Maria Aparecida Figueiredo Aranha

**Estudo das condições de saúde das crianças de 5 a 9
anos de idade residentes no Distrito Butantã, cidade
de São Paulo, com e sem doença respiratória,
declarada pelos pais ou responsáveis**

Dissertação apresentada Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Pediatria

Orientadora: Profa. Ana Maria de Ulhôa Escobar

**São Paulo
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Aranha, Maria Aparecida Figueiredo

Estudo das condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito Butantã, cidade de São Paulo, com e sem doença respiratória, declarada pelos pais ou responsáveis / Maria Aparecida Figueiredo Aranha. -- São Paulo, 2008.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Pediatria.

Área de concentração: Pediatria.

Orientadora: Ana Maria de Ulhôa Escobar.

Descritores: 1.Nível de saúde 2.Doenças respiratórias 3.Saúde escolar 4.Promoção da saúde

USP/FM/SBD-417/08

Dedicatória

Às minhas irmãs Flávia e Renata, companheiras nas alegrias e tristezas e a Camilla raio de luz na minha vida, dedico este trabalho.

In memoriam, aos meus pais Flávio e Maria de Lourdes, minha avó Ica e ao meu irmão Antonio Carlos, que não mediram esforços para oferecer precioso amor e dedicação, exemplos na minha vida.

“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível”.

São Francisco de Assis

Agradecimentos

À Prof^a. Dra.Sandra Grisi, exemplo de competência.

Ao meu querido amigo, Renato Minoro Yamamoto, pela colaboração e apoio.

À Mariza Yoshikawa pelo sorriso sempre presente e ajuda inestimável.

Aos meus queridos amigos do Centro de Saúde Escola “Samuel B. Pessoa” Viviane Mandarin Terra, Luciana Harumi Miranda Omori, Jaqueline Lanaro Raquel Diaz Degenszajn e José Ricardo de Mello Brandão pela ajuda inestimável nos momentos em que precisei me ausentar e apoio nas horas de dificuldades.

À Vera Freire que me apoiou num momento especial de minha vida.

Às minhas amigas Maria Helena Valente, Filumena Gomes pela solidariedade e apoio.

Aos meus colegas do Hospital Infantil Sabará, Heloisa, Antonio Carlos, Davi, Cibele, Sonia e Anna Júlia, pelo carinho e ajuda.

À Maria do Carmo Romeiro e Leandro Campi Prearo, pela paciência e pela valorosa colaboração na análise estatística.

À minha Professora de inglês Nilze Maria Vitali, pelo estímulo e pelos ensinamentos valorosos.

Às escolas que carinhosamente nos receberam e colaboraram de forma decisiva para a realização deste trabalho.

Aos pais ou responsáveis pelas crianças pela enorme vontade de contribuir.

Gratidão é uma sensação tão agradável. Cresce onde sementinhas são lançadas, floresce sob sol. Quase todos têm motivos para a gratidão, quando pessoas em nossas vidas, têm tempo para partilhar e nos fazer saber por bons atos, que nós estamos em seus pensamentos e que elas se importam. Obrigada, por se importarem comigo, isso ilumina o meu viver.

Agradecimentos Especiais

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Ana Maria de Ulhôa Escobar, compartilhando seus conhecimentos, organização, síntese, sabedorias imprescindíveis para a finalização deste trabalho.

À minha querida amiga, Paulette Cherez Douek, pela dedicação amiga.

“Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar.

A ousadia tem genialidade, poder e magia em si”.

Johan Wolfgang Von Goethe.

Sumário

Lista de abreviaturas

Lista de siglas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Doenças Respiratórias	2
1.2 Vigilância à Saúde.....	12
1.3 Distrito de Saúde Escola do Butantã.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3. MÉTODOS.....	21
3.1 Universo de referência	22
3.2 Tipo de pesquisa e instrumento	27
3.3 Cálculo da Amostra.....	27
3.4 Aplicação das entrevistas.....	30
3.5 Conceitos abordados no <i>Child Health Questionnaire</i> (CHQ)	31
3.6 Caracterização da Doença Respiratória.....	34
3.7 Metodologia de preparação e análise dos dados.....	34
3.7.1 Preparação dos dados para análise	34
3.7.2 Descrição de outros procedimentos estatísticos utilizados para compor a análise dos resultados	40
3.7.3 Formalização da estrutura de apresentação dos resultados.....	47
4. RESULTADOS.....	49
4.1 Caracterização da amostra	50
4.2 Análises dos dados	54

