A Comparison of Class Specific Mortality in 1981 and 1991. *BMJ* 1996; 313(7060): 784-786.
19. Kuhn L, Davidson LL, Durkin MS. Use of Poisson Regression and Time Series Analysis for Detecting Changes over Time in Rates of Child Injury following a Prevention Program. *Am J Epidemiol* 1994; 140 (10); 943-955.
20. Anderson CL, Agran PF, Winn DG, Tran C. Demographic Risk Factors for Injury among Hispanic and Non-hispanic White Children: an Ecologic analysis, *Inj Prev* 1998; 4(1): 33-8.
21. Hajar-Medina, Tapia-Yáñez JR, López-lópez MV. El Trabajo Materno Y la Gravedad de Lesiones Accidentales en Niños, *Salud Pública de México* 1995;37(3): 198-204.
22. Hajar-Medina, Tapia-Yáñez JR, López-lópez MV, Flores-Solórzano LI, Ascencio-Lozano R. Factores de Riesgo de Accidentes en el Hogar en Niños. Estudio de casos y controles. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993; 50 (7): 463-474.

23. Blank D. Conceitos Básicos e Aspectos Preventivos Gerais. Manual de Acidentes e Intoxicações na Infância e Adolescência, SBP, 1994; 2-13.
24. Hui-Chia Hwang, Stallones L, Keefe J. Childhood Injury Deaths: Rural and Urban differences, Colorado 1980-8. Injury Prevention 1996; 2:105-108.
25. Hack M, Weissman B, Breslau N, Klein N, Fanaroff AA. Health of Very Low Birth Weight Children During Their First Eight Years. J Pediatr, 1993; 122:887-92.
26. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade. Hospitalizações e doenças. 7:86-93. São Paulo, Ed. Hucitec, 1988.
27. Kotch JB, Dufort VM, Stewart P, Fieberg J, McMurray M, O'Brien S, Ngui EM. Injuries among children in home and out-of-home care. Injury Prevention 1997; 3:267-271.
28. Cummings P, Rivara FP, Boase J, MacDonald JK. Injuries and their Relation to Potential Hazards in Child Day Care. Injury Prevention 1996; 2:105-108.
29. Bangdiwala SI, Anzola-Pérez E. The Incidence of Injuries in Young People: II Log-Linear Multivariable Models for Risk Factors in a Collaborative Study in Brazil, Chile, Cuba and Venezuela. Int J Epidemiol, 1990; 19 (1): 125-132.
30. Xiaohan H, Wesson D, Parkin P, Rootman I. Pediatric Injuries: Parental Knowledge, Attitudes and Needs. Can J Public Health 1996; 87 (2): 101-105.
31. Larsson JO, Aurelius G. Accidents in childhood: relation to Psychosocial conditions and mental development. Acta Paediatr 1996; 85: 285-291.

32. Xiaohan H, Wesson D, Kenney B – Home Injuries to Children. Can J Public Health, 1993; 84 (3): 155-158.

33. Guyer B, Gallager SS. Abordagem à Epidemiologia dos Acidentes na Infância. Clin Am Norte, 1988; 3-14.

Tabela 1 – Distribuição das crianças conforme o número de acidentes com lesão no mês. Pelotas, 1998.

	N.º de crianças (%)
N.º de lesões acidentais	
0	314 (50,6)
1	143 (22,9)
2	86 (13,9)
3	48 (7,7)
4	18 (2,9)
5	6 (1,0)
6	3 (0,5)
7	1 (0,2)
8	2 (0,3)
Total	620 (100)

Tabela 2 – Frequência de lesões acidentais, conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas. Pelotas, 1999:

Variável	Percentual da amostra (%)	Frequência de lesões acidentais (%) ^a	Razão de Prevalências (IC 95%) ^a	Razão de Densidade de Incidências (IC 95%) ^b	p-valor*
Sexo					
feminino	311 (50,6)	112 (35,9)	1,0	1,0	0,002
masculino	304 (49,4)	123 (40,5)	1,12 (0,92-1,37)	1,39 (1,13-1,70)	
Cor					
não branca	141 (23,0)	47 (33,4)	1,0	1,0	<0,001
branca	474 (77,0)	188 (39,6)	1,19 (0,92-1,54)	1,70 (1,27-2,25)	
Classe social ABIPEME					
A+B	82 (13,4)	30 (37,0)	1,0	1,0	0,47
C	193 (31,4)	69 (35,9)	0,98 (0,69-1,38)	0,95 (0,68-1,31)	
D	235 (38,3)	94 (39,8)	1,09 (0,79-1,51)	0,84 (0,61-1,16)	
E	104 (16,9)	41 (39,8)	1,08 (0,74-1,56)	1,04 (0,73-1,49)	
Renda familiar (salário-mínimo)					
>6	147 (23,9)	50 (34,1)	1,0	1,0	0,85
3,01-6,0	165 (26,8)	60 (36,4)	1,07 (0,79-1,45)	0,77 (0,58-1,06)	
1,01-3,0	213 (34,6)	95 (44,8)	1,31 (1,0-1,72)	1,09 (0,85-1,42)	
<1	91 (14,7)	30 (32,6)	0,97 (0,67-1,40)	0,78 (0,55-1,12)	
Escolaridade materna (anos)					
>=9					0,23
5-9	156 (25,3)	58 (37,1)	1,0	1,0	
0-4	306 (49,8)	118 (38,5)	1,04 (0,81-1,33)	0,80 (0,64-1,04)	
	153 (24,9)	59 (38,8)	1,04 (0,78-1,38)	0,82 (0,70-1,22)	
Escolaridade paterna (anos)					
>=9					0,49
5-8	151 (24,6)	55 (36,6)	1,0	1,0	
0-4	307 (50,0)	119 (38,9)	1,06 (0,83-1,37)	0,81 (0,64-1,04)	
	156 (25,4)	60 (38,3)	1,06 (0,79-1,41)	0,93 (0,70-1,22)	
Trabalho materno					
não	282 (45,8)	120 (42,5)	1,0	1,0	0,32
sim	333 (54,2)	115 (34,6)	0,81 (0,66-0,99)	0,90 (0,73-1,11)	
Idade materna (anos)					
<20	111 (17,9)	52 (46,8)	1,0	1,0	0,15
20-29	335 (54,0)	124 (37,0)	0,79 (0,62-1,101)	0,80 (0,65-1,14)	
30-35	112 (18,1)	39 (34,8)	0,74 (0,54-1,03)	0,95 (0,67-1,34)	
>35	62 (10,0)	16 (25,8)	0,55 (0,35-0,88)	0,67 (0,41-1,02)	
Paridade					
<4	54 (8,8)	17 (31,0)	1,0	1,0	0,06
>=4	561 (91,2)	218 (38,9)	1,23 (0,82-1,85)	1,51 (0,98-2,32)	

* χ^2 de Pearson

a- Relativa à ocorrência de uma ou mais lesões acidentais.

b- Análise através de regressão de Poisson.

Tabela 3 – Frequência de lesões acidentais, conforme características ambientais, do recém-nascido, da criança e cuidados com a criança. Pelotas, 1998.

Variável	Frequência (%)	Frequência de lesões acidentais (%) ^a	Razão de Prevalências (IC 95%) ^a	Razão de densidade de Incidências (IC 95%) ^b	p-valor*
Aglomeração (pessoas)					
2-3	357 (58,0)	134 (37,4)	1,0	1,0	0,61
4-5	194 (31,5)	75 (38,5)	1,03 (0,82-1,29)	0,83 (0,66-1,05)	
> 5	65 (10,5)	27 (41,3)	1,11 (0,81-1,52)	1,14(0,81-1,60)	
Tipo de casa					
outros materiais	113 (18,4)	39 (34,5)	1,0	1,0	0,04
tijolo	502 (81,6)	196 (39,0)	1,13 (0,86-1,11,49)	1,36 (1,02-1,82)	
Mora no centro					
sim	548 (89,1)	200 (36,5)	1,0	1,0	0,03
não	67 (10,9)	35 (51,7)	1,43 (1,11-1,85)	1,37 (1,11-1,80)	
Irmão menor na casa					
não	417 (67,9)	159 (38,1)	1,0	1,0	0,03
sim	198 (32,1)	76 (38,5)	1,01 (0,81-1,25)	1,26 (1,02-1,55)	
Irmão maior na casa					
não	274 (44,5)	110 (40,0)	1,0	1,0	0,39
sim	341 (55,5)	125 (36,8)	0,91 (0,75-1,12)	0,91 (0,75-1,13)	
Peso de nascimento					
<2500	62 (10,1)	21 (34,0)	1,0	1,0	0,07
≥2500	553 (89,9)	214 (38,7)	1,14 (0,79-1,64)	1,43 (0,97-2,12)	
Idade gestacional (Dubowitz)					
≥ 37	559 (91,0)	210 (37,5)	1,0	1,0	0,45
<37	56 (9,0)	25 (45,6)	1,21 (0,89-1,65)	1,14 (0,81-1,62)	
Teste de triagem de desenvolvimento					
negativo	396 (64,3)	154 (38,8)	1,0	1,0	0,21
positivo	219 (35,7)	81 (37,1)	0,95 (0,77-1,18)	0,87 (0,70-1,08)	
Duração da amamentação					
nunca mamou	28 (4,6)	13 (44,9)	1,0	1,0	0,29
< 3 m	276 (45,0)	110 (39,9)	0,86 (0,56-1,31)	1,20 (0,79-1,80)	
3 a 6 m	94 (15,2)	33 (34,9)	0,76 (0,47-1,23)	1,02 (0,96-2,28)	
6 a 12 m	89 (14,4)	29 (32,6)	0,70 (0,43-1,15)	1,47 (0,96-2,28)	
>12 m	128 (20,9)	50 (39,2)	0,84 (0,53-1,32)	1,12 (0,73-1,73)	
Frequente creche ou escola					
não	506 (82,2)	191 (37,7)	1,0	1,0	0,33
sim	109 (17,8)	44 (40,5)	1,07 (0,83-1,38)	1,14 (0,88-1,46)	
Quem cuida da criança					
outro	265 (43,2)	85 (32,2)	1,0	1,0	0,18
mãe ou pai	350 (56,8)	150 (42,8)	1,34 (1,08-1,65)	1,15 (0,93-1,42)	

* χ^2 de Pearson

#O alto número de crianças com baixo peso ao nascer e pré-termo devem-se ao processo de amostragem utilizado.

a- Relativa à ocorrência de uma ou mais lesões acidentais.

b- Análise através de regressão de Poisson.

Figura 1 – Modelo Hierárquico dos fatores de risco para ocorrência de lesões acidentais:

1	FATORES SOCIOECONÔMICOS	FATORES BIOLÓGICOS
2	FATORES REPRODUTIVOS	FATORES AMBIENTAIS
3	PREMATURIDADE	PESO DE NASCIMENTO
4	CUIDADO DA CRIANÇA AMAMENTAÇÃO	DESENVOLVIMENTO
OCORRÊNCIA DE LESÕES ACIDENTAIS		

Tabela 4. Análise de Regressão de Poisson Múltipla dos fatores de risco para lesões acidentais, ajustadas para fatores de confusão.

.Pelotas, 1998.

	Variáveis	Análise Bruta	Análise Ajustada	p valor (ajustado)
Nível 1	Cor da criança	1,0	1,0	<0,001
	não branca	1,70 (1,27-2,25)	1,70 (1,28-2,25)	
	branca			
	Sexo	1,0	1,0	<0,001
	feminino	1,39 (1,13-1,70)	1,32 (1,08-1,63)	
	masculino			
	Classe Social ABIPEME	1,0	1,0	0,31
	A+B	0,95 (0,68-1,31)	1,13 (0,79-1,58)	
	C	0,84 (0,61-1,16)	1,04 (0,86-2,11)	
	D	1,04 (0,73-1,49)	0,84 (0,61-1,14)	
	E			
	Renda Familiar	1,0	1,0	0,22
	>6	0,77 (0,58-1,06)	0,83 (0,61-1,14)	
	3,01-6,0	1,09 (0,85-1,42)	1,21 (0,89-1,65)	
	1,01-3,0	0,78 (0,55-1,12)	0,89 (0,58-1,36)	
	<1,0			
	Trabalho materno	1,0	1,0	0,31
	não	0,90 (0,73-1,11)	0,88 (0,72-1,08)	
	sim			
Escolaridade materna (anos)	1,0	1,0	0,12	
>=9	0,80 (0,64-1,04)	0,76 (0,58-1,01)		
5-9	0,82 (0,70-1,22)	0,72 (0,52-1,01)		
0-4				
Idade materna	1,0	1,0	0,60	
<20	0,80 (0,65-1,14)	0,87 (0,66-1,14)		
20-29	0,95 (0,67-1,34)	0,99 (0,70-1,39)		
30-35	0,67 (0,41-1,02)	0,78 (0,47-1,23)		
>35				
Paridade	1,0	1,0	0,16	
<4	1,51 (0,98-2,32)	1,52 (0,99-2,34)		
>=4				
Nível 2	Tipo de casa	1,0	1,0	0,03
	outros materiais	1,36 (1,02-1,82)	1,39 (1,03-1,88)	
	tijolo			
Irmão menor na casa	1,0	1,0	0,04	
não	1,26 (1,02-1,55)	1,34 (1,08-1,67)		
sim				

Tabela 4. Análise de Regressão de Poisson Múltipla dos fatores de risco para lesões acidentais para fatores de confusão .Pelotas, 1998

(continuação).

	Variáveis	Análise Bruta	Análise Ajustada	p valor (ajustado)
Nível 2 (continuação)	Mora no centro	1,0	1,0	0,07
	Sim	1,37 (1,11-1,80)	1,33 (0,98-1,80)	
	Não			
	Aglomeración	1,0	1,0	0,14
	2-3	0,83 (0,66-1,05)	0,86 (0,68-1,08)	
4-5	1,14(0,81-1,60)	1,16 (0,84-1,60)		
Nível 3	Idade gestacional	1,0	1,0	0,33
	≥37	1,14 (0,81-1,62)	1,22 (0,84-1,75)	
	<37			
	Peso de nascimento	1,0	1,0	0,07
<2500	1,43 (0,97-2,12)	1,46 (0,96-2,23)		
Nível 4	Quem cuida da criança	1,0	1,0	0,07
	outro	1,15 (0,93-1,42)	1,35 (0,99-1,82)	
	mãe ou pai			
	Teste de triagem de desenvolvimento	1,0	1,0	0,31
	negativo	0,87 (0,70-1,08)	0,90 (0,70-1,11)	
	positivo			
	Duração da amamentação	1,0	1,0	0,26
	nunca mamou	1,20 (0,79-1,80)	1,10(0,65-1,88)	
	< 3 m	1,02 (0,96-2,28)	0,90 (0,51-1,63)	
	3 a 6 m	1,47 (0,96-2,28)	1,72 (0,96-3,03)	
	6 a 12 m	1,12 (0,73-1,73)	1,15 (0,66-2,01)	
	>12 m			
Frequência creche ou escola	1,0	1,0	0,10	
não	1,14 (0,88-1,46)	1,28 (0,94-1,77)		
sim				

Nível 2- ajustado para cor, sexo, renda e escolaridade da mãe

Nível 3 – ajustado para cor, sexo, renda familiar, escolaridade da mãe, idade da mãe, tipo de construção, presença de irmão menor na casa e morar no centro ou não.

Nível 4 – ajustado para as variáveis anteriores e para peso de nascimento e idade gestacional.

Anexos

Anexo I – Projeto de Pesquisa

**Incidência e fatores de risco de acidentes,
em crianças, em Pelotas, RS, Brasil.**

Outubro de 1997.

1. INTRODUÇÃO:

1.1 JUSTIFICATIVA

Os acidentes constituem importante fator na morbimortalidade na infância. Nos países desenvolvidos, surgem como a causa principal de óbitos de crianças de 5 a 15 anos de idade.¹

Nos Estados Unidos, onde são realizados grande parte dos estudos sobre acidentes, a taxa de mortes por algumas doenças foram reduzidas em 56%, nos últimos dez anos e a taxa devida a lesões físicas diminuiu apenas 25%. Tem-se tentado explicar esta tendência pelos seguintes fatores: o fenômeno de transição epidemiológica, as alterações socioeconômicas (tais como industrialização e urbanização) e os avanços em tecnologia médica. O sucesso no controle das outras causas de morte aumentou a importância das decorrentes de lesões físicas. Estas causam quase 40% das mortes em crianças de um a quatro anos e quase 70% das mortes na faixa etária de cinco a dezenove anos.²

O custo em termos de anos potenciais de vida perdidos, secundários à mortalidade por lesão física, é superior a três milhões de anos, comparado com 1,8 milhões de anos por câncer.³

Em relação à morbidade, os traumas ocasionam 20% de todas as hospitalizações entre as crianças, numa proporção quase igual às doenças respiratórias (23% de todas as hospitalizações). A cada ano, 600.000 crianças são hospitalizadas por lesões físicas, enquanto 16 milhões são vistas em serviços de emergência. Lesões físicas contribuem significativamente para as consultas ambulatoriais, correspondendo a cerca de 7,2% de todas as visitas a médicos.²

No Brasil, em 1996, ocorreram 4.204 internações por causas externas, sendo esta a terceira principal causa de hospitalização na faixa etária de um a quatro anos de idade, logo após as doenças do trato respiratório e as infecciosas. A mortalidade geral por causas externas, nesta faixa etária, foi de 20 por 100.000 habitantes, constituindo a segunda principal causa de morte, só perdendo para as doenças respiratórias.⁴

Os tipos de acidentes ocorrem em proporções diferentes em cada faixa etária. Estas modificações, nas diferentes idades, devem-se a diferenças cognitivas, de percepção, de linguagem e de habilidades motoras.

É importante estudar os acidentes em todo o seu contexto, a fim de identificar características biológicas ou sociodemográficas que possam predispor à sua ocorrência. As categorias específicas de acidentes devem ter seus próprios componentes etiológicos embora uma vulnerabilidade generalizada possa estar presente em qualquer tipo de acidente⁵. Suas manifestações clínicas variam desde pequenos cortes e equimoses a traumas múltiplos, graves e morte. Calcula-se que, para cada acidente com morte, existam

45 lesões bastante sérias, resultantes em admissão hospitalar e 1.300 que exijam tratamento em ambulatório ou em sala de emergência. Deve-se ainda acrescentar o grande número de lesões que não recebem qualquer tratamento médico.⁵

Segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), dois terços dos três milhões de óbitos que ocorrem no mundo, anualmente, por lesões físicas estão no Terceiro Mundo. Vários estudos demonstram o risco aumentado de crianças pobres para atropelamento, queimaduras, afogamento e lesões físicas em geral. Tal situação deve-se, principalmente, a condições desfavoráveis do ambiente, como superpopulação das casas, ausência de locais adequados para brincar ou moradias próximas a vias com tráfego pesado, onde não existe um controle de velocidade.^{2, 3, 6, 7, 8}

Por outro lado, alguns estudos demonstram que os acidentes são prevalentes nas classes sociais privilegiadas da população.^{9, 10}

Estudos sobre acidentes e delineamentos utilizados

Realizou-se uma revisão no banco de dados MEDLINE, nos últimos cinco anos e, a partir dos principais estudos, buscaram-se novas referências. As palavras chave utilizadas foram: *accidents*, *children injuries* e *injuries prevention*. Os principais delineamentos empregados foram:

a) Vigilância baseada em serviços de saúde:

A maioria dos estudos examina a distribuição da lesão física em uma população hospitalar e em serviços de emergência. Isto representa somente uma pequena parte da população. As lesões menores são subestimadas. Além disso, dados de hospitais não possuem uniformidade nos registros.

b) Vigilância a nível domiciliar:

Um método empregado por alguns autores utiliza a mãe e as crianças como “observadores”, cujas vantagens são obter informação a respeito de lesões menores, a fim de minimizar o efeito do viés de memória, porém com a desvantagem de a criança poder não relatar precisamente a informação.¹¹ Além de estimar as lesões, o método permite medir as *near injuries*, definidas como uma situação pela qual a criança “quase” sofre uma lesão.

c) Estudos Transversais:

É possível complementar estudos baseados em serviços de saúde com pesquisas domiciliares através de delineamento transversal. Por exemplo, Bangdiwala et al. complementaram seu estudo de lesões físicas com pesquisas no domicílio. Estes autores demonstraram que 40 a 60% das lesões não seriam detectadas, quando somente dados de hospitais fossem utilizados. Pesquisas domiciliares, entretanto, são mais caras e de difícil

execução, sendo sujeitas a viés de memória, particularmente quando é longo o período do recordatório.¹²

d) Estudos de Casos e Controles:

Um outro método empregado é o estudo de casos e controles para identificar fatores de risco entre as crianças acidentadas. Novamente aqui seria necessário basear-se em registros hospitalares ou de serviços de saúde. Muitas vezes o registro não é uniforme, e pode subestimar as lesões menos severas.