5. DISCUSSÃO	70
5.1 Distrito de Saúde Escola do Butantã e a caracterização da amostra estudada.....	71
5.2 Análise dos dados obtidos: População Geral.....	75
5.3 Análise dos dados obtidos: grupo de estudantes com presença declarada de doenças respiratória e ausência declarada de doença respiratória.....	76
5.4 Análise dos Dados Obtidos: relação da doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis com as seguintes variáveis: instituição de ensino da criança (escola pública ou privada), grau de instrução dos pais ou responsáveis, renda <i>per capita</i> , classe de consumo segundo o critério ABIPEME e etnia referida	78
6. CONCLUSÕES.....	81
7. ANEXOS	83
Anexo 1 – CHQ-PF 50	84
Anexo 2 – Escolas Públicas,Endereços e Número de Alunos	98
Anexo 3 – Escolas Privadas Endereços e Número de Alunos.....	102
Anexo 4 – Escolas Públicas e número de alunos: distribuição absoluta e percentual e número de entrevistas	106
Anexo 5 – Escolas Privadas e número de alunos: distribuição absoluta e percentual e número de entrevistas.....	107
Anexo 6 – Critério ABIPEME	108
8. REFERÊNCIAS	109

Apêndices

Apêndice1- Aprovação pela comissão de Pesquisa e ética da Secretária Municipal de Saúde

Apêndice 2- Aprovação pela Comissão de Pesquisa e Ética do Hospital das Clínicas- FMSP

Lista de Abreviaturas : Dimensões Estudadas

Sigla	Significado
pfalot	Limitação em fazer coisas que demandam muita energia
pfsome	Limitação em fazer coisas que demandam alguma energia
pfneigh	Limitação da capacidade física de andar pela vizinhança
pfwalk1	Limitação da capacidade de andar um quarteirão
pfbend	Limitação para abaixar, levantar ou se inclinar
pfsifcar	Limitação para cuidar de si mesmo: comer, vestir, tomar banho
rpkind	Atividades escolares limitadas em relação ao tipo por problemas físicos
rpamount	Atividades escolares limitadas em relação à quantidade por problemas físicos
ghlshlth	Meu filho parece ser menos saudável que as outras crianças
ghnvrill	Meu filho nunca esteve gravemente doente
ghcatch	Meu filho sempre pega doenças
ghexpect	Espero que meu filho tenha uma vida saudável
ghworry	Preocupo-me com a saúde do meu filho
ghglobal	Percepção global da saúde do filho em relação a um ano atrás
bpglobal	Intensidade de dor ou de desconforto físico nas 4 últimas semanas
bpfreq	Frequência de dor ou de desconforto físico nas 4 últimas semanas
fatype	A saúde ou comportamento do filho limitou o tipo de atividades familiares
fainteru	A saúde ou comportamento do filho interrompeu várias atividades familiares
fapickup	A saúde ou comportamento do filho limitou a agilidade da família
faconflc	A saúde ou comportamento do filho causou tensão ou conflito em casa
fachange	A saúde ou comportamento do filho gerou necessidade de mudança de planos de última hora
rebamnt	Atividades escolares limitadas em relação à quantidade por problemas emocionais
rebkind	Atividades escolares limitadas em relação ao tipo por problemas emocionais
rebperf	Atividades escolares limitadas em relação à realização por problemas emocionais

ptphysi	Limitação dos pais nas 4 últimas semanas devido á saúde física do filho
ptembeh	Limitação dos pais nas 4 últimas semanas devido ao bem estar emocional do filho
pephysi	Impacto nos pais em relação à saúde do filho
peembeh	Impacto nos pais em relação ao bem estar emocional ou comportamental do filho
peatten	Impacto nos pais em relação á capacidade de atenção ou aprendizado do filho
seschool	Auto estima em relação à capacidade acadêmica
seathlet	Auto estima em relação à capacidade esportiva
sefriend	Auto estima em relação às amizades
selooks	Auto estima em relação à aparência
sefamily	Auto estima em relação a relacionamentos familiares
seoveral	Auto estima em relação à sua vida como um todo
mhcry	Quanto tempo sentiu vontade de chorar nas 4 últimas semanas
mhlonely	Quanto tempo se sentiu sozinho nas 4 últimas semanas
mhnerve	Quanto tempo se sentiu nervoso nas 4 últimas semanas
mhupset	Quanto tempo se sentiu aborrecido nas 4 últimas semanas
mhcheer	Quanto tempo se sentiu animado nas 4 últimas semanas
beargue	Discutiu muito nas 4 últimas semanas
beatten	Sentiu dificuldade de prestar atenção nas 4 últimas semanas
belies	Mentiu ou trapaceou nas 4 últimas semanas
besteals	Roubava coisas nas 4 últimas semanas
betemper	Acessos de fúria ou mau temperamento nas 4 últimas semanas
newbegfp	Comportamento geral da criança comparado a outras crianças da mesma idade