Devido às diferentes metodologias utilizadas nos estudos revisados, e também porque muitas vezes elas são descritas de forma incompleta, torna-se difícil a comparação dos resultados.

Principais estudos

Os quadros 1 e 2 contêm uma sinopse dos estudos que investigaram a ocorrência de acidentes e seus principais fatores de risco. Durante a revisão, tentou-se dar atenção especial ao delineamento utilizado e aos principais fatores de risco associados ao desfecho. Os próximos parágrafos detêm-se nos principais aspectos referentes aos artigos. Estes foram divididos conforme o nível de desenvolvimento do país de origem.

- Em países desenvolvidos

Scheidt et al.,⁵ através de dados da Pesquisa Nacional de Saúde nos Estados Unidos, estimaram a morbidade de lesões físicas na infância conforme fatores demográficos, causa externa, natureza da lesão e outros fatores. A amostra estudada foi de 17.110 crianças, sendo perguntado, nos domicílios, se a criança havia tido, nos últimos 12 meses, lesão física, acidente ou envenenamento, atendidos por médico. A taxa global de lesões físicas de 27/100 crianças-ano, após ajuste para um mês de recordatório, foi significativamente mais alta para os meninos. Os adolescentes experimentaram a mais alta taxa (38/100 crianças-ano) e lesões físicas mais sérias, ocorrendo menor taxa entre as crianças de um a quatro anos (12,9/100 crianças-ano).

Xiahon et al.²⁷ realizaram estudo prospectivo incluindo toda criança atendida no Departamento de Emergência no “Hospital for Sick Children”, Toronto, para tratamento de lesões físicas ocorridas no ambiente doméstico, de outubro de 1990 a setembro de 1991. A taxa encontrada foi de 37,0%. Aproximadamente dois terços das lesões físicas em crianças, com dois anos ou menos, ocorreram em casa, diminuindo substancialmente esta proporção dos três aos seis anos (18%). Dos pacientes que sofreram acidentes domésticos, 35% apresentaram traumas cranianos e 17% foram hospitalizados.

Larsson et al.⁷ avaliaram uma coorte de crianças nascidas em 1980, em Estocolmo para investigar não só a relação entre acidentes na infância, durante os primeiros 10 anos de vida, como as características físicas e mentais das crianças e

algumas condições psico-sociais das famílias. A incidência anual de acidentes foi de 8,3%. Encontrou-se taxa mais elevada naqueles meninos de um ou ambos pais com problemas de álcool. As meninas com sintomas de depressão, ansiedade e dificuldades no relacionamento social, aos quatro a cinco anos de idade, apresentaram mais acidentes, também, do que aquelas sem estes sintomas. Entretanto, as diferenças nas taxas de acidentes foram pequenas, não tendo sido encontrada nenhuma relação entre o número de acidentes e o nível de desenvolvimento psicomotor.

Briss et al.²⁶ entrevistaram diretores de 1.797 creches americanas (138.404 crianças), no período de dois meses, analisando as lesões físicas ocorridas nestes locais e que receberam atendimento médico.

A taxa encontrada para estas lesões foi de 1,5 por 100.000 crianças-hora, sendo mais comuns cortes e lacerações (31%). A maioria dos acidentes (51%) ocorreu no *playground* destes estabelecimentos.

Sparks et al.²⁸, na Inglaterra, realizaram um estudo com componentes quantitativo e qualitativo, objetivando gerar dados para demonstrar a associação estatística entre variáveis demográficas e acidentes. Um primeiro estágio do estudo englobou a análise de dados oficiais a respeito destes últimos. No segundo estágio da pesquisa, foram comparadas duas áreas de uma cidade inglesa: uma com alta e a outra com baixa taxa de acidentes. Na amostra da primeira área, todas as famílias entrevistadas tinham um filho que se acidentou e necessitou de atendimento médico, o que não ocorreu na outra área. Todos os pais da amostra de ambas as áreas desenvolviam regras, rotinas e

práticas para manter seus filhos seguros, mas este estudo sugere que há diferenças, entre as classes sociais, no uso efetivo dessas regras de segurança.

Bussing et al.²⁹, nos Estados Unidos, investigaram, através de um estudo transversal, a prevalência de lesões físicas entre crianças (com e sem problemas comportamentais) e o papel da etnia. A análise foi baseada no estudo de 11.630 crianças da Pesquisa Nacional de Saúde de 1988. Observou-se que a taxa de acidentes foi mais alta em crianças brancas (17,9%) do que em afro-americanas (9,3%) e hispânicas (9,3%). A razão de *odds* de crianças, com problemas severos de comportamento, foi 1,65 vezes maior do que crianças sem problemas, após controle para características sociodemográficas. A etnia não alterou a relação entre problemas de comportamento e taxa de lesões físicas.

- Em países em desenvolvimento

Hijar-Medina et al.¹⁴ realizaram um estudo de casos e controles, em três hospitais pediátricos no México, a fim de estabelecer fatores individuais, familiares e do meio ambiente associados a lesões acidentais ocorridas com crianças de zero a nove anos. Os meninos apresentaram risco 1,7 vezes maior que as meninas. O risco de lesionar-se aumentou com a idade. Quando a criança ficava com a mãe, o risco de acidentar-se era cerca de três vezes maior se havia irmãos na casa, a razão de *odds* era de 1,53 . Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor estava associada a uma razão de *odds* de 3,1.

Teixeira⁴ realizou um estudo transversal de base populacional com crianças de zero a dez anos na cidade de Pelotas. A prevalência de acidentes que exigiram assistência médica foi de 28,1%, nos 12 meses anteriores à entrevista. Os acidentes ocorreram mais entre os meninos (33,8%) do que entre as meninas (21,7%). O número de acidentes aumentou linearmente com a idade, sendo maioria entre as famílias com melhor nível de educação e que dispunham de mais bens de consumo.

Unglert²¹ estudou as características epidemiológicas dos acidentes na infância, no período de dois anos, em crianças que freqüentavam dois postos de assistência médica de bairros situados na periferia de São Paulo. A taxa de acidentes foi de 34,3% e os tipos de acidentes mais freqüentes foram quedas (54,1%), ferimentos causados por objetos cortantes ou penetrantes (13,1%) e mordeduras de animais. As lesões mais freqüentes foram cortes (26,2%), contusões (26,4%) e escoriações (17,2%). A maior incidência de acidentes ocorreu em meninos de cinco a nove anos de idade. Recuperação total em 88,5% dos casos.

Sem dúvida alguma, os acidentes na infância desempenham um importante papel, na morbidade hospitalar e na mortalidade de crianças pequenas, em países desenvolvidos e nos em desenvolvimento. Como se pode observar, existem poucos estudos de base populacional, realizados no Brasil, a respeito de acidentes. O estudo epidemiológico destes muito poderá contribuir para um melhor entendimento dos principais fatores relacionados sua ocorrência com o fim de propiciar um melhor planejamento de saúde coletiva.

Revisão Bibliográfica

Quadro 1. Ocorrência de acidentes e fatores de risco associados- Países desenvolvidos.

REFERÊNCIA	TIPO ESTUDO	DE N	DEFECHOS ESTUDADOS	COLETA DE DADOS	EXPOSIÇÕES	RESULTADOS
Scheidt et al 1995 EUA	Coorte	17.110 crianças e adolescentes, com 17 anos ou menos	Acidente, lesão física ou envenenamento nos 12 meses anteriores que requereram atenção médica (causas e conseqüências).	Domiciliar	Características sociais e econômicas, condições agudas e crônicas da criança, atividade física	- A taxa de injúrias para a idade de 1 a 4 anos foi de 12,9/100 crianças. - Meninos tiveram risco 1,52 (1,37-1,68) - Crianças mais jovens apresentaram risco menor de desenvolverem lesões mais graves - A taxa de lesões foi mais baixa para os que tinham mais de 12 anos de escolaridade, comparado aos com menor escolaridade (17,7/100 e 11,6/100)
Alwash, et al 1988 Inglaterra	Coorte	402 crianças menores de 5 anos	Acidentes que ocorreram em casa ou no pátio e requereram tratamento	Departamento de emergência	País de nascimento Tipo de trabalho dos pais Classe social Aglomeração	- Outras etnias -RR=1,09 (0,53-1,61) - Classe social V- RR=4,21 (2,35- 6,07) - Mãe desempregada- RR=2,85 (-2,27-3,43) - Aglomeração- 2,85 (1,72-3,98)
Sparks et al 1994 Inglaterra	Transversal (Estudo Qualitativo e Quantitativo).	22 famílias com crianças com 0 a 16 anos.	Acidentes que receberam tratamento	Hospitalar e domiciliar (estudo qualitativo)	Nível socioeconômico Aglomeração Classe social Ocupação dos pais	- Há perfis diferentes entre as duas áreas estudadas: na área com alta taxa de acidentes, apesar da utilização de regras para manter seus filhos seguros, há diferenças entre as classes sociais no uso efetivo de regras de segurança.
Larsson et al 1996 Suécia	Coorte	366 crianças de 10 anos de idade.	Injúria traumática aguda e queimaduras.	Hospitais e serviços de emergência	Fatores de "stress" Condições ambientais Atmosfera psicológica Presença de desordem cerebral mínima, Déficits de atenção Atraso no desenvolvimento	- Incidência de lesões físicas = 8,3% - A maioria dos acidentes ocorreu dos 3 aos 9 anos de idade. - Lacerações e contusões constituíram a maioria dos casos; - Queda foi o tipo mais comum de acidentes; - Não houve relação entre acidentes e atraso no desenvolvimento ou stress .

Quadro 1. Ocorrência de acidentes e fatores de risco associados- Países desenvolvidos.(continuação)

REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	N	DESFECOS ESTUDADOS	COLETA DE DADOS	EXPOSIÇÕES	RESULTADOS
Hack et al 1993 EUA	Coorte	249 crianças com 8 anos de idade	Procedimentos cirúrgicos Hospitalizações Acidentes;	Domiciliar	Baixo peso ao nascimento	Os acidentes ocorreram de forma semelhante para os RN de baixo peso e os com peso adequado.
Xiaohan H. 1993 Canadá	Coorte	1538 crianças com idade igual ou inferior a 18 anos	Acidentes domésticos	Serviço de urgência	Material envolvido no acidente Idade Sexo	-Incidência = 37% (em um ano) -91% dos acidentes de crianças abaixo de 5 anos ocorreu em casa -A frequência de acidentes mostrou associação com o estágio do desenvolvimento
Evans, S. A. 1997 Escócia	Transversal	250 crianças de crianças de 1 a 5 anos	Percepção dos pais sobre acidentes	Domiciliar	Conhecimento e comportamento paternos Uso de equipamentos de segurança Fontes de informação de segurança Variáveis socioeconômicas	-Não houve diferença entre as atitudes tomadas a respeito de prevenção de acidentes por pais de áreas de baixo nível socioeconômico e área de nível socioeconômico mais elevado
Bussing, R. 1996 EUA	Transversal	11.630 crianças de 5 a 17 anos de idade	Ocorrência de acidentes	Domiciliar	Problemas de comportamento Etnia	-A taxa de acidentes foi mais alta em crianças brancas(17,9%) do que em crianças afroamericanas (9,3%) ou hispânicas -Crianças com problemas de comportamento tiveram uma Razão de odds de 1,65 vezes mais do que crianças sem problemas.
Briss, P. A. 1994 EUA	Coorte	138.404 crianças de 1.797 creches	Ocorrência de lesões físicas	creches	Fatores sociodemográficos	-A taxa de lesões foi de 1,5/10000 crianças horas. -A maioria dos acidentes ocorreu no pátio (51%) -A taxa de lesões elevou-se com o aumento do custo das creches

Quadro 2. Ocorrência de acidentes e fatores de risco associados- Países em desenvolvimento

REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	N	DESFECHOS ESTUDADOS	COLETA DE DADOS	EXPOSIÇÕES	RESULTADOS
Hijar-medina, et al 1992 México	Descritivo	160 crianças de 0 a 9 anos	Lesões acidentais que ingressaram em serviços de urgência	Serviços de urgência	Idade, sexo, peso, altura, posição de nascimento, com quem vive, antecedentes de lesões, desenvolvimento psicomotor, tipo de lesão, causa externa, gravidade, sitio de ocorrência, dia e hora e com quem estava.	-O sexo masculino e o grupo dos 3 anos são os mais afetados; -Contusões simples e traumas cranio-encefálicos são as lesões mais frequentes; -Quedas são as causas externas mais comuns; -Os menores de um ano apresentaram mais hospitalizações;
Hijar-medina, et al 1992 México	Casos e controles	160 crianças de 0 a 9 anos	Lesões acidentais que ingressaram em serviços de urgência	Serviços de urgência	Idade, sexo, peso, altura, posição de nascimento, com quem vive, antecedentes de lesões, desenvolvimento psicomotor, tipo de lesão, causa externa, gravidade, sitio de ocorrência, dia e hora e com quem estava.	Os principais fatores de risco para lesões acidentais foram: -aumento da idade, sexo masculino- RR=1,7 (1,2-2,5) -desenvolvimento psicomotor retardado-RR=3,1 (1,03-8,27) -ter dois irmãos ou mais- RR=1,53 (1,01-2,55) -criança não cuidada pela mãe -RR=2,6 (1,6-3,7)
Teixeira, A. M. B. 1992 Brasil	Transversal	594 crianças de 0-10anos	Acidentes em crianças de 0-10 anos	Domiciliar	Variáveis socioeconômicas, ambientais e biológicas	-Prevalência de acidentes- 28% -Mais freqüente entre os meninos -Prevalência nas crianças de 4-7 anos- 30% -Fatores de risco: aglomeração doméstica, mães com maior escolaridade e pertencentes a faixas etárias maiores
Kirsch, T. D. 1996 Trinidad e Tobago	Coorte	714 sujeitos abaixo de 20 anos	Lesões físicas pediátricas em departamento de emergência	Serviços de urgência	Dados demográficos	-17,4% dos sujeitos encontravam-se entre 4 a 9 anos; -Predomínio no sexo masculino (62,6%; p<0,001) -42,2% dos acidentes ocorreu em casa a principal causa de acidentes foram as quedas

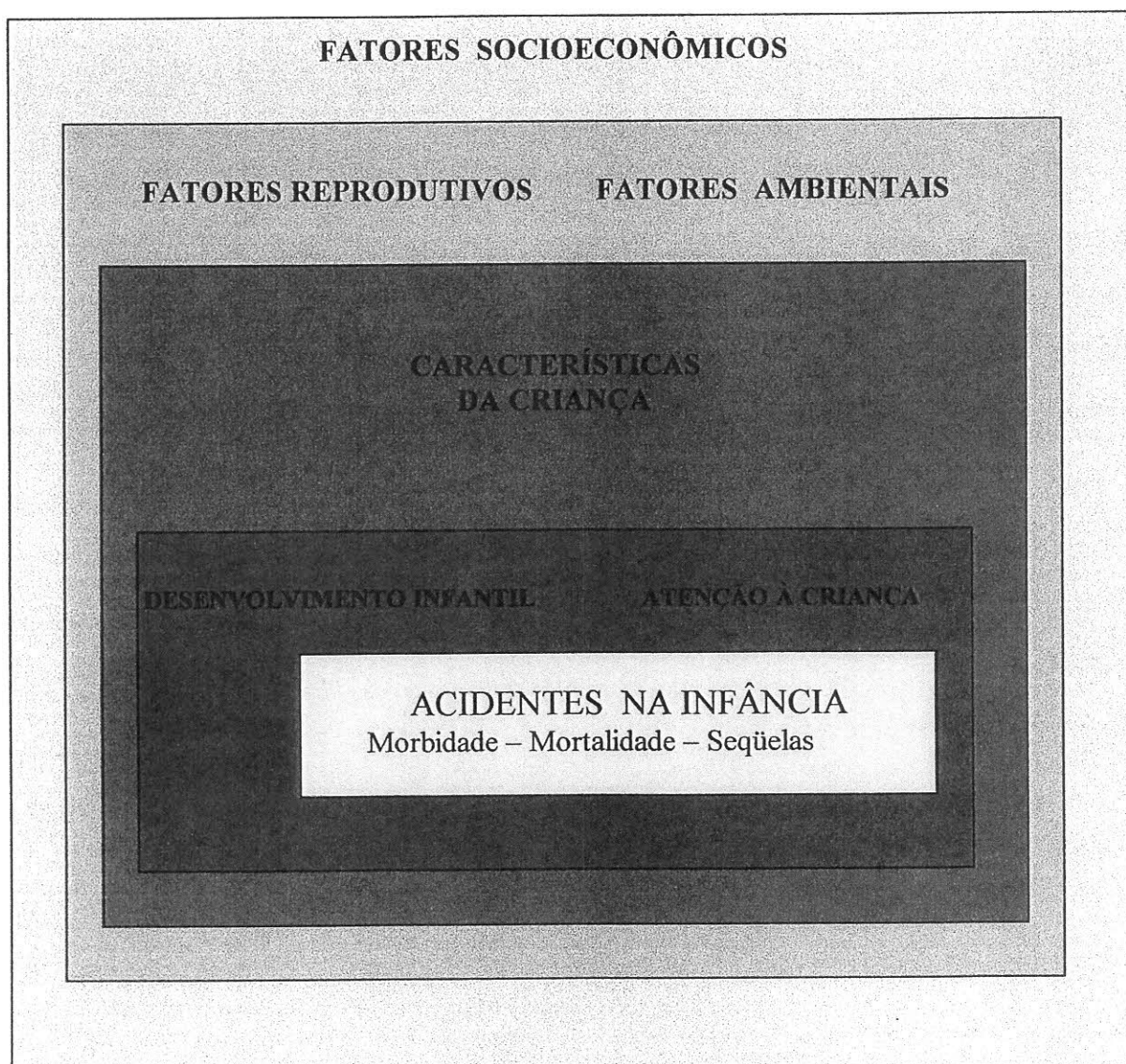
Quadro 2. Ocorrência de acidentes e fatores de risco associados- Países em desenvolvimento (continuação)

REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	N	DESFECHOS ESTUDADOS	COLETA DE DADOS	EXPOSIÇÕES	RESULTADOS
Odero W.O. 1995 Kenya	Coorte	1.304 sujeitos (em todas as idades)	Acidentes atendidos em serviços de emergência	Serviços de urgência	Sexo, idade, álcool	-Ocorrência maior no sexo masculino(2,4:1) -19,5% dos casos foram em crianças com idade inferior a 10 anos -Quedas e queimaduras foram as principais lesões em crianças -Ocorreram mais nos fins de semana -79% das lesões foram tratadas ambulatorialmente.
Unglert, C. 1987 Brasil	Coorte	388 famílias de crianças de 0 a 12 anos	Incidência e mortalidade de crianças, por acidentes, atendidas em postos de saúde	Postos de Saúde	Variáveis socioeconômicas, ambientais, reprodutivas e demográficas.	-Coeficiente de mortalidade=114,9 óbitos/100 crianças <12 anos -Letalidade = 8,2 óbitos/1000 acidentes. -99 famílias relataram acidentes -Quedas foram os acidentes mais freqüente (54,1%) -Lesões mais freqüentes foram os cortes(26,2%)
Matanhire, D.N. 1994 África	Transversal	190 crianças de 0 a 5 anos de idade	Acidentes domésticos	Domiciliar	Variáveis socioeconômicas, ambientais e fatores comportamentais	-Prevalência de acidentes = 25,5% -Não foi encontrada associação entre o desfecho e as exposições estudadas.
Bangdiwala 1990 EUA	Coorte (Estudo colaborativo no Brasil, Chile e Venezuela)	6.254 jovens de menos de 20 anos	Tipos de acidentes Local de ocorrência Natureza das lesões Tipo de cuidado	Institucional domiciliar	Idade Sexo	-Quedas- causa mais comum (40% S.Paulo, 52%em Cuba) -Sexo masculino- mais da metade dos acidentes -Ocorreu no domicílio -Ferimentos incisos e contusões- mais freqüentemente observados. -Taxa de incidência estimada para São Paulo foi de 201/1000

1.2. Modelo Teórico

Devido à complexidade dos fatores relacionados à etiologia dos acidentes na infância, foi definido um modelo que contemple as relações hierárquicas entre as variáveis estudadas e o desfecho. Os acidentes, na infância, são influenciados por fatores socioeconômicos, em um nível hierárquico superior aos demais fatores de risco (nível distal de determinação). Aqui representados pela escolaridade, pela renda familiar, pela classe social e trabalho materno, eles podem atuar diretamente sobre os acidentes na infância, ou através de seu efeito sobre outros fatores de risco, variáveis reprodutivas (idade da mãe, paridade) e ambientais (aglomeração, tipo de construção e moradia da criança, presença ou não de outra criança na casa e local de residência). As características próprias da criança, tais como peso de nascimento e idade gestacional influenciam o desenvolvimento infantil e as variáveis de atenção à criança, que se encontram em nível mais proximal de causalidade à ocorrência de acidentes. Estes, por sua vez, poderão levá-la à morbidade, mortalidade e seqüelas (Figura 1).

Figura 1. Modelo Teórico



2. OBJETIVOS:

2.1. Geral:

Avaliar a incidência de injúrias físicas, e seus principais fatores de risco, em crianças com quatro a cinco anos de idade, nascidas em 1993 e residentes em Pelotas, RS.

2.2. Específicos:

1. Medir retrospectivamente a incidência de injúrias físicas no último mês e nos últimos 12 meses.
2. Descrever o acidente mais grave sofrido pela criança desde o nascimento.
3. Medir prospectivamente a incidência de injúrias físicas no período de um mês.
4. Comparar a incidência obtida retrospectiva e prospectivamente.
5. Descrever as injúrias físicas conforme o tipo de lesão, sua localização, o tipo de acidente ou agressão, e suas circunstâncias.
6. Descrever a utilização de serviços de saúde pela criança acidentada, incluindo assistência ambulatorial e hospitalar, uso de procedimentos médico-cirúrgicos e medidas de prevenção.
7. Investigar fatores de risco para injúrias físicas, incluindo: desenvolvimento neuro-psicomotor, número de familiares na casa, nível socioeconômico, escolaridade dos pais, sexo masculino e cuidado da criança.

3. HIPÓTESES:

Cerca de 25% das crianças sofreram alguma injúria física que necessitou assistência médica no último mês;

O método prospectivo de coleta de informações sobre acidentes resulta em maior estimativa de incidência do que o método retrospectivo.

As crianças do sexo masculino acidentam-se mais freqüentemente.

As lesões físicas ocorrem mais freqüentemente em famílias pobres, em crianças cujos pais têm menor escolaridade.

Crianças com atraso no desenvolvimento acidentam-se mais freqüentemente.

Crianças com intercorrências no período neonatal sofrem mais acidentes.

4. METODOLOGIA:

4.1. Delineamento:

A presente investigação faz parte do “Estudo Longitudinal das Crianças de Pelotas de 1993”, que tem objetivos mais amplos do que os descritos neste protocolo. A metodologia a ser utilizada neste estudo seguirá, em linhas gerais, aquela descrita anteriormente.²⁰

A amostra a ser estudada é originária da coorte dos recém-nascidos de 1993. Todos os 5304 nascimentos hospitalares, ocorridos neste ano, foram recrutados. Sub-

amostras das crianças da coorte foram acompanhadas aos um, três, seis e dozes meses de idade.²⁰

Das 5304 crianças, foram selecionadas, 655 crianças , para serem visitadas com um e três meses. Com um mês, foram visitadas 649 e, com três meses, 644, devido à ocorrência de perdas e recusas.

Para as visitas aos seis e doze meses de idade, 1460 crianças foram selecionadas, representando uma amostra sistemática de 20% de toda coorte, incluindo as 655 crianças acima e, ainda, todas as crianças nascidas com peso inferior a 2500 gramas. Destas 1460, crianças, 1414 (96,8%) foram localizadas com seis meses e 1363(93,4%) com 12 meses. Tenta-se, agora, encontrar as 1363 crianças que foram localizadas aos 12 meses de idade.

O estudo terá dois componentes:

- estudo retrospectivo em amostra da coorte de crianças nascidas em 1993, investigando, com a mãe ou responsável, a ocorrência de acidentes no último mês, nos últimos 12 meses e o “pior da vida”.
- delineamento longitudinal, onde será observada, prospectivamente a ocorrência de acidentes em uma subamostra da coorte, no período de um mês, através de diário a ser preenchido pela mãe ou responsável.

4.2. População Alvo

Crianças nascidas vivas, em hospitais da cidade de Pelotas, no ano de 1993, que ainda residem na área urbana da mesma cidade.

4.3. Amostragem:

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizaram-se exposições que variaram de 20-50% e incidências estimadas de acidente variáveis, de 10 a 20%. Conforme mostra a Tabela 1, estima-se que, com a amostra de 1363 crianças, poder-se-á detectar um risco relativo de 2,0, com poder estatístico de 90% e nível de significância de 95%, já acrescidos de 10%, para eventuais perdas e 15%, para controle de possíveis fatores de confusão.

Tabela 1. Estimativa do tamanho de amostra do estudo retrospectivo ($\alpha=0,05$; $\beta=10\%$; RR=2,0)

Prevalência da exposição	Prevalência estimada de acidentes	
	10%	20%
20%	911	372
30%	691	283
40%	600	247
50%	572	236

No estudo prospectivo, estima-se que 647 crianças serão suficientes para detectar um aumento de 50% na taxa de acidentes em relação ao método retrospectivo, com um poder estatístico de 90, erro alfa de 5% (Tabela 2). Estas crianças serão escolhidas através de amostragem sistemática.

Tabela 2. Estimativa do tamanho da amostra para o estudo prospectivo ($\alpha=0,05$; $\beta=10\%$; RR=1,5)

Incidência de acidente		Tamanho de amostra
Retrospectiva	Prospectiva	
10	16	584
20	28	608
30	39	647

4.4. Variáveis a serem coletadas:

Variáveis socioeconômicas:

- Renda familiar: em salários mínimos no último mês;
- Escolaridade do chefe da família: em anos aprovados de escola;
- Escolaridade materna: em anos aprovados de escola;
- Trabalho materno: sim ou não;

Variáveis reprodutivas:

- Idade materna: em anos completos;

- Paridade: número de filhos nascidos vivos;

Variáveis ambientais:

- Aglomeración: número de pessoas e de peças na casa e número de pessoas que dormem com a criança, no mesmo ambiente. Se for superior a cinco pessoas considera-se aglomeração.
- Tipo de construção: de tijolo, de madeira, de papelão ou lata e mista.
- Tipo de moradia: casa ou apartamento
- Presença de outra criança na casa
- Local de residência: centro da cidade ou periferia

Características infantis

- Suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor da criança: teste de Denver²¹ aos 12 meses de idade. Quando houver mais de dois itens de falha no teste será considerado positivo
- Peso de nascimento: em gramas
- Prematuridade: através da idade gestacional pelo exame físico do recém-nascido (Teste de Dubowitz³¹)

Atenção à criança

- Quem realiza o cuidado da criança: mãe, pai, pessoa da família, ninguém
- Frequência à escola e/ou creche

Desfecho

- Definição de acidentes: baseada no estudo piloto, em que será perguntada a impressão das mães a respeito desta definição.
- Tipo de acidente: queda, golpe por objeto/ pessoa/animal, queimadura, asfixia, choque elétrico, mordedura de animais, explosão, ingestão de corpo estranho, cortes, afogamentos, acidente de trânsito, ingestão de medicamentos e/ou materiais tóxicos, esmagamento, outros.
- Tipo de lesão: fratura, luxação, queimadura, choque elétrico, corte/ferida incisa/ pérfuro-cortante, laceração, envenenamento/ intoxicação, amputação traumática, contusão, hematoma/ equimose, não houve machucado, outros.
- Parte do corpo atingida
- Horário do acidente
- Dia da semana em que ocorreu o acidente
- Pessoa que tomava conta da criança no momento do acidente
- Local do acidente
- Presença ou não de seqüelas físicas
- Presença ou não de seqüelas psicológicas
- Conduta tomada no momento do acidente
- Procedimento médico-hospitalar na lesão
- Conhecimento materno sobre prevenção de acidentes

4.5. Instrumentos:

Será necessário utilizar questionários padronizados e pré-codificados, testados previamente, para investigar as lesões físicas não intencionais, ocorridas num período de tempo determinado e fatores de risco. No estudo prospectivo será desenvolvido um diário, a ser preenchido pelos pais a respeito da ocorrência de lesões físicas, no período de um mês, e fatores associados. Este diário será acompanhado de manual de instruções que será entregue às mães ou responsáveis pela criança.

4.6. Logística:

4.6.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores:

Serão selecionados entrevistadores, que receberão treinamento para a condução das entrevistas, preenchimento adequado dos questionários e codificação dos dados. O treinamento, com duração de uma semana, constará de discussão da metodologia e logística, leitura e discussão do questionário e manual de instruções, dramatização de entrevistas, aplicação do questionário, à mãe ou responsável pela criança, treinamento em técnicas de administração de testes, pesagem e antropometria de crianças. Após o treinamento serão selecionadas sete entrevistadoras, com tempo integral, as quais receberão instruções de como ensinar às mães a forma correta de preencher o diário prospectivo dos acidentes.

4.6.2. Estudo Piloto

Será realizado estudo piloto para testar o questionário, os manuais e a logística, além do procedimento de codificação. Dentro do estudo piloto, os pais serão questionados sobre que entendem por acidentes, a fim de melhor equacionar a definição dos mesmos e a ser utilizada no estudo propriamente dito.

4.6.3. Coleta e manejo dos dados:

As entrevistadoras receberão cerca de 15 questionários por semana, em que estará anotado o endereço detalhado da criança, obtido por ocasião da última visita domiciliar, realizada quando a mesma completou um ano de idade. Serão então realizadas entrevistas e antropometria (das crianças e de suas mães).

As entrevistadoras entregarão o diário para metade destas crianças, explicarão seu preenchimento, e juntamente com as mães, escolherão o melhor local para este ser fixado, a fim de que as mesmas não se esqueçam de preenchê-lo. Juntamente com o diário, estará uma carta explicativa para os pais, que constará de um exemplo do preenchimento do diário, da importância da participação das mães no estudo, da forma de preenchimento e de um número de telefone, através do qual os pais poderão dirimir dúvidas. No final de um mês, após a entrega do diário, nova equipe treinada recolherá os diários e esclarecerá eventuais dúvidas que venham a surgir.

4.6.4. Controle de qualidade

Os questionários do piloto e do estudo propriamente dito serão revisados pelo coordenador e sorteados, aleatoriamente, 10% deles, para serem repetidos. Os itens do questionário a serem refeitos serão escolhidos pelo coordenador da pesquisa dentre as questões mais importantes, fora do conhecimento dos entrevistadores. A digitação dos dados será duplicada e corrigida posteriormente, se necessário.

4.7. PROCESSAMENTO DE DADOS

A codificação das perguntas será realizada pela mesma equipe de entrevistadores, ao final de cada dia de trabalho. Os questionários, já codificados, serão entregues ao coordenador, para revisão e tabulação.

Os questionários, após revisados e codificados, serão digitados utilizando o programa EPI-INFO 6.0. Realizar-se-ão duas digitações, por pessoas diferentes, sendo corrigidos os erros encontrados. Posteriormente, será iniciada a limpeza de dados e, a seguir, feita a análise estatística.

4.8. ANÁLISE DOS DADOS

A análise univariada terá como objetivo obter frequências de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições.

A análise bivariada será realizada com cada variável independente, em relação ao desfecho, através de tabelas de contingência, para análise do χ^2 de Pearson e teste de tendência linear.

Para a análise multivariada utilizar-se-á regressão logística múltipla não condicional, utilizando todas as variáveis independentes, que na análise bivariada apresentarem valores de $p < 0,20$. Será utilizado, para esta análise, um modelo hierárquico (Figura 2), em que, para cada nível, serão introduzidas todas as variáveis selecionadas (pelo valor de p), bem como realizada seleção retrógrada. Dentro de cada nível, serão testadas interações biologicamente plausíveis. Independente da modificação de seus valores, sempre serão mantidas, no modelo, as variáveis que entraram em nível hierárquico superior.

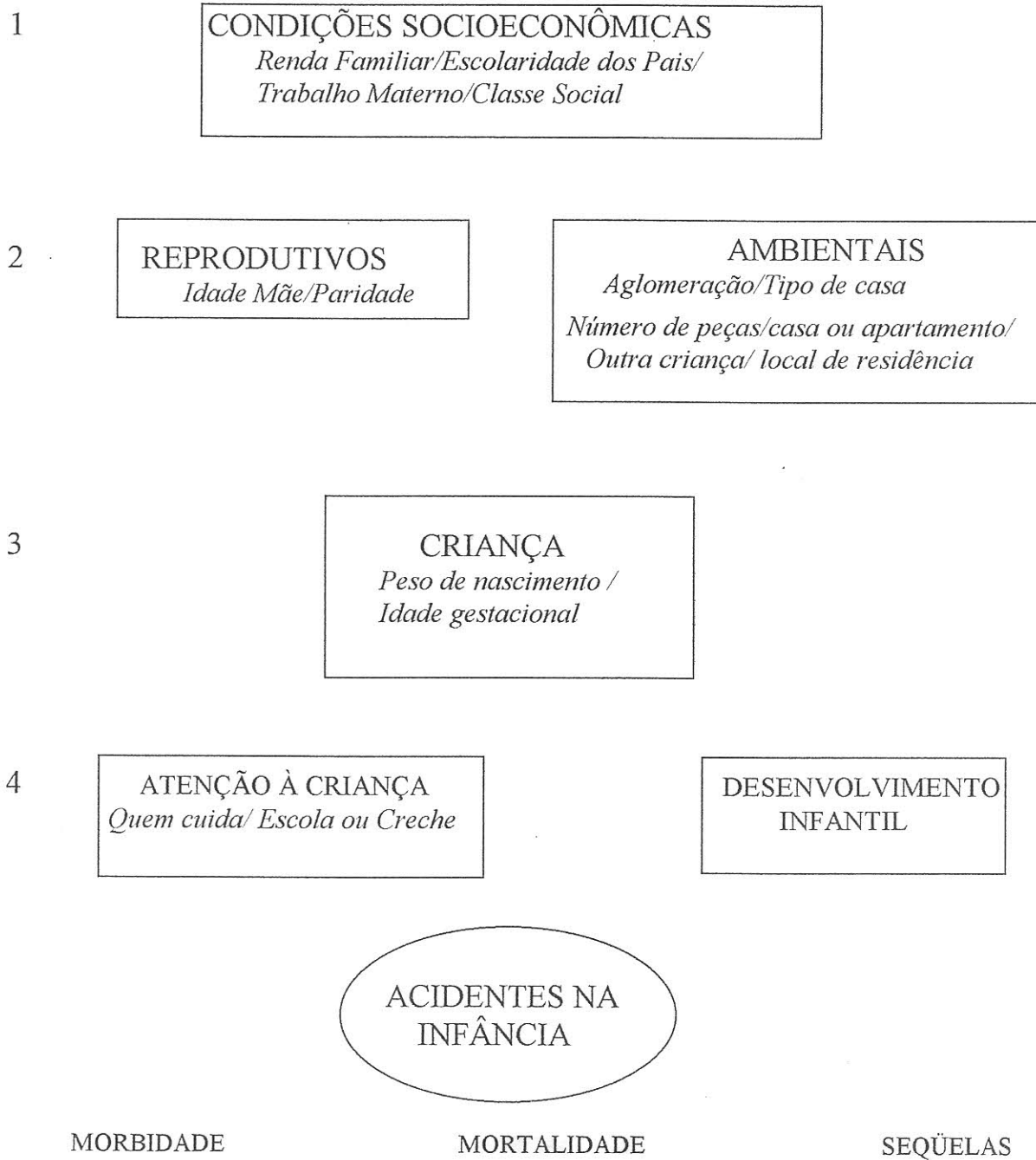
7. Possíveis limitações do estudo:

O termo “acidentes” implica subjetividade, já que sua definição de acidentes pode variar, devido a diferenças educacionais e culturais. A fim de aproximar a definição da realidade da população pesquisada, durante o estudo piloto perguntar-se-á aos pais o que eles entendem por acidentes na infância. Encontrada a solução, será ela utilizada para o estudo propriamente dito.

Uma limitação que também poderá ocorrer é o sub-registro no diário prospectivo. Tentar-se-á diminuí-lo no momento da busca do diário, em que o

preenchimento do mesmo será revisado pelos entrevistadores. Famílias analfabetas serão excluídas.

Figura 2. Modelo de Análise



8. Material:

O material necessário incluirá: papel, pastas para os entrevistadores, lápis, borracha, disquetes, transparências para retroprojeter, fotocópias, telefone, correio, transporte para os entrevistadores, computador, impressora e cartões autocolantes, utilizados como diário e ímãs de geladeira, utilizados para serem entregues às mães no final do preenchimento dos diários, como forma de agradecimento pela participação no estudo.

9. Aspectos Éticos:

Será solicitada permissão dos pais para a realização deste estudo e a garantia de anonimato dos questionários. O protocolo do presente estudo será submetido à Comissão Científica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

10. Cronograma:

Ano: 1997								Ano: 1998									
MESES	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Revisão bibliográfica	■	■															
Questionário		■	■	■													
Estudo piloto					■												
Coleta de dados						■	■	■	■								
Codificação							■	■	■	■							
Digitação								■	■	■	■						
Limpeza dos dados									■	■	■	■					
Análise dos dados										■	■	■	■	■	■		
Redação											■	■	■	■	■	■	■

10. Divulgação dos Resultados:

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dois artigos para publicação em periódico científico, a serem apresentados também como trabalho de conclusão de curso de Mestrado em Epidemiologia.
- Sumário, baseado nos principais achados do estudo, a ser divulgado entre os políticos e administradores dos serviços de saúde da cidade.

11. Orçamento:

Este estudo faz parte do Estudo Longitudinal das Crianças de Pelotas de 1993, financiado pelo Pronex. Não se faz necessário orçamento independente.

Referências Bibliográficas:

1. Unglert, C.V.; Siqueira, A.; Carvalho, G. A. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. Rev.Saúde Pública, 21(3)224-45, 1987.
2. Rodriguez, J.G., Brown, S.T. Childhood injuries in the United States- Division of Injury Control, Center for Environmental and Injury Control, Center for Diseases Control. AJDC-Vol. 144, June 1990.
3. Murray, C.J.L., Lopez, AD., Jamison, D.T. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions- WHO. 72(3): 495-509, 1994
4. DATASUS. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.
5. Guyer, B., Gallagher, S. Abordagem à Epidemiologia dos Acidentes na Infância. Clinicas Pediátricas da América do Norte,3-14, 1988.
6. Petridou, E., Zervos, I. et al.- Biosocial variables and auditory acuity as risk factors for non-fatal childhood injuries in Greece. Injury Prevention,1:92-96, 1995.
7. Kopjar, B., Wickizer, T.M. - Population-based Study of Unintentional Injuries in the home- AJE, 144(5): 456-462,1996.
8. Hajar-Medina, M., Tapia-Yañez, J.R., Lozano-Ascencio, R., López-López V. The risk factors for home accidents in children. Bol. Med Hosp Infant Mex 50(7): 463-474.
9. Teixeira, A.M. Morbidade por Acidentes em crianças menores de dez anos, na Zona Urbana de Pelotas-Pelotas, 1991. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, UFPEL] .

10. Alwash, R, McCarthy, M. Accidents in the home among children under 5: ethnic differences or social disadvantage? *BMJ* 296, 1450-1453.
11. Christoffel, K. K., Scheidt, P, Agran, P. F. et al. Standard Definitions for Childhood Injury Research: Excerpts of a conference Report, *Pediatrics*, 89(6) 1027-1034, 1992.
12. Bangdiwala, S.I., Anzola-Perez, E. et al. The incidence of Injuries in Young People: I Methodology and Results of a Collaborative Study in Brazil, Chile, Cuba and Venezuela, *International journal of Epidemiology* 19(1), 115-124, 1990.
13. Scheidt, P.C. Behavioral Research Toward Prevention of Childhood Injury. *AJDC*- Vol.142, Junho 1988.
14. Xiaohan H., Wesson D., Kenney, B. - Home injuries to children. *Canadian Journal of Public Health* 84 (3): 155-158, 1993.
15. Larsson, L.O, Aurelius, G.- Accidents in childhood: relation to psychosocial conditions and mental development. *Acta Paediatr* 85: 285-91, 1
16. Briss, P. A., Sacks, J. J., Addiss, D. G. Kresnow, M., O'Neil, J - A nationwide study of the risk of injury associated with day care center attendance. *Pediatrics* 93 (3): 364-367, 1994.
17. Sparks, G., Craven, A., Worth, C. Understanding differences between high and low childhood accident rate areas: the importance of qualitative data. *J. Public Health Med.* 16 (4): 439-446, 1994.
18. Bussing, R., Menvielle, E. Zima, B. Relationship between behavioral problems and unintentional injuries in US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 150: 50-56, 1996.
19. Blank D. Prevenção de Agravos Físicos, Rio de Janeiro, Brasil. Manual de Saúde Escolar II- SBP[Comitê de Acidentes] 1994.