Lista de Abreviaturas : Índices Estudados

Sigla	Significado
PF	Função Física
RP	Comportamento Físico-Social
GH	Percepções Sobre a Saúde Geral
BP	Dores
FA	Atividades Familiares
REB	Comportamento Social
PT	Impacto no Tempo dos Pais
PE	Impacto Emocional nos Pais
SE	Auto-Estima
MH	Saúde Mental
BE	Comportamento
FC	Coesão Familiar
PhS	Índice Físico
PsS	Índice Psicossocial

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
ed.	Editores
<i>et al.</i>	e colaboradores
p.	Página
Sig.(2-tailed)	Significância Bicaudal
rev.	Revista
v.	Volume
z	Estatística Z calculada

Lista de Siglas

Sigla	Significado
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
CHQ	<i>Child Health Questionnaire</i>
CHQ-PF50	<i>Child Health Questionnaire Parenteral Form 50</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSE	Distrito de Saúde Escola
DSEB	Distrito de Saúde Escola do Butantã
IDB	Indicadores e Dados Básicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Aranha MAF. *Estudo das condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito Butantã, cidade de São Paulo, com e sem doença respiratória, declarada pelos pais ou responsáveis* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, 2008. 114p.

INTRODUÇÃO: A saúde passou a ser avaliada sob a óptica de qualidade de vida, a partir de 1948, com a definição da Organização Mundial da Saúde, como bem estar físico, mental e social e não mais ausência de doença. A saúde em crianças tem sido definida como um conceito subjetivo e multidimensional que deve incluir a avaliação física, o impacto psicossocial da doença sobre a criança e sua família. Em sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento é grande a importância epidemiológica da doença respiratória. Tal fato decorre do importante impacto exercido sobre seus expressivos índices de morbidade e de mortalidade na população infantil. Faz-se necessário então, pela importância epidemiológica da doença respiratória, a incorporação de novas técnicas e processos para o estudo das condições de saúde da população com e sem problemas respiratórios sob a óptica da percepção dos pais ou responsáveis. Com o objetivo de estudar o impacto das doenças respiratórias nas condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito de Saúde Escola do Butantã foi utilizado, no presente estudo, o instrumento *Child Health Questionnaire* versão destinada aos pais (CHQ-PF-50), validado no mundo e no Brasil. Avaliou-se também a relação da declaração de doença respiratória segundo a instituição de ensino, instrução dos pais, faixa de renda e etnia.

MÉTODOS: Avaliaram-se as condições de saúde de 959 crianças na faixa etária de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito do Butantã, na Cidade de São Paulo, com e sem doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis. No período de março a julho de 2004. A pesquisa foi do tipo descritivo, com enfoque retrospectivo através da análise de dados disponibilizado junto a um banco de dados. Para tanto foi utilizado o método de levantamento de informações junto aos elementos amostrais, por meio de instrumento de coleta de dados estruturado e não disfarçado, utilizando o CHQ-PF50. As doenças respiratórias perguntadas e declaradas foram: rinite, sinusite, otite, laringite, faringoamigdalite, pneumonia, asma ou quadro asmático. Os dados apresentados nesse trabalho foram analisados a partir de um conjunto de procedimentos aplicados aos dados originais coletados, conforme orientação metodológica encontrada em *Landgraf et al.*

RESULTADOS: O estudo indicou que as crianças cujos pais referiram doença respiratória apresentaram condições de saúde insatisfatórias, quando comparadas às crianças sem doença respiratória. Pais de crianças que estudam em escolas privadas e com maior grau de escolaridade referiram mais doença respiratória em seus filhos. A renda mensal ou etnia não interferiu na declaração de doença

respiratória. **CONCLUSÕES:** Para melhorar as condições de saúde das crianças com doença respiratória é necessário o entendimento dessas patologias no âmbito global, biopsico e social, além do aprimoramento educacional da população.

Descritores: 1.Nível de saúde 2.Doenças respiratórias 3.Saúde Escolar 4.Promoção da Saúde.

SUMMARY

Aranha MAF. Study of the health of children from 5 to 9 years of age in the District Butantã, city of Sao Paulo, with and without respiratory tract disease, reported by parents or guardians [Dissertation (Masters)]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2008. 114p.