20. Victora, C. G., Barros, F. C. , Tomasi, E. et al. Tendências e diferenciais na saúde materno-infantil: delineamento e metodologia das coortes de 1982 e 1993 das mães e crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12 (Supl.1):7-17, 1996.
21. Blank, D. Pediatria Ambulatorial .Avaliação do Desenvolvimento (Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver) 71-78, 1988.
22. Nelson, W. E. The Newborn Textbook of Pediatrics 15: 36-38, 1996.
23. Scheidt P. C., Harel, Y., Trumble, A. C. et al. The Epidemiology of Nonfatal Injuries among US Children and Youth. American Journal of Public health. 85(7), 932-938, 1995.
24. Hack, M.. Weissman, B.; Breslau, N.; et al. Health of very low birth weight children during their first eight years. The Journal of Pediatrics 122: 887-892, 1993.
25. Macarthur, C.; Dougherty, G.; Pless, B. Reliability and Validity of Proxy information about Childhood Injury: An Assessment of a Canadian Surveillance System. AJE, 145: 834- 841, 1997.
26. Odero, W.; Kibosia, J. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. East African Medical Journal 72(11): 706-710,1996.
27. Mcleod D. The characteristics and outcomes for patients presenting with unintentional domestic injuries to general practice. New Zeland Medical Journal 109(1035): 456-459,1996.
28. Stylianos S., Eichelberger, M. R. – Pediatric Trauma, Prevention Strategies. Pediatric Clin North Am 40 (6):1359-13-68, 1993.

29. Kirsh, T. Beaudreau, R. W., Holder, I. A., Smith, G. S.- Pediatric injuries presenting to an emergency department in a developing country. *Pediatric Emergency care* 12(6), 411-415, 1996.
30. Irwin, C., Cataldo, M. - Health consequences of behaviors: Injury as a Model. *Pediatrics*, 90(5), 798-806, 1992.
31. Dubowitz L, Dubowitz V, Goldeberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *Pediatrics*, 77:1, 1970.
32. Evans, S. A, Kohli H. S. Socioeconomic status and the prevention of child home injuries: a survey of parents of preschool children. *Injury prevention*, 3: 29-34, 1997.

Relatório do Trabalho de Campo

TREINAMENTO E SELEÇÃO DOS ENTREVISTADORES

1) Estudo principal (retrospectivo)

No período de 14 a 18 de outubro de 1997 foram treinadas dez entrevistadoras para o trabalho de campo, das quais sete foram selecionadas e três ficaram como reservas eventuais. Seis das selecionadas eram profissionais com curso superior (nutricionistas, assistentes sociais ou psicólogas) e uma tinha segundo grau completo. Todas as entrevistadoras dispunham dos dois turnos para a realização das entrevistas.

O treinamento seguiu a seguinte programação:

Dia	Turno da manhã	Turno da tarde
14/10	Apresentação do trabalho, da coordenação e das supervisoras do trabalho de campo	Leitura do questionário e manual de instruções
15/10	“Role-playing”	“Role-playing”
16/10	Teste externo do questionário	Correções
17/10	Correções	Antropometria
18/10	Trabalho de campo *	Trabalho de campo *

*com o acompanhamento das supervisoras do trabalho de campo e da coordenadora geral do estudo. Cada entrevistadora realizou, neste momento, duas entrevistas.

2) Subestudo (Prospectivo)

Para a coleta dos diários de campo, foram selecionados seis entrevistadores, todos estudantes de Medicina, que trabalharam voluntariamente. Receberam treinamento e orientação para buscarem os diários na residência dos informantes e, se necessário, solucionar as dúvidas que porventura existissem no preenchimento dos mesmos.

ESTUDO PILOTO

No período de 21 a 25 de outubro, realizou-se o estudo-piloto. Para este, foram escolhidas algumas crianças participantes da coorte de nascimentos de 1993, que não seriam incluídas na amostra a ser estudada.

Foram selecionados os endereços e realizadas 57 entrevistas. As crianças entrevistadas residiam em diversos pontos da cidade, o que permitiu reproduzir as condições em que o estudo se desenvolveria.

Foi realizado o treinamento da logística do trabalho de campo, incluindo a apresentação do entrevistador, a aplicação do questionário e a antropometria (peso e altura da criança, e peso e altura da mãe).

Os questionários do estudo piloto foram codificados, digitados e analisados, bem como feitas pequenas modificações nos questionários, sendo definitivamente estruturados os arquivos, para entrada de dados.

Como a definição de acidente varia de acordo com fatores culturais e sociais, foi incluída no estudo-piloto, uma pergunta aberta, para saber como a população em questão o definia. Após a análise das respostas, verificou-se que acidente era interpretado como “toda aquela ação que resultaria em lesão ou situações de perigo, que poderiam levar a danos severos à integridade da criança”. Esta pergunta foi excluída do questionário final, mas e as respostas foram utilizadas na elaboração da questão sobre acidentes.

PROCESSO DE AMOSTRAGEM

1) Estudo Principal (Retrospectivo):

A partir do cálculo do tamanho da amostra, (refeito, após a verificação de que o cálculo, incluído no projeto original, não estava correto) foi determinado que seriam necessárias 975 crianças para o estudo retrospectivo. Fez-se a tentativa de encontrar todas as que foram visitadas aos 12 meses (num total de 1363 crianças), obtendo-se, desta forma, boa margem de segurança (Tabela 1).

Tabela 1. Estimativa do tamanho de amostra do estudo retrospectivo ($\alpha=0,05$; $\beta=20\%$; RR=2,0)

Prevalência da exposição	Incidência estimada de acidentes	
	10%*	20%*
20%	975	435
30%	838	371
40%	859	363
50%	831	398

* acrescidos de 10% de perdas e 15% para eventuais fatores de confusão.

2) Subestudo (Prospectivo)

Para o estudo prospectivo, necessitava-se 603 crianças (tamanho da amostra recalculada- Tabela 2). Decidiu-se, para facilitar a amostragem sistemática, selecionar a metade das 1363 crianças elegíveis para o estudo retrospectivo (680 crianças). Selecionou-se, então, alternadamente, a partir da listagem das crianças acompanhadas aos 12 meses de idade, as crianças para a subamostra. As listas seguiam a ordem cronológica de nascimento.

Tabela 2. Estimativa do tamanho da amostra para o estudo prospectivo ($\alpha=0,05$; $\beta=20\%$; RR=1,5)

Incidência de acidente		Tamanho de amostra*
Retrospectiva	Prospectiva	
10	16	528
20	27	603
30	38	574

*acrescido de 10% para perdas.

TRABALHO DE CAMPO

1) Estudo Principal (Retrospectivo)

O trabalho de campo teve início no dia 05 de novembro de 1997. Iniciou-se pelo centro, em função de o período de férias de verão estar próximo e, provavelmente, as pessoas destas áreas, mais prósperas, saírem em férias e não serem encontradas em seus domicílios nos meses subseqüentes. Posteriormente, realizou-se a coleta das informações nos bairros.

A principal dificuldade do estudo foi encontrar os endereços, tendo em vista a grande taxa de migração da população em estudo. Contrataram-se, então, duas pessoas (“rastreadores”) que localizavam as famílias e informavam às entrevistadoras os endereços atualizados.

Em média, cada entrevistadora realizava 10 a 15 entrevistas por semana, necessitando de mais ou menos 40 minutos para realizar cada uma delas.

Utilizou-se a Faculdade de Medicina como local de reuniões e entrega do material, onde se encontrava um secretário, que recebia e numerava os questionários, e uma supervisora de trabalho de campo. Havia semanalmente uma reunião com todas as entrevistadoras, supervisoras e coordenadora, em que se discutiam os principais problemas enfrentados e revisavam-se as possíveis dúvidas encontradas. Devido às dificuldades de acesso aos locais das entrevistas e de identificação dos últimos endereços, o trabalho de campo estendeu-se até abril de 1998.

3) Subestudo (Prospectivo)

O estudo prospectivo, com coleta dos diários dos acidentes, começou um mês após o início do estudo retrospectivo, no dia 05/12/1998, terminando em maio de 1998. Os pais das crianças selecionadas recebiam, das entrevistadoras do estudo principal, o diário. Além deste, era entregue aos pais uma carta explicativa, com a forma correta de preenchimento, informando-os de que, após trinta dias, ele seria recolhido.

Quando as entrevistadoras retornavam com os questionários do estudo principal, e os entregavam ao secretário da pesquisa, este selecionava aquelas crianças que tinham recebido o

diário, sendo o endereço entregue à supervisora da pesquisa. Os entrevistadores, então, recebiam a listagem com o nome das crianças, seus endereços e a data da coleta do formulário.

Todos os diários recolhidos eram entregues à supervisora da pesquisa, que os numerava e os revisava, a fim de detectar e corrigir possíveis erros de preenchimento.

POPULAÇÃO ESTUDADA , PERDAS E RECUSAS

1) Estudo principal (Retrospectivo)

Este estudo pretendia entrevistar todas as 1363 crianças acompanhadas aos 12 meses de idade. Entretanto, ocorreram 90 (6,6%) perdas ou recusas. A Tabela 1 resume estas informações.

2) Subestudo (Prospectivo) :

No estudo prospectivo, deveriam ser entregues 681 diários para familiares das crianças. Devido à ocorrência de perdas no estudo principal, foram entregues 631 (92,7%) diários (Tabela 1). Os índices de perdas em ambos os estudos foram reduzindo (Tabela 3)

Tabela 1. Distribuição das perdas e recusas conforme o método utilizado. Pelotas, 1998.

	Retrospectivo	Prospectivo
Entrevistas programadas	1363	631
Perdas		
Óbitos	6	0
Mudança de cidade	61	4
Endereços não encontrados	18	3
Diários não preenchidos	-	3
Recusas	5	-
Total de perdas e recusas	90 (6,6%)	11 (1,7%)*

*excluídas duas crianças: pais analfabetos.

CONTROLE DE QUALIDADE DA COLETA DE DADOS

Uma amostra aleatória de 10% das entrevistas (n= 127) foi parcialmente repetida pelas supervisoras do trabalho de campo, a fim de assegurar que as entrevistas realmente haviam sido realizadas e verificar a repetitibilidade de variáveis-chave. Não foi detectado nenhum caso em que a entrevista não tenha sido realizada.

DIFICULDADES ENFRENTADAS NA COLETA DE DADOS

- Mau tempo, dificultando o acesso às residências.
- Distância das residências das mães e crianças sorteadas.
- Crianças não residindo com a própria mãe.
- Necessidade de retornar várias vezes aos mesmos domicílios, por não ter encontrado as mães ou crianças em casa.

- Mudanças de domicílio, durante o mês de preenchimento do diário (estudo prospectivo). Estas migrações eram para locais desconhecidos ou para outra cidade, resultando, algumas vezes, em perdas de dados.

CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO

Os questionários eram pré-codificados e tiveram as questões fechadas codificadas pelas próprias entrevistadoras, logo após as entrevistas. Esta codificação foi revisada pelas supervisoras do trabalho de campo. Quando se percebiam problemas, os questionários eram imediatamente devolvidos às entrevistadoras, para esclarecimento de dúvidas ou revisita, se necessário.

Foi realizada dupla digitação no programa Epi-Info 6.0, com checagem programada. Estudantes de Nutrição e de Medicina realizaram dupla digitação, sendo ambas comparadas e os erros, identificados e corrigidos.

PROCESSAMENTO DOS DADOS

A limpeza dos dados dos arquivos dos bancos de dados, do estudo retrospectivo e prospectivo, foi realizada em junho de 1998. Utilizando o programa SPSS FOR WINDOWS, inicialmente obtiveram-se as frequências simples de todas as variáveis, a fim de identificar

valores ignorados, colocar rótulos nas variáveis e em seus valores (no caso de variáveis categóricas). Em seguida, agruparam-se e recodificaram-se algumas variáveis.

Selecionaram-se, então, do arquivo perinatal e do arquivo dos 12 meses, as variáveis necessárias para a análise, criando-se um arquivo único com dados perinatais, dos 12 meses e dos quatro a cinco anos.

Assim, foi possível descrever as características da população estudada. A seguir, realizou-se a análise bivariada e por fim, a análise multivariada, para controle de possíveis fatores de confusão.

Os resultados foram preparados no editor de textos WORD 7.0 e os gráficos elaborados com o programa HARVARD GRAPHICS 3.0.

ADAPTAÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AO PROJETO:

Foi modificada a análise dos dados, que, havia originalmente sido planejada para ser realizada através de Regressão Logística. Como cada criança poderia sofrer um ou mais acidentes no período de um mês, estimou-se haver diferenças entre as que sofreram uma lesão e aquelas que sofreram duas ou mais lesões. Utilizou-se, portanto, como método analítico dos dados, a Regressão de Poisson, que leva em conta o número de lesões acidentais, sofridas pela criança no mês, sendo o método mais indicado para o presente estudo. Além disso, todas as

variáveis, significativas ou não, na análise bruta, foram consideradas, na análise multivariada, de forma hierarquizada.

Anexo III – Questionário Geral

**CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS - UFPEL
ESTUDO LONGITUDINAL DAS CRIANÇAS NASCIDAS EM 1993 - PELOTAS**

QUESTIONÁRIO - 4 ANOS

1. Número do questionário _____
2. Nome da mãe _____
3. Endereço completo _____

- 3.1. Ponto de referência _____

- 3.2. Telefone _____
- 3.3. Telefone para contato _____
- 3.4. Outra forma de contato _____

- 3.5. Endereço de outro parente _____

4. Nome da criança _____

Quest _____

Fone1 _____

Fone2 _____

ONDE CONSTAR <criança> SUBSTITUIR PELO NOME

5. Quantos filhos a senhora teve depois de <criança> nascer? Todos nasceram vivos?
 nascidos vivos
 nascidos mortos

nascviv __

Nasmor __

6. Qual a data de nascimento do(s) irmão(s) que nasceu depois de <criança>?
 ___/___/___
 ___/___/___
 ___/___/___
 ___/___/___

Nasc1 ___/___/___

Nasc2 ___/___/___

Nasc3 ___/___/___

Nasc4 ___/___/___

7. Quais são as pessoas que moram na casa?
 Pai biológico (1) sim (0) não (3) falecido
 Pai adotivo (1) sim (0) não
 Mãe biológica (1) sim (0) não (3) falecida
 Mãe adotiva (1) sim (0) não
 Irmãos menores que <criança> ___
 Outros irmãos ___
 Outras pessoas ___

Paibio __

Paiado __

Maebio __

Maeado __

Irmao1 __

Irmao2 __

Outro ___ ?

(NÃO INCLUIR A CRIANÇA QUE ESTÁ SENDO EXAMINADA)

CONDIÇÕES DE MORADIA

8. Tipo de casa (**OBSERVAR**)
 (1) tijolo (2) madeira (3) mista (4) papelão, lata (5)outro: _____

Mor __

Agora vamos conversar sobre sua casa. Mesmo que seja a mesma em que vocês moravam quando <criança> tinha 1 ano, gostaria de repetir estas perguntas.

9. Quantas peças tem na casa? ___ peças

Casa __

10. Quantas são usadas para dormir? ___

Quarto __

11. Quantas pessoas dormem no quarto junto com a criança? _____

Pessoa __

12. Onde <criança> dorme durante a noite?

- (1) quarto próprio, cama própria (5) outro quarto, cama própria
(2) quarto dos pais, cama dos pais (6) outro quarto, cama dos irmãos
(3) quarto dos pais, cama própria (7) outro: _____
(4) quarto dos pais, cama dos irmãos

Dorme __

13. No quarto onde <criança> dorme:

- Tem travesseiro de penas? (1) sim (0) não
Tem carpete ou tapete cobrindo o chão? (1) sim (0) não
Tem cortinas? (1) sim (0) não
Tem bichos de lã ou pelúcia? (1) sim (0) não
Tem cachorro ou gato em casa? (1) sim (0) não

Penas __
Carpete __
Cortina __
Bicho __
Cao __

14. A Sra. fuma?

- (0) não
(1) sim → Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? ___ cig/dia
→ Quantos cigarros a Sra. fuma dentro de casa? ___ cig/dia
(2) ex-fumante
(9) IGN

Fumdia __
Cigdia __
Cigdcasa __

15. Das pessoas que moram na casa, alguém fuma?

- (1) sim (0) não, → PULAR PARA 17. (9)IGN

Alguefum __

→EM CASO AFIRMATIVO:

16. Quem fuma? Quantos cigarros dentro de casa?

Quem fuma?	Quantos cigarros/dia
1° Marido	___
2° _____	___
3° _____	___
	(8 88=NSA)

Paifum __
Oufum1 __
Oufum2 __

17. Onde a senhora guarda os remédios?

- (1) em armário sem chave (5) em gaveta com chave
(2) no roupeiro (6) outros: _____
(3) em gaveta sem chave (8) NSA
(4) em armário com chave ou alto (9) IGN

Remed __

18. Onde a senhora guarda os materiais de limpeza de sua casa?

- (1) na cozinha, em armário baixo ou sem chave ou à vista
(2) na área de serviço em armário baixo ou sem chave ou à vista
(3) em armário fechado fora do alcance das crianças
(4) em local alto
(5) outro: _____
(8) NSA (9) IGN

Matlimp __

19. Tem água encanada?

- (1) sim, dentro de casa
(2) sim, no pátio
(3) não

Aguaen __

20. Como é a privada da casa?

- (1) sanitário com descarga (3) casinha
(2) sanitário sem descarga (4) não tem

Sanit __

21. Na sua casa tem: (CASO AFIRMATIVO): Está funcionando?

- Rádio (1) sim, quantos? __ (0) não
- Geladeira (1) sim (0) não
- Aspirador de pó (1) sim (0) não
- Máquina de lavar roupa (1) sim (0) não
- Vídeo-cassete (1) sim (0) não
- TV a cores (1) sim, quantos? __ (0) não
- Banheiro (1) sim, quantos? __ (0) não
- Empregada dom./mês (1) sim, quantos? __ (0) não
- Carro (1) sim, quantos? __ (0) não → PULAR PARA 23

→ SE TEM CARRO:

22. Onde <criança> costuma sentar no carro?

- Banco (0) dianteiro (1) traseiro (8) NSA
- Colo (0) não (1) sim (8) NSA
- Cadeira (0) não (1) sim (8) NSA
- Cinto (0) não (1) sim (8) NSA
- Outro _____

23. A família tem motocicleta?

- (1) sim (0) não → PULAR PARA 26

→ SE TEM MOTOCICLETA:

24. <criança> anda de motocicleta junto com os pais?

- (1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN

25. <criança> usa capacete, quando anda de motocicleta?

- (1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN

Gostaria de saber se você e o pai de <criança> estudaram e onde trabalharam depois que <criança> fez

1 ano.

26. Você estudou na escola, depois da última visita que fizemos, quando <criança> tinha 1 ano?

- (00) não () sim. Até que série completou? __ série __ grau

27. E o pai de <criança>?

- (00) não () sim. Até que série completou? __ série __ grau

28. Você trabalhou fora de casa nos últimos doze meses, desde <mês> do ano passado?

- (0) não
(1) sim
(2) sim em casa, para fora
(3) estudante
(4) outro: _____

Radio __
Gelad __
Aspir __
Roupa __
Video __
Tv __
Banh __
Emp __
Carro __

Banco __
Colo __
Cadeir __
Cinto __
Outcar __

Moto __

Motopai __

Capacete __

Sermae __

Serpai __

Trab __

→ SE TRABALHOU:

29. Quantos meses por ano trabalhou fora? ___ meses
30. Quantos dias por semana você trabalhou fora? ___ dias
31. Quantas horas por dia você trabalhou fora? ___ horas
32. Qual o seu tipo de trabalho? _____

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda atual da família

33. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

→ Pessoa 1: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

→ Pessoa 2: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

→ Pessoa 3: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

→ Pessoa 4: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

34. A família tem outra fonte de renda?

→ R\$ _____, ___ por mês _____, ___ salários mínimos

→ R\$ _____, ___ por mês _____, ___ salários mínimos

Trabmes ___

Trabsem ___

Trabhor ___

Tipotrab ___

Renda1 _____, _____

Sal1 _____, _____

Renda2 _____, _____

Sal2 _____, _____

Renda3 _____, _____

Sal3 _____, _____

Renda4 _____, _____

Sal4 _____, _____

Renda5 _____, _____

Sal5 _____, _____

Renda6 _____, _____

Sal6 _____, _____

35. Agora gostaria de saber como <criança> foi cuidada durante o dia, desde que nasceu. Vamos começar desde que a Sra. voltou com <criança> para casa, depois do parto.

IDADE	Quem tomava conta? (PES)	Em que lugar? (LOC)	Era o dia todo ou só parte do dia? (REG)	Era pago? (PAGO)	Havia outras crianças menores de 5 anos junto?(CRI)
__ a __ m até __ a __ m					
__ a __ m até __ a __ m					
__ a __ m até __ a __ m					
__ a __ m até __ a __ m					
__ a __ m até __ a __ m					
__ a __ m até __ a __ m					
__ a __ m até __ a __ m					

Idini1 ___ Idfin1 ___
 Pes1 ___ Loc1 ___
 Reg1 ___ Pago1 ___
 Cri1 ___
 Idini2 ___ Idfin2 ___
 Pes2 ___ Loc2 ___
 Reg2 ___ Pago2 ___
 Cri2 ___
 Idini3 ___ Idfin3 ___
 Pes3 ___ Loc3 ___
 Reg3 ___ Pago3 ___
 Cri3 ___
 Idini4 ___ Idfin4 ___
 Pes4 ___ Loc4 ___
 Reg4 ___ Pago4 ___
 Cri4 ___
 Idini5 ___ Idfin5 ___
 Pes5 ___ Loc5 ___
 Reg5 ___ Pago5 ___
 Cri5 ___
 Idini6 ___ Idfin6 ___
 Pes6 ___ Loc6 ___
 Reg6 ___ Pago6 ___
 Cri6 ___
 Idini7 ___ Idfin7 ___
 Pes7 ___ Loc7 ___
 Reg7 ___ Pago7 ___
 Cri7 ___

CÓDIGO	CÓDIGO
Pessoa que tomava conta da criança (PES):	Regime de tempo (REG):
1 = pai , mãe ou responsável	1 = integral
2 = irmão/irmã, maior de 15 anos	2 = parcial
3 = irmão/irmã, menor de 15 anos	9 = não sabe
4 = parente adulto	
5 = outro parente menor de idade	Remuneração do cuidado (PAGO):
6 = adulto não parente	0 = não remunerado
9 = não sabe	1 = remunerado
	9 = não sabe
Local onde a criança era cuidada (LOC):	Presença de crianças menores de 5 anos (CRI):
1 = na própria casa/residência	0 = não
2 = em outra residência (que não a sua)	1 = sim, da família que mora onde <criança> era cuidada
3 = creche pública/filantrópica	2 = sim, mas de outras famílias
4 = creche particular	9 = não sabe
5 = abrigo/outros	
9 = não sabe	

36. Atualmente, a <criança> é cuidada fora de casa?
 (0) não → **PULAR PARA 41** (1) sim (9) não sabe

→ SE SIM:

37. Quanto paga pelo cuidado?

R\$ _____ (0) não paga nada (888,88) NSA (999,99) IGN

38. Quantas crianças além da sua, participam do grupo ou classe em que <criança> é cuidada?
 Número de crianças: _____ (00) criança sozinha (88) NSA (99) IGN

39. Quantas horas por semana <criança> é cuidada fora de casa?
 Horas por semana: _____ (88) NSA (99) IGN

40. Em que período <criança> é cuidada fora de casa?
 (1) manhã (2) tarde (3) integral (8) NSA (9) IGN

Agora gostaria de conversar sobre a alimentação de <criança>

41. Por quanto tempo <criança> mamou no seio?
 _____ meses _____ dias (88) Ainda mama (99) IGN

CASO NÃO MAME MAIS, PULAR PARA 43

→ SE AINDA MAMA

42. Quantas vezes mama durante o dia? __ E à noite __? (8) NSA (9) IGN

→ SE MAMOU NO SEIO POR MAIS DE 12 MESES

43. Por que deixou de mamar?

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| (1) secou o leite | (7) criança não ganhava peso |
| (2) pouco leite | (8) doença da criança |
| (3) leite fraco | (9) doença da mãe |
| (4) criança não quis mais | (10) uso de anticoncepcional |
| (5) outra gravidez | (11) criança já era grande |
| (6) trabalho da mãe | (12) outro _____ |

44. Pode dizer quais as refeições que <criança> faz durante o dia?

- | | | |
|---------------------|---------|---------|
| → Café da manhã | (0) não | (1) sim |
| → Lanche pela manhã | (0) não | (1) sim |
| → Almoço | (0) não | (1) sim |
| → Café da tarde | (0) não | (1) sim |
| → Jantar | (0) não | (1) sim |
| → Antes de dormir | (0) não | (1) sim |
| → Outra _____ | (0) não | (1) sim |

45. <Criança> come alguma coisa durante a madrugada?
 (0) não () sim → Quantas vezes __

Cuidfor __

Qtopag _____ ,

Qtacri __ __

Qtahor __ __

Perfor __

Mamames __ __
 Mamadia __ __

Diamam __
 Noitmam __

Desname __ __

Cafem __
 Lanche __
 Almoco __
 Cafet __
 Jantar __
 Ceia __
 Outref __

Refmad __

46. Como foi o apetite da <criança> nesta última semana?
 (1) tem muita fome
 (2) bom, normal
 (3) pouco apetite, não quer comer
 (4) bom para alguns alimentos, mas não para todos
 (5) pouco apetite porque estava doente

Apetite __

47. Eu vou ler uma lista de alimentos e gostaria de saber se <criança> costuma comer estes alimentos?

	não (00)	sim, quantas vezes?		
		dia (1 __)	semana (2 __)	< 1 x/mês (33)
Chips				
Refrigerante				
Chocolate				
Bala				
Chiclete				
Pirulito				

Chips ___
 Refrig ___
 Choco ___
 Bala ___
 Chiclete ___
 Pirul ___

48. <Criança> toma mamadeira?
 (0) não
 () sim → Quantas vezes por dia? __
 → Qual a quantidade de cada vez? _____

Mamad ___
 Volume _____

49. <Criança> chupa bico?
 (0) não
 (1) sim, só para dormir
 (2) sim, durante o dia
 (3) sim, para deitar e depois solta o bico
 (4) sim, durante o dia e à noite
 (5) outro: _____

Bico __

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre asma e chiado no peito.

50. Desde que nasceu, <criança> teve chiado no peito?
 (0) não → PULAR PARA 58 (1) sim (9) IGN

Chiado __

→ EM CASO AFIRMATIVO

51. Com que idade teve a primeira crise de chiado no peito?
 (1) antes de 6 meses (2) 6 meses a 1 ano (3) mais de 1 ano
 (8) NSA (9) IGN

Chiaid __

52. Nos últimos 12 meses <criança> teve chiado no peito?
 (0) não (1) sim → PULAR PARA 54. (9) IGN

Chiatu __

53. Quando <criança> parou de ter crises de chiado no peito?
 ___ anos ___ meses
 (8) NSA (9) IGN

Paranos ___
 Parmes ___

→ SE RESPONDEU 53, PULAR PARA 58

54. Nos últimos 12 meses, quantas crises de chiado no peito <criança> teve? ___
 (88) NSA (99) IGN

Numchi ___

55. Nos últimos 12 meses, <criança> teve seu sono perturbado por chiado no peito? Sonochi ___
 (0) não
 (1) sim, menos de 1 noite/semana
 (2) sim, uma ou mais noites/semana
 (8) NSA
 (9) IGN
56. Nos últimos 12 meses, o chiado foi tão forte que <criança> não conseguia dizer mais de duas palavras entre cada respiração? Falachi ___
 (1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN
57. Nos últimos 12 meses, <criança> teve chiado no peito depois de correr? Corrchi ___
 (1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN
58. Nos últimos 12 meses, <criança> teve tosse seca à noite, sem estar gripado? Tosse ___
 (1) sim (0) não (9) IGN
59. Alguma vez o médico disse que <criança> tinha asma ou bronquite? Asmamed ___
 (1) sim (0) não (9) IGN
60. <Criança> internou-se por causa de chiado no peito, tosse seca ou asma? Intchi ___
 (00) não
 () sim → Quantas vezes? ___
 (88) NSA
 (99) IGN

AS PERGUNTAS SEGUINTE (61 A 66) SOMENTE SERÃO FEITAS PARA QUEM RESPONDEU SIM PARA AS PERGUNTAS 50, 58 E 59.

61. A senhora leva <criança> para fazer consultas de revisão por causa do chiado quando ela não está em crise? Conrev ___
 (0) não → PULAR PARA 63 (1) sim (8)NSA
62. Se sim, aonde leva ou levava <criança> para consultas de rotina? Localcon ___
 (1) Posto de Saúde (2) Médico particular (3) Pronto Socorro
 (4) Ambulatório de hospital ou Faculdade (5) Outro: _____ (8) NSA
63. Que faz ou fazia quando <criança> começa(va) a chiar o peito? Conduca ___
 (10) já começa a medicar em casa
 (20) não medica, espera melhorar sozinha
 (4) leva para consultar. → Onde? _____
 (3) outra: _____
 (88) NSA
64. Nos últimos 12 meses <criança> foi ao médico ou pronto socorro devido ao chiado? Med ___
 (00) não (88) NSA
 Sim, médico _____ vezes Psvezes ___
 Sim, pronto socorro _____ vezes
65. <Criança> já usou algum medicamento ou vacina para tratar asma, bronquite ou chiado no peito nos últimos 12 meses? Medic ___
 (1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN
66. Se sim, qual(is) o(s) medicamento(s) ou vacina(s)? Medicl ___

 (88) NSA (99) IGN

67. No momento, <criança> está usando algum medicamento ou vacina para tratar a asma?
(1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN

Medago __

68. Se sim, qual(is) o(s) medicamento(s) ou vacina(s)? _____

Medago1 __ __

(8) NSA (9) IGN

69. <Criança> tem ou já teve crises de espirros ou nariz correndo quando não estava gripado ou resfriado?
(0) não
(1) sim
(9) IGN

Espir __

70. Alguma vez <criança> teve manchas com coceira nas dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, nos tornozelos, abaixo das nádegas ou no pescoço, orelhas ou olhos, que apareciam e desapareciam durando vários meses?
(0) não
(1) sim
(9) IGN

Mancha __

71. Na família, alguém tem ou teve asma ou chiado no peito alguma vez na vida?
(0) não
(1) sim, mãe da criança
(2) sim, pai da criança
(3) sim, irmãos
(4) sim, tios ou avós

Asmama __

Asmapai __

Asmairm __

Asmapar __

Na família, alguém tem ou teve qualquer alergia alguma vez na vida?

72. Na família, alguém tem ou teve qualquer alergia alguma vez na vida?
(0) não
(1) sim, mãe da criança
(2) sim, pai da criança
(3) sim, irmãos
(4) sim, tios ou avós

Alerma __

Alerpai __

Alerirm __

Alerpar __

Agora nós vamos conversar sobre acidentes de seu filho

73. Para a senhora, que é acidente? _____

74. VAMOS FALAR SOBRE ACIDENTES QUE ACONTECERAM COM SEU FILHO, NO ÚLTIMO MÊS, ISTO É, DE ___ DE ___ ATÉ HOJE.- No último mês seu filho sofreu algum tipo de acidente em que tenha se machucado?
 (0) não (1) sim

Como aconteceu o acidente?	Qual o tipo de machucado?	Que parte do corpo que machucou?	Qual o horário do acidente?	Em que dia da semana aconteceu o acidente?	Quem estava com <criança>?	Onde aconteceu o acidente?	<Criança> ficou com algum problema depois do acidente?	O que foi feito quando <criança> sofreu o acidente?	Teve algum cuidado médico ou de enfermagem no machucado
1.									
2.									
3.									

Tipo1 ___ Lesao1 ___ Corpoac1 ___ Horac1 ___ Dia1 ___ Acomac1 ___ Localac1 ___ Sefiac1 ___ Sepsis1 ___ Condac ___ Proce1 ___

Tipo2 ___ Lesao2 ___ Corpoac2 ___ Horac2 ___ Dia2 ___ Acomac2 ___ Localac2 ___ Sefiac2 ___ Sepsis2 ___ Condac ___ Proce2 ___

Tipo3 ___ Lesao3 ___ Corpoac3 ___ Horac3 ___ Dia3 ___ Acomac3 ___ Localac3 ___ Sefiac3 ___ Sepsis3 ___ Condac ___ Proce3 ___

75. AGORA VAMOS FALAR DE ACIDENTES NO ÚLTIMO ANO, DE ----- DO ANO PASSADO ATÉ HOJE, AFORA OS QUE JÁ FALOU.- No último ano, <criança> sofreu algum tipo de acidente, em que se tenha machucado?
(0) não (1) sim

Como aconteceu o acidente?	Qual o tipo de machucado	Que parte do corpo que machucou?	Qual o horário do acidente?	Que dia da semana aconteceu o acidente?	Quem estava com <criança>?	Onde aconteceu o acidente?	<Criança> ficou com algum problema depois do acidente?	O que foi feito quando <criança> sofreu acidente?	Teve algum cuidado médico ou de enfermagem no machucado	
4.										
5.										
6.										
7. AGORA NÓS VAMOS FALAR DO PIOR ACIDENTE QUE SEU FILHO SOFREU NA VIDA Idade ----- meses										
Acidp Tipo4	Lesao4	Corpoac4	Horac4	Dia4	Acomac4	Localac4	Sefiac4	Sepsi4	Condac	Procc4
Tipo5	Lesao5	Corpoac5	Horac5	Dia5	Acomac5	Localac5	Sefiac5	Sepsi5	Condac	Procc5
Tipo6	Lesao6	Corpoac6	Horac6	Dia6	Acomac6	Localac6	Sefiac6	Sepsi6	Condac	Procc6
Tipo7	Lesao7	Corpoac7	Horac7	Dia7	Acomac7	Localac7	Sefiac7	Sepsi7	Condac	Procc7

76. Alguém já lhe falou sobre como prevenir acidentes?
 (1) sim (0) não

77. Quem lhe falou sobre o assunto? Responda sim ou não.

- Médico (1) sim (0) não (8) NSA
- Professor (1) sim (0) não (8) NSA
- Polícia (1) sim (0) não (8) NSA
- Bombeiro (1) sim (0) não (8) NSA
- Enfermeiro (1) sim (0) não (8) NSA
- Parentes (1) sim (0) não (8) NSA
- Outro (1) sim (0) não (8) NSA

Agora gostaria de conversar sobre a saúde de <criança>

78. <Criança> já consultou com ...?:

	sim (1)	não (2)	motivo
Dentista			
Psicólogo/psiquiatra			
Médico de olhos			
Especialista de ouvido e garganta			
Neurologista			
Cirurgia			

79. <Criança> foi levada para consultar com algum médico, Posto de Saúde ou Pronto Socorro, há <três meses atrás>?

(1) sim (0) não → PULAR PARA 84 (9) IGN

→ SE CONSULTOU:

80. Quantas vezes? ___ vezes (88) NSA

81. Por que motivo(1)?

- Diarréia (1) sim (0) não (8) NSA
- Infecção respiratória (1) sim (0) não (8) NSA
- Infecção de pele (1) sim (0) não (8) NSA
- Outro: _____ (8) NSA

82. Por que motivo(2)?

- Diarréia (1) sim (0) não (8) NSA
- Infecção respiratória (1) sim (0) não (8) NSA
- Infecção de pele (1) sim (0) não (8) NSA
- Outro: _____ (8) NSA

83. Por que motivo(3)?

- Diarréia (1) sim (0) não (8) NSA
- Infecção respiratória (1) sim (0) não (8) NSA
- Infecção de pele (1) sim (0) não (8) NSA
- Outro: _____ (8) NSA

Prev ___

Med ___

Prof ___

Pol ___

Bomb ___

Enf ___

Par ___

Out ___

Dent ___

Motden ___

Psic ___

Motps ___

Oftal ___

Motof ___

Ouvido ___

Motouv ___

Neuro ___

Motneu ___

Cirurg ___

Motcir ___

Consul ___

Convez ___

Diarr1 ___

Ira1 ___

Infpele1 ___

Out1 ___

Diarr2 ___

Ira2 ___

Infpele2 ___

Out2 ___

Diarr3 ___

Ira4 ___

Infpele5 ___

Out6 ___

84. <Criança> está com diarreia hoje?
(0) não (1) sim (9) IGN
85. <Criança> teve diarreia nas últimas duas semanas, desde <dia da semana> de duas semanas atrás?
(0) não (1) sim (9) IGN
86. <Criança> teve tosse na última semana, desde <dia da semana> da semana passada?
(0) não → PULAR PARA 90 (1) sim (9) IGN

→ SE TEVE TOSSE

87. Tinha febre? (0) não (1) sim (8) NSA
88. Estava com a respiração difícil? (0) não (1) sim (8) NSA
89. Estava com o nariz entupido? (0) não (1) sim (8) NSA

90. <criança> teve dor de ouvido na última semana?
(0) não → PULAR PARA 92 (1) sim (9) IGN

→ SE TEVE DOR DE OUVIDO

91. Saiu pus (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN

92. <Criança> foi hospitalizada desde que fez 1 ano de idade?
(0) não → PULAR PARA 94 (1) sim (9) IGN

→ SE FOI HOSPITALIZADA

93. Por que motivo(s)?
- Diarreia __ vezes (88) NSA (99) IGN
- Pneumonia __ vezes (88) NSA (99) IGN
- Outra: _____ - __ vezes (88) NSA (99) IGN

94. Tem o Cartão da Criança que recebeu no hospital?
(0) nunca teve
(1) sim, visto
(2) sim, não visto
(3) tinha, mas perdeu

95. Quantas doses de vacina recebeu?

Fonte de informação

- Tríplice (injeção na nádega ou coxa) Cartão __ Mãe __
- Sabin (gota na boca) Cartão __ Mãe __
- Anti-sarampo (injeção no braço) Cartão __ Mãe __
- BCG (ver cicatriz no braço) Cartão __ Mãe __

96. <Criança> recebeu algum remédio nas últimas duas semanas, desde <dia da semana> há duas semanas atrás, inclusive para febre ou vitamina?
(0) não → PULAR PARA 109 (1) sim (9) IGN

→ 1ª medicação:

97. Qual é? _____
98. Para tratar o quê? _____

Diahoje __

Dia2sem __

Tosseman __

Febre __

Respir __

Nariz __

Pus __

Hospit __

Diarreia __

Pneum __

Outmot __

Outmotv __

Cartao __

Dosevac __

Cartão1 __ Mãe1 __

Cartão2 __ Mãe2 __

Cartão3 __ Mãe3 __

Cartão4 __ Mãe4 __

Remed __

Remed1 __

Rempq1 __

Remind1 __

99. Quem indicou?
 (1) Toma por conta própria (4) farmacêutico
 (2) médico (5) outro: _____
 (3) parente ou conhecido

100. Toma todos os dias? (0) não (1) sim → Quantas vezes por dia? __ vezes

→ 2ª medicação:

101. Qual é? _____

102. Para tratar o quê? _____

103. Quem indicou?
 (1) Toma por conta própria (4) farmacêutico
 (2) médico (5) outro: _____
 (3) parente ou conhecido

104. Toma todos os dias? (0) não (1) sim → Quantas vezes por dia? __ vezes

Remdia1 __
 Remvez1 __

Remed2 __

Rempq2 __
 Remind2 __

Remdia2 __
 Remvez2 __

→ 3ª medicação:

105. Qual é? _____

106. Para tratar o quê? _____

107. Quem indicou?
 (1) Toma por conta própria (4) farmacêutico
 (2) médico (5) outro: _____
 (3) parente ou conhecido

108. Toma todos os dias? (0) não (1) sim → Quantas vezes por dia? __ vezes

Remed3 __

Rempq3 __
 Remind3 __

Remdia3 __
 Remvez3 __

A CRIANÇA TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE, NOTADO COM FACILIDADE PELO ENTREVISTADOR?

109. Surdez (0) não (1) sim, explicar _____
110. Cegueira (0) não (1) sim, explicar _____
111. Paralisia (0) não (1) sim, explicar _____
112. Deformação (0) não (1) sim, explicar _____
113. Outro _____, explicar _____

Surdez __
 Ceguei __
 Parali __
 Deform __
 Outpro __

114. **OBSERVAR COR DA CRIANÇA** (1) branca (2) preta (3) morena (4) outra

Cor __

EXAME ANTROPOMÉTRICO

115. Peso da mãe _____, __ kg

Pesomae _____, __

116. Altura da mãe _____, __ cm

Altmae _____, __

117. Peso da criança _____, __ kg

Pesocri _____, __

118. Altura da criança _____, __ cm

Altcri _____, __

119. A CRIANÇA ESTAVA COM ALGUMA ROUPA, AO SER PESADA?

- (0) não
 (1) sim → DESCRIVER _____

Roupa __

Roupecri __, __

_____ Peso (kg) __, __

120. DESCREVA AS ROUPAS USADAS PELA MÃE QUANDO FOI

PESADA: _____

_____ Peso (kg) __ , __

121. OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE O EXAME ANTROPOMÉTRICO

Roupe mae __ , __

Anexo IV – Manual de Instruções



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESTUDO LONGITUDINAL DAS CRIANÇAS NASCIDAS EM 1993

QUESTIONÁRIO 4 ANOS

INSTRUÇÕES GERAIS

Abaixo, são descritas algumas orientações que deverão ser seguidas durante as entrevistas.