BACKGROUND: The health has been evaluated in terms of quality of life, from 1948, with the definition of the World Health Organization, as well the physical, mental and social rather than absence of disease. The health of children has been defined as a subjective and multidimensional concept that includes a physical evaluation, the psychosocial impact of disease on the child and his family. In societies developed or developing is great epidemiological importance of respiratory disease. This fact stems from the important impact on their expressive rates of morbidity and mortality in children. It becomes necessary then, the epidemiological importance of respirator tract disease, the incorporation of new techniques and processes for the study of the health of the population with and without respiratory problems in terms of the perception of parents or guardians. In order to study the impact of respiratory tract diseases in the health conditions of children from 5 to 9 years of age in the District Health School of Butantã was used in this study, the instrument Child Health Questionnaire version aimed at parents (CHQ - PF-50), validated in the world and Brazil. Was also evaluated the relationship of the declaration of respiratory tract disease according to the university, education of parents, track income and ethnicity **METHODS:** We evaluated the health of 959 children aged from 5 to 9 years of age residing in District of Butantã in the city of Sao Paulo, with and without respiratory tract disease declared by the parents or guardians. From March to July 2004. The research was a descriptive, with a focus through the retrospective analysis of data provided with a database. To that end we used the method of lifting elements of information from the sample by means of data collection instrument structured and not undercover, using the CHQ-PF50. Respiratory tract diseases were asked and declared: rhinitis, sinusitis, ear infections, laryngitis, pharyngitis, pneumonia, asthma or asthma framework. The data presented in this study were analyzed from a set of procedures applied to the original data collected as methodological guidance found in Landgraf et al. **RESULTS:** The study indicated that children whose parents had reported respiratory tract disease conditions of poor health, compared to children without respiratory tract disease. Parents of children who study in private schools and with a higher degree of education reported more respiratory disease to their children. The monthly income or ethnicity did not interfere in the declaration of respiratory tract disease. **CONCLUSIONS:** To improve the health conditions of children with respiratory tract disease is necessary to understand such conditions in the global context, and social biopsico, in addition to improving education of the population.

Descriptors: 1.Conditions of health 2.Respiratory Tract Disease 3.School Health 4.Health Promotion .

1. INTRODUÇÃO

1.1 Doenças Respiratórias

As doenças respiratórias na infância incluem amplo espectro de eventos mórbidos de diferentes etiologias e de distinta gravidade que, em comum, caracterizam-se por comprometer uma ou mais porções do trato respiratório da criança. Caracterizam-se por um espectro variável de manifestações clínicas, destacando-se, na infância, os achados de tosse, dificuldade para respirar, dor de garganta, corrimento nasal e dor de ouvido. As doenças respiratórias podem ter etiologia infecciosa (resfriado comum, amigdalite, otite ou pneumonias, por exemplo) ou não infecciosa (rinite e asma). O diagnóstico diferencial entre essas duas entidades nem sempre se faz evidente, tornando seus aspectos terapêuticos controversos em freqüentes ocasiões^{1, 2}.

Em sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento é grande a importância epidemiológica da doença respiratória. Tal fato decorre do importante impacto exercido sobre seus expressivos índices de morbidade e de mortalidade na população infantil^{1, 2}.

Os sintomas respiratórios estão entre as principais causas de consultas nos centros de cuidados de saúde primários. Foram efetuados estudos em nove países, em 76 unidades de cuidados de saúde primários, entre os quais

54 (71,1%) envolvendo médicos e 22 (28,9%) apenas enfermeiros. O número de unidades de cuidados de saúde primários, envolvendo 29 399 doentes respiratórios, revelou que a proporção de doentes com sintomas respiratórios, a partir dos cinco anos de idade, que freqüentavam centros de cuidados de saúde primários, variava entre 8,4% e 37,0%³.

No Brasil, as doenças respiratórias não constam na lista de notificação compulsória. Conseqüentemente, as informações sobre sua freqüência e distribuição são escassas^{1, 2}.

Os poucos inquéritos populacionais que incluíram em seus objetivos o diagnóstico de doença respiratória valeram-se de informações recordatórias dos sintomas respiratórios nas ultimas semanas^{1, 2}.

Os dados da tabela 1.1, apontam as doenças respiratórias como a principal causa de internação hospitalar entre as crianças de 5 a 9 anos nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Tal fato torna a ação de controle e prevenção das doenças respiratórias como prioridades no planejamento da saúde infantil⁴.