- *Os manuais de instruções contêm as informações mais importantes (e já previstas) para orientar a aplicação dos questionários. Esta orientação é válida também para o manual de técnicas antropométricas, que deverá ser relido periodicamente para relembrar os detalhes e cuidados necessários à tomada das medidas.*
- *Nos manuais de instruções estão reproduzidas as perguntas exatamente como aparecem nos questionários (em **negrito**). Após a pergunta, aparecem, em **itálico**, as instruções que deverão ser seguidas. As instruções escritas em letras maiúsculas, e em **negrito**, servem apenas para orientar a entrevistadora, mas não deverão ser lidas.*
- *Todas as perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, ou seja, **DEVEM SER LIDAS EM VOZ ALTA PARA A MÃE.***
- *Onde constar <Criança> substitua pelo nome da criança. Caso a criança não esteja presente pergunte por ela à mãe.*
- *Quando a mãe não souber responder ou a informação não estiver disponível, complete com 9, 99, 999, etc, os campos de codificação. Se a resposta for "não se aplica" (por exemplo, quando a pergunta for pulada conforme instrução do questionário), preencher com 8, 88, 888, etc.*
- *Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** (código 9), deve-se tentar obter uma resposta, mesmo que aproximada e, se esta for vaga, anotar por extenso e discutir com o supervisor.*
- *Quando em dúvida sobre a resposta (ou a informação parecer pouco confiável), tente esclarecê-la com a mãe. Se persistir a dúvida, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.*

- *Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar, também as margens da folha.*
- *Explicar à mãe, se necessário, que todas as informações prestadas serão mantidas em absoluto sigilo.*
- *Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto as respostas na coluna da direita. A codificação também não deve ser feita durante a entrevista, mas no fim de cada dia de trabalho.*
- *Preencher a lápis o questionário.*
- *Os números devem ser escritos de maneira **LEGÍVEL, E NÃO DEVEM DEIXAR DÚVIDAS**. Por exemplo: 3 e 8; 1 e 7 e 4 Não esquecer de preencher todos os espaços, mesmo quando o valor for **ZERO**. Exemplo: 159,0 cm. Registrar a última unidade completa. Leia também as instruções do manual de técnicas do exame antropométrico.*

Não esqueça de que o digitador vai estar preocupado apenas com a digitação. Ele não poderá parar seu trabalho para tirar dúvidas sobre os números que estão escritos na coluna de codificação, pois isto atrasaria seu trabalho. Por outro lado, não podemos aceitar que, depois de tanto esforço, em treinamento e padronização para a tomada de medidas e a aplicação dos questionários, estejamos introduzindo erros no trabalho, por absoluta falta de atenção e/ou de cuidado. Pense nisso!!!

Apresentação do entrevistador ao informante

- *Porte, SEMPRE seu crachá. Em caso de perda ou extravio, comunique, à supervisora que providenciará um novo. Apresente-se como sendo da Faculdade de Medicina. Pergunte se a mãe mora ali e está em casa. Diga que gostaria de falar com ela. Caso a mãe não esteja, pergunte aos parente 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. Se necessário, mostre a carta de apresentação.*
- *Caso não encontre a criança no endereço principal, use as indicações das páginas de rosto do questionário para localizá-la. Depois de esgotadas essas tentativas, comunique à supervisora, que tentará nova busca.*
- *Recusas: Muitas recusas são temporárias, isto é, o entrevistador chegou em 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 a outra entrevistadora, que talvez tenha mais sorte que você.*

- *Nos casos em que a entrevista foi feita com um responsável pela criança que não a mãe, ou seja, com um “substituto”, quando voltar para pesar e medir a mãe, faça à mãe somente as perguntas que o “substituto” não soube responder .*
- *Mantenha, para seu controle, um “diário de trabalho de campo”, anotando quais crianças visitou, se foram ou não realizadas as entrevistas. Caso não o tenham sido, anote o motivo em seu plano torne a visitá-la (voltar no emprego de pai ou no endereço secundário). Não confie na memória. São muitas crianças e confusões só atrapalharão seu próprio trabalho.*
- *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 mais dúvidas quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas – aquelas que devem ser respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista, porque geralmente resulta em erro. Faça-o no momento da codificação. Não anote nada além dos códigos na coluna da direita. Reserve este espaço somente para a codificação. Use números LEGÍVEIS, bem desenhados.*

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

Ao receber o questionário, verifique se a folha de rosto está suficientemente preenchida, para que você possa localizar a criança. Verifique, também, a data de nascimento, que servirá para você saber quais crianças deve visitar primeiro. Trace seu itinerário de visitas no início do dia, a partir dos endereços da folha de rosto do questionário. Ao chegar ao endereço, certifique-se do nome da mãe e da criança. Corrija-os, se necessário.

O tipo de entrevista, já virá preenchida e codificada.

1. Número do questionário _____

PERG. 1 .NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: Não preencha e não codifique. Cada entrevistadora receberá um código.

2. Nome da mãe _____

PERG. 2 .É aqui que mora a mãe.....? Destina-se a anotações do número de visitas necessárias para localizar cada mãe e criança. Comunique à coordenação caso ocorram problemas com a localização. Excepcionalmente usaremos o código 0 nas tentativas que não se aplicarem.

APRESENTAÇÃO: Logo após a PERG. 2 , apresenta-se de forma clara e breve, pedindo à mãe autorização para fazer as perguntas.

3. Endereço completo _____

3.1. Ponto de referência _____

3.2. Telefone _____

3.3. Telefone para contato _____

3.4. Outra forma de contato _____

3.5. Endereço de outro parente _____

PERG. 3 .Gostaríamos de saber da senhora o seu endereço completo, porque pretendemos visitá-la, quando sua criança estiver maior.

4. Nome da criança _____

PERG. 4 .Preencha com o nome da criança. Daí para frente, onde constar <criança> substituir pelo nome.

Onde constar <criança> substituir pelo nome

5. Quantos filhos a senhora teve depois de <criança> nascer? Todos nasceram vivos?

__ nascidos vivos
__ nascidos mortos

PERG. 5 .Não incluir a criança que está sendo examinada. Anotar o número de filhos que nasceram depois da criança, número de nascidos vivos e número de nascidos mortos.

6. Qual a data de nascimento do(s) irmão(s) que nasceu(ram) depois de <criança>?

___/___/___
___/___/___
___/___/___
___/___/___

PERG. 6. Anotar a data de nascimento completa de todas as crianças que nasceram depois de <criança>.

7. Quais são as pessoas que moram na casa?

Pai biológico (1) sim (0) não (3) falecido
Pai adotivo (1) sim (0) não
Mãe biológica (1) sim (0) não (3) falecida
Mãe adotiva (1) sim (0) não

Irmãos menores que <criança> ___

Outros irmãos ___

Outras pessoas ___

(NÃO INCLUIR A CRIANÇA QUE ESTÁ SENDO EXAMINADA)

PERG. 7. Considere "moradores" todos aqueles que dormem sob o mesmo teto E-OU fizeram refeições regularmente juntos na casa da criança no último mês (casa da criança é aquela casa onde ela dorme, mesmo que durante o dia fique em outra casa, como por exemplo casa dos avós).

CONDIÇÕES DE MORADIA

8. Tipo de casa (OBSERVAR)

(1) tijolo (2) madeira (3) mista (4) papelão, lata (5)outro: _____

PERG. 8. Tipo de construção. Tente OBSERVAR o tipo de material de construção. Caso a mãe esteja na casa de outra pessoa, pergunte qual o tipo de construção de sua própria casa.

Agora vamos conversar sobre sua casa. Mesmo que seja a mesma em que vocês moravam quando <criança> tinha 1 ano, gostaria de repetir estas perguntas.

9. Quantas peças tem na casa? ___ peças

10. E quantas são usadas para dormir? ___

PERG. 9.10. Anotar o número regular de peças e quantas são usadas para dormir. Anote o número de peças usadas para dormir regularmente (no último mês).

11. Quantas pessoas dormem no quarto junto com a criança? _____

PERG 11. Anotar o número de pessoas que dormem regularmente na mesma peça que a criança. Excluir a própria criança.

12. Onde <criança> dorme durante a noite?

(1) Quarto próprio, cama própria (5) outro quarto, cama própria
(2) Quarto dos pais, cama dos pais (6) outro quarto, cama dos irmãos
(3) Quarto dos pais, cama própria (7) outro: _____
(4) Quarto dos pais, cama dos irmãos

PERG 12. Marcar onde a criança dorme à noite, a maior parte das vezes.

13. No quarto onde <criança> dorme:

Tem travesseiro de penas? (1) sim (0) não
Tem carpete ou tapete cobrindo o chão? (1) sim (0) não
Tem cortinas? (1) sim (0) não
Tem bichos de lã ou pelúcia? (1) sim (0) não

Tem cachorro ou gato em casa? (1) sim (0) não

PERG 13. Marcar "sim" ou "não" de acordo com a resposta da mãe. Marcar se tem cachorro ou gato em casa, não importando se fica dentro ou fora dela.

14. A Sra. fuma?

(0) não (1) sim (2) ex-fumante (9)IGN

SE NÃO, PULAR PARA A QUESTÃO 15.

PERG 14. Interessa saber se a mãe fuma. Considerar ex-fumante aquela que parou de fumar há pelo menos 30 dias.

15. CASO AFIRMATIVO:

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

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

PERG 15. Caso a resposta seja afirmativa, procurar saber quantos cigarros ela fuma por dia e, destes, tentar precisar quantos fuma dentro de casa

Procurar saber quantos cigarros a mãe fuma por semana. Anote o número de cigarros fumados por dia EM CASA. Cuidado com arredondamentos. Exemplo: a mãe fuma duas carteiras de cigarros por dia, só que no trabalho. Em casa, fuma apenas um cigarro após o jantar. Considere um cigarro. Anote ao lado situações dúbias.

16. Das pessoas que moram aqui, alguém fuma?

(1) sim (0) não (9)IGN

SE NÃO, PULAR PARA A 18.

17. CASO AFIRMATIVO: Quem fuma? Quantos cigarros dentro de casa?

Quem fuma?	Quantos cigarros/dia
1º Marido	___
2º _____	___
3º _____	___
	(8 88=NSA)

PERG 17. Se a resposta for afirmativa, saber quantas e quais são as pessoas fumantes na casa. Anotar quem fuma e quantos cigarros fuma por dia, dentro de casa. Desconsidere visitas eventuais.

18. Tem água encanada?

(0) não
(1) sim, dentro de casa
(2) sim, no pátio

PERG. 18. Observe, e se não for possível, pergunte. Lembre-se que torneira dentro de casa não quer dizer que funcione.

19. Como é a privada da casa?

(1) Sanitário com descarga (3) Casinha
(2) Sanitário sem descarga (4) Não tem

PERG. 19. Observe a instrução da 18.

20. Na sua casa tem: (CASO AFIRMATIVO): Está funcionando?

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|---------|
| ■ Rádio | (1) sim, quantos? ___ | (0) não |
| ■ Geladeira | (1) sim | (0) não |
| ■ Carro | (1) sim, quantos? ___ | (0) não |
| ■ Aspirador de pó | (1) sim | (0) não |
| ■ Máquina de lavar roupa | (1) sim | (0) não |
| ■ Vídeo cassete | (1) sim | (0) não |
| ■ TV a cores | (1) sim, quantos? ___ | (0) não |
| ■ Banheiro | (1) sim, quantos? ___ | (0) não |
| ■ Empregada dom./mês | (1) sim, quantos? ___ | (0) não |

PERG. 20. Liste os aparelhos, enfatizando se funcionam ou não. Caso esteja óbvio a presença de algum dos aparelhos funcionando, não é necessário fazer a (s) pergunta (s).

21. Onde a senhora guarda os remédios? (OBSERVAR)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| (1) em um armário sem chave | (5) em gaveta com chave |
| (2) no roupeiro | (6) outros: _____ |
| (3) em gaveta sem chave | (8) NSA |
| (4) em armário com chave ou alto | (9) IGN |

PERG. 21. Saber onde exatamente a mãe guarda os remédios. Pedir para a mãe mostrar onde guarda.(observar) Caso necessário escreva detalhadamente o local no espaço apropriado.

22. Onde a senhora guarda os materiais de limpeza de sua casa? (OBSERVAR)

- (1) na cozinha ,em armário baixo ou sem chave ou à vista
- (2) na área de serviço, em armário baixo ou sem chave ou à vista
- (3) em armário fechado, fora do alcance das crianças
- (4) em local alto
- (5) outro: _____
- (8) NSA
- (9) IGN

PERG. 22. Saber onde a mãe guarda os materiais de limpeza, visando a saber se os mesmos encontram-se ao alcance da criança. Pedir para a mãe mostrar onde ela guarda.(observar) Caso necessário escreva detalhadamente onde a mãe guarda.

23. Onde <criança>costuma sentar no carro?

- | | | |
|--------------|--------------|-------------|
| → Banco | (0)dianteiro | (1)traseiro |
| → Colo | (0)não | (1)sim |
| → Cadeirinha | (0)não | (1)sim |
| → Cinto | (0)não | (1)sim |
| → Outro | _____ | |

PERG. 23. Saber onde a criança costuma ficar no carro, na maior parte das vezes e se usa ou não o cinto de segurança. Se existir uma outra forma em que a criança é transportada, escreva detalhadamente.

24. A família tem motocicleta?

- (1)sim (0) não -passe para a perg.26

PERG. 24. Saber se a família possui moto. Em caso afirmativa, faça as PERG. 25. e PERG. 26. , do contrário PULE PARA a PERG. 27. .

PERG. 25. *Saber se a criança anda na moto .*

26. <Criança>usa capacete, quando anda de motocicleta?

(1) sim (0) não (8) NSA (9) IGN

PERG. 26. *Saber se a criança usa capacete quando anda de moto.*

Gostaria de saber se você e o pai de <criança> estudaram e onde trabalharam depois que <criança> fez 1 ano.

27. **Você estudou na escola, depois da última visita que fizemos (quando <criança> tinha 1 ano)?**

(0) não (1) sim. Até que série completou? __ série __ grau

PERG. 27. *Em caso afirmativo, anotar a última série concluída na escola após a última visita. Ex. 1: se a mãe cursou a metade da 4ª série do 1º grau, anotar 3ª série. Ex. 2: se não chegou a terminar a 1ª série do 1º grau responder com 0 (zero) série, 0 grau. Ex. 3: se a mãe está no 5º semestre de um curso superior, registrar como 2ª série do 3º grau. Interessa-nos saber o número de anos completos de escolaridade. A codificação deve ser feita da seguinte forma: no ex. 1: sermae 3 1.*

28. **E o pai de <criança>?**

(0) não (1) sim. Até que série completou? __ série __ grau

PERG. 28. *Ver instruções da PERG. 27. .*

29. **Você trabalhou fora de casa nos últimos doze meses (desde <mês> do ano passado)?**

(0) não (3) estudante
(1) sim (4) outro: _____
(2) sim em casa, para fora

PERG. 29. *Aqui importa se a mãe trabalhou ou trabalha fora, em casa para fora (ex.: costureira, lavanderia) ou se mora no emprego e está trabalhando (ex.: caseira). Não importa a situação legal – com ou sem carteira assinada, ou a forma de remuneração (cuida a casa e em troca mora nela, por exemplo). Caso tenha voltado a trabalhar e parado, considere SIM. Se a mãe está empregada mas em licença gestante, considere NÃO.*

OBS.: Se trabalhou, fazer as perguntas números PERG 30, PERG. 31. , PERG. 32. e PERG. 33. caso contrário pule para a questão seguinte).

SE TRABALHOU:

30. Quantos meses por ano trabalhou fora? ___ meses
31. Quantos dias por semana trabalhou fora? ___ dias
32. Quantas horas por dia trabalhou fora? ___ horas
33. Qual o tipo de trabalho? _____

PERG. 30. Considerar quantos meses por ano a mãe fica fora de casa, se mora no emprego, quantos meses por ano dedica-se ao trabalho.

PERG. 31. Considerar quantos dias por semana a mãe fica fora de casa ou, se mora no emprego, quantos dias por semana dedica-se ao trabalho.

PERG. 32. Considerar quantas horas por dia a mãe fica fora de casa ou, se mora no emprego, quantas horas por dia dedica-se ao trabalho.

PERG. 33. Anotar o mais detalhadamente possível o tipo de trabalho da mãe. Interessa saber o trabalho feito por ela após o primeiro ano de vida da criança e não o que ela fazia antes.

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda atual da família

34. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

Pessoa 1: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

Pessoa 2: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

Pessoa 3: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

Pessoa 4: R\$ _____, ___ por mês _____, ___ sal. mín.

PERG. 34. **IMPORTANTE:** Considerar apenas a renda do mês anterior. Por exemplo, para entrevistas realizadas em 15 de outubro, considerar a renda do mês de setembro. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. O mesmo se aplica para o caso inverso, isto é, se uma pessoa está atualmente desempregada, mas trabalhou no mês que passou e ainda recebeu salário, incluí-lo no orçamento familiar. Se estiver desempregado há mais de 1 mês, considerar a renda do trabalho ou biscate atual.

Quando a mulher não souber informar a renda de outros membros da família, tentar aproximar ao máximo, aceitando a resposta "IGN" somente em último caso. Quando isto ocorrer, anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda ignorada, para que se possa tentar estimar seu salário posteriormente.

Para pessoas que sacam regularmente de poupança, FGTS, etc., incluir esta renda (o saque mensal). Não incluir rendimentos ocasionais, como por exemplo, o 13º salário ou o recebimento de indenização por demissão.

Para empregados, considerar a renda bruta (sem excluir os descontos). Se proprietário de algum estabelecimento, considerar a renda líquida.

Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas, especificando o número de meses em que exerce cada trabalho.

Se mais de quatro pessoas tiverem renda no último mês, anotar na margem do questionário e, por ocasião da codificação, somar a renda, Quarta e Quinta pessoa, e anotar na renda da Quarta pessoa.

No caso de a mãe ser empregada e estar gozando licença gestante, a renda é aquela recebida pela mãe durante a licença gestante.

35. A família tem outra fonte de renda?

RS _____, _____ por mês _____, _____ salários mínimos

RS _____, _____ por mês _____, _____ salários mínimos

PERG. 35. Aluguel, pensão e ajuda recebida em dinheiro, de outra pessoa, devem ser considerados como outra renda.

36. Agora gostaria de saber como <criança> foi cuidada durante o dia, desde que nasceu. Vamos começar desde que a Sra. voltou com <criança> para casa, depois do parto. Quem tomava conta? Em que lugar? Era o dia todo ou só parte do dia? Era remunerado? Havia outras crianças junto?

IDADE	PES	LOC	REG	\$\$	CRI
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					
a ___ m até a ___ m					

CÓDIGO	CÓDIGO
Pessoa que tomava conta da criança (PES):	Regime de tempo (REG):
1 = pai ou mãe ou responsável	1 = integral
2 = irmão/irmã maior de 15 anos	2 = parcial
3 = irmão/irmã menor de 15 anos	9 = não sabe
4 = parente adulto	
5 = outro parente menor de idade	Remuneração do cuidado (\$\$):
6 = adulto não parente	0 = não remunerado
9 = não sabe	1 = remunerado
	9 = não sabe
Local onde a criança era cuidada (LOC):	Presença de crianças menores de 5 anos (CRI):
1 = na própria casa/residência	0 = não
2 = em outra residência (que não a sua)	1 = sim, da família que mora onde <criança> era cuidada
3 = creche pública/filantrópica	2 = sim, mas de outras famílias
4 = creche particular	9 = não sabe
5 = abrigo/outros	
9 = não sabe	

PERG. 36. A pergunta requer muito cuidado no preenchimento da resposta. Tenha muita calma, não confunda as colunas e consulte cada código para enquadrar as respostas fornecidas nas categorias que aparecem abaixo, na tabela.

Ajude o(a) entrevistado(a) a rastrear todo o tipo de cuidado que a criança teve desde o dia em que nasceu. Importante: não inclua o cuidado atual.

No caso de, no mesmo período de tempo, a criança ter recebido dois tipos de cuidados, vamos dar prioridade para:

1. Cuidado em creche.
2. Cuidado fora de casa, em outra residência, de parente ou não.
3. Cuidado em casa.

Por exemplo, se dos seis aos doze meses, a criança ficava de manhã com a mãe e à tarde ia para a creche, vamos registrar as características do cuidado em tempo parcial na creche e não registraremos o cuidado que ela recebeu da mãe.

Ou, ainda: se a criança dos quatro meses a um ano, ficava na casa de uma vizinha pela manhã e com mãe à tarde, vamos registrar o cuidado que ela recebeu na casa da vizinha e não registraremos o cuidado que ela recebeu da mãe.

Pessoa que tomava conta da criança (PES) – Quem tomava conta?

Local onde a criança era cuidada (LOC) – Em que lugar?

Em caso de hospitalização, utilize o código (0)zero.

Regime de tempo (REG) – Era o dia todo ou só parte do dia?

Considere 1 (integral) apenas no caso de a criança passar manhã e tarde no local e também na eventualidade da criança ter morado longe do responsável, neste local, durante este período de tempo.

Remuneração do cuidado (§§) – Era pago?

Considere “remunerado” (1), caso a mãe ou responsável pela criança tenha pago pelo serviço. Se a mãe tiver fornecido gêneros alimentícios para que a criança seja cuidada na casa de outra pessoa, caracterize o cuidado como “não remunerado” (0).

Presença de crianças menores de cinco anos (CRI) – Havia outras crianças menores de cinco anos sendo cuidadas junto?

Considere 1, caso houvesse crianças de menos de cinco anos da mesma família que morava no local onde ficava a criança. Considere 2, caso houvesse crianças de menos de cinco anos, mas de famílias diferentes. Iremos priorizar sempre crianças de outras famílias.

IMPORTANTE: Ao listar o último tipo de cuidado, passe uma linha correspondente ao próximo espaço e deixe os demais espaços em branco.

37. Atualmente, a <criança> é cuidada fora de casa?

(0) não (1) sim (9) não sabe

PERG. 37. Considere sim, se a criança for cuidada fora de casa, pelo menos quatro horas por semana. Se não, pule para a pergunta 42.

SE SIM:

38. Quanto paga pelo cuidado?

R\$ _____,____ (0) não paga nada (888,88) NSA (999,99) IGN

PERG. 38. Anotar o valor pago em Reais, caso a mãe ou responsável pela criança tenha pago pelo serviço. Se a mãe tiver fornecido gêneros alimentícios para que a criança seja cuidada na casa de outra pessoa, assinale (0) não paga nada.

39. Quantas crianças, além da sua, participam do grupo ou classe em que <criança> é cuidada?

Número de crianças: ____ (00) criança sozinha (88) NSA (99) IGN

PERG. 39. Anote o número de crianças, além da <criança>. Se não houver mais crianças, marque (00).

40. Quantas horas por semana <criança> é cuidada fora de casa?

Horas por semana: ____ (88) NSA (99) IGN

PERG. 40. Caso a mãe não saiba precisar o número de horas, peça para que ela responda o mais aproximado possível. Se a mãe responder o número de horas por dia, pergunte quantas vezes por semana e faça o cálculo para preencher a pergunta. Em caso de dúvida, anote detalhadamente.

41. Em que período <criança> é cuidada fora de casa?
(1) manhã (2) tarde (3) integral (8) NSA (9) IGN

PERG. 41. Anote o período em que a criança é cuidada fora de casa, na maior parte das vezes.

Agora gostaria de conversar sobre a alimentação de <criança>

42. Por quanto tempo <criança> mamou no seio?
___ meses ___ dias

Registrar o número de meses e, se possível, o número de dias que a criança recebeu leite materno, mesmo que em apenas uma vez por dia. Não aceitar arredondamentos. Se nunca mamou, registrar 00 meses e 00 dias. Caso a criança tenha sido desmamada antes dos doze meses de idade, registrar a informação da mãe, para confirmar com os questionários anteriores. Se a criança ainda mama registrar 88 meses 88 dias.

→ SE AINDA MAMA

43. Quantas vezes mama durante o dia? ___ E à noite ___ ?

PERG 43. Caso a criança ainda esteja recebendo leite materno, deve ser feita a pergunta 48. Pretende-se saber quantas vezes a criança recebe leite materno durante um dia inteiro. Peça para a mãe contar o número de mamadas durante o dia e a noite.

→ SE MAMOU NO SEIO POR MAIS DE 12 MESES

44. Por que deixou de mamar?

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| (1) secou o leite | (7) criança não ganhava peso |
| (2) pouco leite | (8) doença da criança |
| (3) leite fraco | (9) doença da mãe |
| (4) criança não quis mais | (10) uso de anticoncepcional |
| (5) outra gravidez | (11) criança já era grande |
| (6) trabalho da mãe | (12) outro _____ |

PERG 44. Esta pergunta aplica-se somente a crianças amamentadas por mais de 12 meses e já pararam de mamar. É de fundamental importância saber quais foram os motivos que levaram a mãe a interromper o aleitamento. Faça a pergunta à mãe e deixe que ela conte sua história livremente, sem interrupções. Caso a mãe dê uma resposta sucinta, estimule-a a falar mais, repetindo sua resposta em forma de pergunta.

Exemplo 1: Mãe : “parou de mamar porque eu não tinha leite”; Entrevistadora: “Por que a Sra. não tinha leite?”; Mãe: “não tinha leite porque ele não pegava o peito”; Entrevistadora: “E por que ele não pegava o peito?”; Mãe “Não pegava o peito porque meu leite era fraco”; Entrevistadora: “E porque acha que seu leite era fraco?”... e assim sucessivamente até esgotar as respostas.

É importante que a entrevistadora não induza a resposta para a mãe, como no próximo exemplo (que não deve ser feito).

Exemplo 2 : Mãe : “< CRIANÇA> parou de mamar porque meu leite era fraco”; Entrevistadora: “ Sra. acha que seu leite era fraco porque ele chorava muito?”. Neste exemplo a tendência da mãe poderá ser de concordar com a entrevistadora, o que pode levar a falsos resultados.

Quando a mãe terminar de contar sua história, escreva-a detalhadamente, COM AS PALAVRAS DA MÃE. Não codifique esta questão.

45. Você pode dizer quais as refeições que <criança> faz durante o dia?

- Café da manhã (0) não (1) sim
- Lanche pela manhã (0) não (1) sim
- Almoço (0) não (1) sim
- Café da tarde (0) não (1) sim
- Jantar (0) não (1) sim
- Antes de dormir (0) não (1) sim
- Outra _____ (0) não (1) sim

PERG 45. Esta pergunta pretende saber o número de refeições que a criança costuma fazer durante um dia. Leia para a mãe cada uma das refeições e pergunte se a criança faz ou não. Caso a mãe responda "AS VEZES", pergunte a ela como foi nesta última semana. Se nesta última semana, a refeição tenha sido feita 4 vezes ou mais registre "SIM", se foi feita até 3 vezes na semana, registre "NÃO".

46. <Criança> come alguma coisa durante a madrugada?

- (0) não () sim → Quantas vezes __

PERG 46. Esta pergunta é uma complementação a anterior. Proceda da mesma forma.

47. Como foi o apetite da <criança> nesta última semana?

- (1) tem muita fome
- (2) bom, normal
- (3) pouco apetite, não quer comer
- (4) bom para alguns alimentos, mas não para todos
- (5) pouco apetite, porque estava doente

PERG 47. Deixe a mãe falar sobre o apetite da criança e registre de forma adequada. Em dúvida, anote ao lado, toda a resposta da mãe para depois codificar.

48. Eu vou ler uma lista de alimentos e gostaria de saber se <criança> costuma comê-los?

	Não (00)	Sim, quantas vezes?		
		Dia (1 __)	Semana (2 __)	< 1 x/mês (33)
Chips				
Refrigerante				
Chocolate				
Bala				
Chiclete				
Pirulito				

PERG 48. Deve ser lido cada um dos alimentos que compõem a lista. Se a mãe responder que a criança come o alimento, deve-se perguntar quantas vezes, registrando o número de vezes por dia, por semana ou, ainda marcar com um "X" quando for menos de que uma vez por mês. Na coluna da direita será codificado 00 – nunca come; 33 – menos de uma vez por mês; e, no caso de a mãe responder por dia ou por semana, será codificado com o primeiro dígito correspondendo ao dia (1), ou semana (2) e o segundo dígito correspondendo ao número de vezes que come. Por exemplo come bala 1 vez por dia será codificado 11, come chips 3 vezes por semana, será codificado 23.

49. <Criança> toma mamadeira?

- (0) Não
() Sim → Quantas vezes por dia? __
→ Qual a quantidade de cada vez? _____

PERG 49. Refere-se ao uso da mamadeira durante o dia ou a noite. Perguntar quantas vezes a mãe faz a mamadeira para a criança e anotar a quantidade que a criança costuma tomar em cada uma das vezes em que faz uso da mamadeira.

50. <Criança> chupa bico?

- (0) não
- (1) sim, só para dormir
- (2) sim, durante o dia
- (3) sim, para deitar e depois solta o bico
- (4) sim, durante o dia e a noite
- (5) outro: _____

PERG 50. A resposta será negativa quando a criança nunca tiver chupado o bico ou ter largado este hábito definitivamente. Fazer a pergunta e aguardar a resposta da mãe. Caso a resposta da mãe não se enquadre em nenhuma das alternativas, anotá-la no espaço destinado a outra resposta. Somente ler as alternativas como último recurso. Neste caso, ler todas as alternativas, sem enfatizar nenhuma.

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre asma e chiado no peito.

51. Desde que nasceu, <criança> teve chiado no peito?

- (1) sim
- (0) não
- (9) IGN

SE NÃO, PULAR PARA A 59.

PERG. 50. Marcar (1) sim ou (0) não, se a criança teve alguma vez na vida sibilos ou chiado no peito. Se for NÃO, pule para a 59.

52. Se sim, com que idade teve a primeira crise de chiado no peito?

- (1) antes de 6 meses
- (2) 6 meses a 1 ano
- (3) mais de 1 ano
- (8) NSA
- (9) IGN

PERG. 52. Marcar a idade em que a criança começou a ter sibilos. Se forem anos completos, preencher os espaços de meses com 00, se forem meses, preencher o espaço anos com 0.

53. Nos últimos 12 meses <criança> teve chiado no peito?

- (1) sim
- (0) não
- (9) IGN

SE SIM, PULE PARA A 55.

PERG. 53. Marcar (1) sim ou (0) não se nos últimos 12 meses, a criança teve sibilos ou chiado no peito. Se a resposta for SIM, pular para a pergunta 55.

54. Quando <criança> parou de ter crises de chiado no peito?

- ___ anos ___ meses
- (8) NSA
- (9) IGN

SE RESPODEU A 54, PASSAR PARA A 59

PERG. 54. Preencher com a idade em que a criança parou de ter sibilos ou chiado no peito. Pular para a pergunta 55. Marcar (88) para as que pularam esta pergunta e (9) se a mãe não sabe ou não lembra. Vá para a pergunta 59.

55. Nos últimos 12 meses, quantas crises de chiado no peito <criança> teve?

- ___ (88) NSA
- (99) IGN

PERG. 55. Preencher com o número de vezes que a criança teve crises de chiado no peito no último ano. (88) NSA: marcar para as que pularam para a pergunta 59.

56. Nos últimos 12 meses, criança> teve seu sono perturbado por chiado no peito?

- (0) não
- (1) sim, menos de 1 noite/semana
- (2) sim, 1 ou mais noites/semana
- (8) NSA
- (9) IGN

PERG. 56. Preencher com o número de noites que a criança teve seu sono perturbado por causa de chiado no peito no último ano, de acordo com a resposta da mãe. (88) NSA: marcar para as que pularam para a pergunta 59.

57. Nos últimos 12 meses, o chiado foi tão forte que <criança> não conseguia dizer mais de duas palavras entre cada respiração?

- (1) sim
- (0) não
- (8) NSA
- (9) IGN

PERG. 57. Marcar (1) sim ou (0) não de acordo com a resposta da mãe. (88) NSA: marcar para as que pularam para a pergunta 59.

58. Nos últimos 12 meses, <criança> teve chiado no peito depois de correr?

- (1) sim
- (0) não
- (8) NSA
- (9) IGN

PERG. 58. Marcar (1) sim ou (0) não se a criança teve chiado após correr. (88) NSA: marcar para as que pularam para a pergunta 59.

59. Nos últimos 12 meses, <criança> teve tosse seca à noite, sem estar gripado?

- (1) sim
- (0) não

PERG. 59. Marcar (1) sim ou (0) não se a criança teve tosse seca durante a noite, sem estar gripado ou com infecção respiratória.

60. Alguma vez o médico disse que <criança> tinha asma ou bronquite?

- (1) sim
- (0) não

PERG. 60. Marcar (1) sim ou (0) não se o diagnóstico de asma foi confirmado por médico.

Se a resposta a esta questão for NÃO, pule para a pergunta número 68 e marque (8) NSA para as próximas perguntas.

61. <criança> internou-se por causa de chiado no peito ou tosse seca ou asma?

- (1) sim
 - (0) não
 - (9) IGN
- Se sim, quantas vezes? ___ (88) NSA (99) IGN

PERG. 61. Marcar a alternativa de acordo com a resposta da mãe. Se for sim, colocar o número de vezes que a criança se internou devido à asma, bronquite, tosse seca ou chiado no peito.

As próximas perguntas (62 a 69) só deverão ser feitas para as crianças que têm ou tiveram asma, bronquite ou crises de chiado no peito, ou seja, as que responderam sim para às perguntas 51, 59 e 60.

62. A senhora leva <criança> para fazer consultas de revisão por causa do chiado, quando ela não está em crise?

- (1) sim
- (0) não
- (8) NSA

Se não, pule para a pergunta 64.

PERG. 62. Marcar se a mãe leva a criança para consulta de rotina para asma, mesmo quando a criança não está em crise. Se não, pule para a 64.

63. Em caso afirmativo, aonde leva ou levava <criança> para consultas de rotina?

- (1) Posto de Saúde
- (2) Médico particular
- (3) Pronto Socorro
- (4) Ambulatório de hospital ou Faculdade
- (5) Outro: _____
- (8) NSA

PERG. 63. Marcar de acordo com a resposta da mãe. Se for outro, preencher o espaço com o nome do lugar onde a mãe leva a criança para consultar.

64. O que a senhora faz ou fazia quando <criança> começa(va) a chiar o peito?

- (1) já começa a medicar em casa
- (2) não medica, espera melhorar sozinha
- (3) leva para consultar
- (4) outra: _____
- (8) NSA

Se leva para consultar, onde _____ (88) NSA

PERG. 64. Marcar a alternativa de acordo com a resposta. Se for outra resposta, preencher o espaço *outra*, detalhadamente. Se leva para consultar, preencher o espaço com o nome do lugar onde ela leva para consultar.

65. Nos últimos 12 meses <criança> foi ao médico ou Pronto Socorro devido ao chiado?

(00) não (88) NSA

Sim, médico ___ vezes

Sim, Pronto Socorro ___ vezes

PERG. 65. Preencher com o número de vezes que a criança consultou o médico ou foi ao pronto socorro. Se não, preencher com 00.

66. <Criança> já usou algum medicamento ou vacina para tratar asma, bronquite ou chiado no peito nos últimos 12 meses?

- (1) sim
- (0) não
- (8) NSA
- (9) IGN

PERG. 66. Marcar se a criança já usou algum medicamento e/ou vacina para chiado. Se não, pular para a 68 e marcar (8) NSA na questão 67.

67. Em caso afirmativo, qual(is) o(s) medicamento(s) ou vacina (s)? _____

(88) NSA (99) IGN

PERG. 67. Preencher com o nome de todos os medicamentos/vacina, de acordo com a resposta da mãe ou alguma receita que ela tenha.

68. No momento, <criança> está usando algum medicamento ou vacina para tratar a asma?

- (1) sim
- (0) não
- (8) NSA

PERG. 68. Marcar (1) sim ou (0) não. Se não, pular para a 70 e marcar (88)NSA na 69.

69. Caso afirmativo, qual(is) o(s) medicamento(s) ou vacina? _____

(88) NSA (99) IGN

PERG. 69. Preencher com o nome de todos os medicamentos/vacinas, de acordo com a resposta da mãe ou alguma receita que ela tenha.

70. <Criança> tem ou já teve crises de espirros ou nariz correndo, quando não estava gripado ou resfriado?

- (1) sim
- (0) não
- (9) IGN

PERG. 70. Marcar se a criança teve espirros ou nariz correndo no último ano, sem estar resfriada ou gripada.

71. Alguma vez na vida <criança> teve manchas com coceira nas dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, nos tornozelos, abaixo das nádegas ou no pescoço, orelhas ou olhos, que apareciam e desapareciam durando vários meses?

(1) sim (0) não (9) IGN

72. Na família, alguém tem ou teve asma ou chiado no peito alguma vez na vida?

(0) não
(1) sim, mãe da criança
(2) sim, pai da criança
(3) sim, irmãos
(4) sim, tios ou avós

73. Na família, alguém tem ou teve qualquer alergia alguma vez na vida?

(0) não
(1) sim, mãe da criança
(2) sim, pai da criança
(3) sim, irmãos
(4) sim, tios ou avós

PERG. 71. 72. 73. Marcar a alternativa de acordo com a resposta da mãe.

Agora nós vamos conversar sobre acidentes de seu filho

74. Para a senhora, que é acidente? _____

PERG. 77. Perguntar à mãe o que é para ela um acidente. Tentar definir quais os traumas que ela considera um acidente. Dar exemplos.

PERG. 75. Este quadro refere-se aos acidentes ocorridos no último mês. Ao iniciar estas perguntas dizer que estas perguntas referem-se aos acidentes ocorridos no último mês, desde <setembro deste ano>, por exemplo. Enumerar três acidentes, se houver.

A primeira pergunta refere-se à forma como aconteceu o acidente. Que tipo de acidente ocasionou o machucado? Você deve escrever detalhadamente e após, codificar, conforme abaixo:

- | | |
|--|--|
| 01- queda | 08- explosão |
| 02- golpe por objeto/pessoa/animal | 09- corpo estranho |
| 03- queimadura por líquido quente | 10- corte |
| 04- queimadura por fogo ou objeto quente | 11- afogamento/submersão |
| 05- asfixia/sufocação/estrangulamento | 12- acidente de trânsito |
| 06- choque elétrico | 13- ingestão de medicamentos ou produtos tóxicos |
| 07- mordedura | |
| 88- não se aplica | 99- IGN |

Qual o tipo de machucado? Escrever conforme a mãe informa e codificar como abaixo.

01. **fratura**- presença de algum osso "quebrado".
02. **luxação**- deslocamento permanente de uma parte do corpo, especialmente das superfícies articulares.
03. **queimadura**- lesão provocada nos tecidos, pelo calor, em suas diversas formas (fogo, líquidos quentes, queimaduras químicas).
04. **choque elétrico**
05. **corte/ferida incisa**
06. **laceração**-tecido rasgado, arranhadura
07. **envenenamento ou intoxicação**
08. **amputação traumática**- perda de um membro ou outra parte do corpo, devido trauma;
09. **contusão**- batida em alguma parte do corpo
10. **hematoma, equimose**- roxões ou sangramentos internos (tais como hematoma cerebral)
11. **outro**-escrever qual.
88. **NSA**(não se aplica)
99. **IGN**

Que parte do corpo a criança machucou? Escrever e, após, codificar como abaixo:

- | | |
|-------------|---|
| 01. crânio | 10. coluna vertebral e costas |
| 02. rosto | 11. braço e/ou antebraço e/ou mãos e/ou dedos |
| 03. olhos | 12. sistêmico/interno |
| 04. nariz | 13. genitais |
| 05. boca | 14. abdômen |
| 06. dentes | 15. politraumatizado |
| 07. língua | 16. orelhas |
| 08. pescoço | 17. outros |
| 09. tórax | 18. coxa e/ou pernas e/ou dedos. |
| 88. NSA | 99. IGN |

Saber exatamente quais as partes do corpo atingidas pelo trauma. Codificar os números correspondentes. Será considerado politraumatizado quando tiver mais do que um local acometido, com exceção de 11 e 18.

Qual o horário do acidente: Codificar como abaixo:

- | | |
|----------|--------|
| 1. manhã | 8. NSA |
| 2. tarde | 9. IGN |
| 3. noite | |

Em que dia da semana aconteceu o acidente? Codificar como abaixo:

- | | |
|------------------|------------|
| 1. Segunda-feira | 6. Sábado |
| 2. Terça-feira | 7. Domingo |
| 3. Quarta-feira | 8. NSA |
| 4. Quinta-feira | 9.IGN |
| 5. Sexta-feira | |

Quem estava com <CRIANÇA> no momento do acidente? Codificar como abaixo:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 01.mãe | 07.irmão(menor de idade) |
| 02.pai | 08.outra criança |
| 03.babá | 09.parente ou vizinho |
| 04.atendente de creche ou escolinha | 10.outro. Colocar qual |
| 05.avó ou avô | 11.estava sozinha |
| 06.irmão mais velho(maior de 18 anos) | 88.NSA 99.IGN |

Qual o local em que ocorreu o acidente de <CRIANÇA>? Codificar como abaixo:

- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 01.cozinha | 09.piscina |
| 02.banheiro | 10.praia/rio/canal/lago/lagoa/represa |
| 03.sala/copa | 11.acampamento |
| 04.dormitório | 12.praça |
| 05.sacada/terraço | 13.clube |
| 06.escada | 14.casa comercial |
| 07.garagem/portão | 15.rua |
| 08.pátio/jardim | 16.estrada |
| 17.outro. qual? | |
| 88.NSA | 99.IGN |

<CRIANÇA>ficou com algum problema de saúde após o acidente? Esta pergunta diz respeito às conseqüências do acidente para a criança: se ficou com algum problema de saúde ou se teve cura total, sem seqüelas. Codificar como abaixo:

sefiac=

00. se a criança não teve seqüelas físicas

01. se a criança teve seqüelas físicas, mas não ficou incapacitado. por exemplo, quando a criança permanecer com cicatrizes extensas de cortes ou queimaduras, mas continua exercendo suas atividades normalmente.

02.cura com seqüela e incapacitado: quando, além da seqüela física, não consegue mais desenvolver suas funções normalmente e sozinho, necessitando de auxílio parcial ou total.

sepsi=

00. se a criança não tem seqüela psicológica.

01. se a criança tem seqüela psicológica

Que foi feito quando <CRIANÇA> sofreu o acidente? Quer se saber a conduta tomada pela família no momento do acidente; se foi ou não prestado algum tipo de socorro, no sentido de melhorar ou aliviar a criança. Se responder nesta pergunta qual o procedimento empregado, por exemplo, levou pontos," perguntar onde foi realizado este procedimento, isto é, que foi feito quando a <CRIANÇA> se acidentou Codificar como abaixo:

- | | |
|--|-------|
| 1.foi levada ao Posto de Saúde ou consultório ou ambulatório | 8.NSA |
| 2.foi levada ao Pronto Socorro | 9.IGN |
| 3.foi atendido em casa | |
| 4.nada foi feito | |
| 5.foi hospitalizada por mais de 24 horas. | |
| 6.outro Qual? | |

Teve algum cuidado médico ou de enfermagem no machucado? Quer se saber se foi feito algum procedimento médico-cirúrgico. codificar como:

1. nada foi feito
2. sutura ou pontos.
3. colocação de gesso
4. colocação de tala
5. curativo
6. cirurgia
8. NSA
9. IGN

PERG. 76. *Este quadro refere-se aos acidentes ocorridos nos últimos 12 meses. Quando for dizer agora nós vamos falar de acidentes no último ano, dizer desde <setembro do ano passado> até setembro deste ano. Excluir os anteriormente citados. Os códigos e as instruções são os mesmos utilizados no quadro da pergunta . Enumerar três acidentes, se houver.*

Agora nós vamos falar do pior acidente que <CRIANÇA> sofreu. Caso a mãe já tenha se referido a este acidente anteriormente, colocar qual o número do acidente correspondente no questionário, e codificar posteriormente.

77. Alguém já lhe falou sobre como prevenir acidentes?
(1) sim (0) não

PERG. 77. *Saber se alguma pessoa já conversou sobre como prevenir acidentes.*

78. Quem lhe falou sobre o assunto? Responda sim ou não.

Médico	(1) sim	(0) não
Professor	(1) sim	(0) não
Polícia	(1) sim	(0) não
Bombeiro	(1) sim	(0) não
Enfermeiro	(1) sim	(0) não
Parentes	(1) sim	(0) não
Meios de comunicação	(1) sim	(0) não
Outro	(1) sim	(0) não

PERG. 78. *Qual destas pessoas já falou sobre acidentes com a mãe da criança.*

Agora gostaria de conversar sobre a saúde de <criança>

79. <criança> já consultou com:?

	sim (1)	não (2)	Motivo
Dentista			
Psicólogo/psiquiatra			
Médico de olhos			
Especialista de ouvido e garganta			
Neurologista			
Cirurgia			

PERG. 79. *Marcar quais dos especialistas a criança já consultou e expor os motivos de acordo com as respostas da mãe.*

80. <Criança> foi levada para consultar com algum médico, Posto de Saúde ou Pronto Socorro, desde <três meses atrás>?

(1) sim (0) não, PULAR PARA 84

PERG. 80. Verificar se a criança já foi consultar a um médico alguma vez, por qualquer motivo, inclusive consulta de puericultura, se não pular para pergunta 84.

SE CONSULTOU:

81. Quantas vezes? ___ vezes (88) NSA

PERG. 81. Caso <criança > já tenha sido levada para consultar alguma vez, anote o número de vezes. Inclua consultas de puericultura, quando este foi o último motivo de consulta. Se consultou em uma vez (mesmo dia e horário) por mais de um motivo, por exemplo, para pesar e medir e por assadura, considere uma só consulta. Consultas pelo mesmo motivo em dias diferentes ou no mesmo dia com profissionais diferentes, considere como consultas diferentes. Se a criança ficou hospitalizada, as visitas médicas dentro do hospital não contam como consultas. Se esteve no pronto socorro por menos de 24 horas, considere uma consulta. Não aceitar respostas como "não sei, foram tantas". Lembrar que mais vale, no caso de ficar em dúvida se foram 3 ou 5 consultas, anotar 4 do que considerar como "não sabe" e marcar 9 (IGN). Caso a criança tenha consultado 7 ou mais vezes note 7, reservando os códigos 8 para NSA e 9 para IGN.

82. Por que motivo(1)?

Diarréia	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Infecção respiratória	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Infecção de pele	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Outro: _____			(8) NSA

83. Por que motivo(2)?

Diarréia	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Infecção respiratória	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Infecção de pele	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Outro: _____			(8) NSA

84. Por que motivo(3)?

Diarréia	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Infecção respiratória	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Infecção de pele	(1) sim	(0) não	(8) NSA
Outro: _____			(8) NSA

PERG. 82. 83. 84. Anote os motivos que levaram à (s) consulta (s). Caso <criança> tenha tido, na mesma consulta, duas ou mais queixa, anote-as na mesma linha. Caso tenha consultado 2 vezes por um mesmo motivo, anote em linhas separadas.

85. <criança> está com diarréia hoje?

(1) sim (0) não (9) IGN

PERG. 85. Quer saber se <criança> ainda teve diarréia nas 24 horas que antecederam a entrevista. Utilizar como critério de diarréia, três ou mais evacuações de consistência amolecida dentro de um período de 24 horas. Sabendo-se que existem vários critérios de diarréia na comunidade, é aconselhável que o entrevistador pergunte à mãe se a criança apresentou três ou mais evacuações líquidas durante o dia. Não deve ser considerada como diarréia, quando a criança apresentar fezes moles e freqüentes devido ao uso de laxantes, e estando com as fezes normais antes de recebê-lo.

86. <criança> teve diarréia nas últimas duas semanas?(desde <dia da semana> de duas semanas atrás)

(1) sim (0) não (9) IGN

PERG. 86. Aplica-se apenas para crianças que tiveram diarréia dentro de duas semanas anteriores à entrevista. Pergunte quando iniciou a diarréia e anote o número de dias decorridos até a data da entrevista. Caso a criança tenha tido mais de um episódio de diarréia na última quinzena, anote o último.

87. <Criança> teve tosse na última semana?
(desde <dia da semana> da semana passada)

(0) não → PULAR PARA 91

(1) sim

(9) IGN

PERG. 87. Especifique o dia da semana PASSADA. Nesta questão interessa saber se <criança > teve tosse mesmo, não considere engasgadas na mamada ou ao tomar água ou chá, mas tosse provocada por algum problema respiratório que a mãe tenha observado acontecer algumas vezes por dia. Se <criança > não tiver tosse, passe para a PERG. 93.

SE TEVE TOSSE			
88. Tinha febre?	(1) sim	(0) não	(8) NSA
89. Estava com a respiração difícil?	(1) sim	(0) não	(8) NSA
90. Estava com o nariz entupido?	(1) sim	(0) não	(8) NSA

PERG. 88. Visa a saber a percepção da mãe sobre a elevação anormal de temperatura em <criança>. Independe da medição com termômetro. Se a mãe responder que o "médico disse que tinha", considere "sim".

PERG. 89. Visa a captar a percepção subjetiva da mãe quanto a alterações do fluxo aéreo da criança (sibilos, estridor, ronco, etc.).

PERG. 90. Visa a captar presença de obstrução nasal, coriza ou secreção purulenta.

91. <Criança> teve dor de ouvido na última semana?

(0) não → PULAR PARA 92

(1) sim

(9) IGN

PERG. 91. Visa saber se a criança apresentou dor de ouvido na última semana. Se não, pular para a pergunta 93.

SE TEVE DOR DE OUVIDO			
92. Saiu pus	(1) sim	(0) não	(8) NSA

PERG. 92. Em caso afirmativo, saber se houve saída de pus do ouvido.

93. <Criança> foi hospitalizada desde que fez 1 ano de idade?

(0) não → PULAR PARA 94

(1) sim

(9) IGN

PERG. 93. Quer-se saber se a criança foi hospitalizada desde a última vez que foi visitada pela equipe de pesquisa quando tinha um ano de idade. Conceito de hospitalização: considere hospitalizada a criança que permaneceu no hospital por mais de 24 horas. Se a criança não foi hospitalizada, passe para PERG. 95.

SE FOI HOSPITALIZADA			
94. Por que motivo(s)?			
Diarréia __ vezes	(88) NSA	(99) IGN	
Pneumonia __ vezes	(88) NSA	(99) IGN	
Outra: _____ - __ vezes	(88) NSA	(99) IGN	

PERG. 94. Anotar quantas vezes a criança foi hospitalizada por diarreia e pneumonia. Caso <criança> tenha sido internada por duas causas concomitantes e uma delas foi diarreia ou pneumonia, NÃO anote neste espaço, mas sim no espaço reservado a "outros". Anote quais as outras causas de hospitalização que não se encaixaram nas duas questões anteriores e as hospitalizações por mais de uma causa. Se resposta for infecção hospitalar, pergunte "qual?" ou "de que tipo?".

95. Tem o Cartão da Criança que recebeu no hospital?

- (0) nunca teve
- (1) sim, visto
- (2) sim, não visto
- (3) tinha, mas perdeu

PERG. 95. Visa saber se <criança> tem o cartão de vacinas pergunte à mãe e peça para ver.

96. Quantas doses de vacina recebeu?

	Fonte de informação	
→ Tríplice (injeção na nádega ou coxa)	Cartão __	Mãe __
→ Sabin (gota na boca)	Cartão __	Mãe __
→ Anti-sarampo (injeção no braço)	Cartão __	Mãe __
→ BCG (ver cicatriz no braço)	Cartão __	Mãe __

PERG. 96. Anote a fonte de informação, dando prioridade ao cartão, ou seja peça a mãe para ver o cartão, se não for possível pergunte a mãe quais as vacinas que <criança> já recebeu e observe a cicatriz da BCG no braço.

97. <criança> recebeu algum remédio nas últimas duas semanas (desde <dia da semana> de duas semanas atrás), inclusive para febre ou vitamina?

- (1) sim (0) não, PULAR PARA 110 (9) IGN

PERG. 97. Quer-se saber se a criança ingeriu qualquer tipo de medicamento (inclusive vitamina, remédio para a febre) nas últimas duas semanas. Localize a mãe no tempo, como na PERG. 86. . Caso <criança> não tenha ingerido nenhum medicamento, passe para 110.

1ª medicação:
 98. Qual é? _____
 99. Para tratar o quê? _____
 100. Quem indicou?
 (1) toma por conta própria (4) farmacêutico
 (2) médico (5) outro: _____
 (3) parente ou conhecido
 101. Toma todos os dias? (0) não (1) sim → Quantas vezes por dia? __ vezes

2ª medicação:
 102. Qual é? _____
 103. Para tratar o quê? _____
 104. Quem indicou?
 (1) toma por conta própria (4) farmacêutico
 (2) médico (5) outro: _____
 (3) parente ou conhecido
 105. Toma todos os dias? (0) não (1) sim → Quantas vezes por dia? __ vezes

3ª medicação:
 106. Qual é? _____
 107. Para tratar o quê? _____
 108. Quem indicou?
 (1) toma por conta própria (4) farmacêutico
 (2) médico (5) outro: _____
 (3) parente ou conhecido
 109. Toma todos os dias? (0) não (1) sim → Quantas vezes por dia? __ vezes

PERG. 98. Aplica-se apenas às mães que utilizaram qualquer tipo de medicamento nas últimas duas semanas. Colheremos informações sobre até três diferentes tipos de medicamentos, na ordem em que forem citados. Peça para ver o medicamento (frasco, caixa, receita), a fim de anotar corretamente o nome do mesmo. Interessa saber por que o medicamento foi empregado, mesmo que possa parecer sem nexos o tipo de remédio para a patologia referida. Exemplo: alguma mãe pode ter dado vitamina para passar a cólica. Quer-se saber quem indicou o uso do remédio NAQUELA DETERMINADA SITUAÇÃO. Exemplo: o médico pode ter receitado soro reidratante oral para outra criança que mora na casa há algum tempo atrás e a mãe ainda tinha um pacotinho guardado. Suponha que a criança esteja com diarreia agora e que a mãe decida por si própria, administrar o soro. QUEM INDICOU = mãe.

PERG. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107 108. 109. Observar as instruções da PERG. 98.

A CRIANÇA TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE, NOTADO COM FACILIDADE PELO ENTREVISTADOR?

110. Surdez (0) não (1) sim, explicar _____
 111. Cegueira (0) não (1) sim, explicar _____
 112. Paralisia (0) não (1) sim, explicar _____
 113. Deformação (0) não (1) sim, explicar _____
 114. Outro _____, explicar _____

PERG 110. 111. 112. 113. 114. NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE E SIM OBSERVAR SE A CRIANÇA POSSUI ALGUM PROBLEMA NOTADO COM FACILIDADE PELO ENTREVISTADOR. Explicar de forma sucinta o problema.

115. Cor da criança (1) branca (2) preta (3) morena (4) outra

PERG. 118. *Interessa saber a cor da criança.*

EXAME ANTROPOMÉTRICO

116. Peso da mãe _____, __ kg

117. Peso da criança _____, __ kg

118. Altura da mãe _____, __ cm

119. Altura da criança _____, __ cm

120. A CRIANÇA ESTAVA COM ALGUMA ROUPA AO SER PESADA?

(0) não

(1) sim

→DESCREVER _____

_____ Peso (kg) __, __

121. DESCREVA AS ROUPAS USADAS PELA MÃE QUANDO FOI PESADA:

_____ Peso (kg) __, __

122. OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE O EXAME ANTROPOMÉTRICO _____

EXAME ANTROPOMÉTRICO (PERGUNTAS 116 A 122)

TÉCNICAS PARA A TOMADA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Todas as medidas serão tomadas durante as visitas domiciliares. Todas as medidas serão registradas até a última unidade completa e não até a unidade mais próxima.

1. PESO

A criança deve estar despida ou vestida com o mínimo de roupas. Na impossibilidade de estar despida, deverá usar roupa de peso conhecido.

1. *Verificar se a balança está zerada.*
2. *A mãe deve subir no centro da plataforma da balança, com o peso do corpo distribuído entre os dois pés. O peso da mãe aparecerá no visor.*
3. *A mãe deve estar vestida com o mínimo de roupa possível e deve ser registrada a roupa que está sendo usada. Por exemplo: bermuda de cotton e camiseta ou vestido de algodão, etc.*
4. *A entrevistadora fará a leitura do peso **em voz alta**, a seguir, **registra-a imediatamente** no questionário, até a última unidade completa.*
5. *A balança deve ser preparada para a pesagem da criança.*
6. *A criança deve ficar em pé no centro da balança, com o peso distribuído entre os dois pés.*

Caso seja necessário, a criança pode ser pesada no colo da mãe.

A balança deve ser zerada após a pesagem da mãe.

Neste caso aparece o desenho de uma mulher com um bebê no colo.

7. *A entrevistadora fará a leitura do peso **em voz alta** e a seguir, **registre-a imediatamente** no questionário, até a última unidade completa.*

2 - ESTATURA

2.1 - ALTURA

Pedir à mãe para retirar sapatos, meias e roupas volumosas. Retirar também touca ou adornos da cabeça.

1. *Colocar a criança sobre a superfície plana de antropômetro, de costas para a parte posterior, onde estão fixadas as fitas métricas, com os pés paralelos e os tornozelos unidos.*
2. *Assegurar que as nádegas, os ombros e a parte posterior da cabeça estejam tocando a parte posterior do antropômetro, estando os braços caídos ao longo do corpo.*
3. *Com a mão sob o queixo da criança, posicionar sua cabeça de forma que a parte exterior da órbita ocular esteja no mesmo plano do orifício do ouvido (Plano de Frankfurt - plano originado pela união dos pontos "orifício do ouvido" e "canto externo do olho", formando um ângulo de 90° com o cursor do aparelho).*
4. *Baixar lentamente a extremidade móvel do aparelho (cursor) até tocar o topo da cabeça em sua parte média, sem empurrar a cabeça para baixo.*
5. ***Em voz alta**, fazer a leitura na altura do cursor, observando ambas as fitas. A seguir, **registre-a imediatamente** no questionário.*

2.2 – ALTURA DA MÃE

1. *A mãe deve estar descalça (ou com meias finas, no máximo) vestindo pouca roupa de forma que a posição do corpo possa ser vista. Deve ficar em pé, em uma superfície plana, formando um ângulo reto com o estadiômetro.*
2. *O peso deve ser distribuído igualmente nos dois pés e a cabeça no plano horizontal de Frankfurt. Os braços devem estar soltos livremente ao lado do corpo, com as palmas das mãos viradas para as coxas. Os calcanhares devem estar juntos e encostados na base vertical do estadiômetro. As costas e as nádegas devem estar em contato com o estadiômetro.*
3. *A mãe deve respirar profundamente e manter-se em posição completamente ereta sem alterar a carga nos calcanhares.*
4. *A parte móvel do estadiômetro é colocada no ponto mais superior da cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, mas sem forçar a mãe a encolher-se.*
5. *A medida é registrada com aproximação de 0,1 cm, lida em voz alta e anotada no momento da coleta.*

Anexo V – Diário de Acidentes

Anexo VI – Carta Explicativa aos Pais

Srs Pais:

Estamos realizando um estudo sobre acidentes na infância. Contamos com sua colaboração para anotar os acidentes de seu filho(a). É muito importante para nós que os registre, neste diário, que estamos lhe entregando, sempre que acontecer um acidente com seu filho(a).

Para nós, acidente é quando a criança se machuca, ou então quando aconteceu algo em que ele ou ela poderia ter-se machucado. Depois que passar um mês, viremos buscar esta folha, que deverá estar devidamente preenchida pelo senhor(a).

Coloque este diário em um local onde não irá se esquecer de anotar. No seu roupeiro, na geladeira, no espelho do banheiro, ou em um outro lugar. Escolha uma hora para preencher, em que o senhor(a) não esteja ocupado e que não o atrapalhe. O importante é que não se esqueça de registrar os acidentes de seu filho(a).

Vamos lhe dar um exemplo, que está na folha que lhe entregamos: Seu filho(a) estava na **cozinha** com o **irmão** no dia **01/01/97** pela **manhã** e virou a chaleira com água quente sobre a perna. Teve então uma queimadura, que não foi grave(**acidente leve**) e que foi **tratada em casa**. Olhe no diário e veja que não é necessário escrever, somente marque com o "X", no espaço adequado.

Muito obrigado por sua colaboração, que é muito importante para o sucesso de nossa pesquisa. Daqui a um mês, (na data indicada na parte de baixo do diário) voltaremos à sua casa, recolheremos o diário e lhe deixaremos uma lembrança, por sua participação neste estudo.

Contamos com sua colaboração.

Se tiver qualquer dúvida entre em contato com Sílvia, pelo telefone 982-1675 ou 712442.