Tabela 1.1. Causas de internação em crianças de 5 a 9 anos de idade na região sudeste em valores médios de abril 2001 a março de 2002

Estados	Doenças infecciosas e parasitárias	Doenças respiratórias	Doenças digestivas	Causas externas
Paraná	18,43%	37,36%	11,8%	13,17%
Rio Grande do Sul	18,55%	33,42%	10,01%	9,49%
Santa Catarina	17,09%	31,7%	11,1%	14,89%
São Paulo	8,51%	29,62%	13,54%	15,55%

Fonte: DATASUS Ministério da Saúde

Estudos recentes nas cidades de Porto Alegre revelam que as doenças sibilantes em crianças aumentaram quatro a sete vezes em anos. Esse fato leva, em consequência, a um maior risco de aquisição de pneumonia⁵.

A distribuição etária da prevalência da doença respiratória evidencia que, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, os

processos infecciosos são mais evidentes em crianças menores de cinco anos de idade^{1, 2}.

Dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que a mortalidade proporcional por problemas respiratórios infecciosos é maior nas crianças menores de cinco anos de idade, diminuindo nas faixas etárias de 5 a 19 anos (tabela 1.2)⁶.

Tabela 1.2. Mortalidade proporcional decorrente de doenças do aparelho respiratório, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões do Brasil, 2005

Grandes regiões	Total	Menores de 1 ano de idade	De 1 a 4 anos de idade	De 5 a 9 anos de idade	De 10 a 19 anos de idade
Brasil	10,79	6,69	19,35	8,24	3,99
Norte	10,71	7,49	21,16	8,19	6,11
Nordeste	9,16	7,27	22,04	9,46	4,78
Sudeste	11,44	6,34	18,8	8,79	3,44
Sul	11,47	4,74	14,91	4,79	3,13
Centro-Oeste	10,18	6,93	15,99	6,61	3,39

Fonte: Ministério da Saúde. IDB-2007

Em 2000, Monteiro *et cols.* avaliaram a tendência secular das doenças respiratórias na cidade de São Paulo e destacaram sua importância fundamental na infância. Nesse estudo, verificou-se um expressivo aumento na prevalência de todas as modalidades da doença respiratória. No caso específico de crianças que apresentaram sibilos à ausculta pulmonar esse aumento foi da ordem de 250% em 10 anos. Dentre as causas apontadas

para explicar o aumento das doenças respiratórias salientaram-se as seguintes: aumento da frequência em creches, deteriorização da qualidade do ar da cidade pela poluição e presença de ácaros nos domicílios. Vale ressaltar que o progresso econômico das sociedades e dos indivíduos leva inexoravelmente a um aumento destes que compõem a complexa epidemiologia das doenças respiratórias e expõe de forma inquestionável o paradoxo de que as doenças respiratórias tendem a aumentar com o progresso econômico das populações^{1,2}.

Saldiva *et al.* estudaram a relação entre mortalidade por doença respiratória em crianças na região de São Paulo e a relação com umidade, temperatura e os tipos de gases e encontraram uma associação significativa entre mortalidade por doença respiratória e níveis aumentados de óxido de nitrogênio^{7,8}. Estudo realizado por Lin *et al.*, relacionando adoecimento respiratório em crianças e poluentes ambientais verificou que houve aumento de cerca de 20% no atendimento emergencial das doenças respiratórias nos dias mais poluídos. Além disso, o progresso econômico trouxe consigo a maior verticalização das cidades, com evidente diminuição das áreas verdes⁹.

Portanto, as relações entre fatores ambientais e enfermidades respiratórias são claras e reconhecidas.

No inquérito de Saúde Municipal de São Paulo em agosto de 2003, pesquisou-se a ocorrência de morbidades agudas referidas para um período recordatório de quinze dias, por ser este considerado um período adequado

para inquéritos deste tipo. Isto permite conhecer amplamente os problemas de saúde, tanto aqueles bem definidos, com relato de nomes das doenças, até os que não passaram por nenhuma intervenção. As três morbidades referidas, segundo a faixa etária (< de 12 anos de idade), observam-se na tabela 1.3¹⁰:

Tabela 1.3. Três principais morbidades referidas, segundo faixa etária

< 1ano de idade	1 a 11 anos de idade
1º gripe com manifestação respiratória	1º gripe com manifestação respiratória
2º resfriado comum	2º resfriado comum
3º febre	3º faringite

Fonte: Inquérito de Saúde Municipal - São Paulo agosto de 2003

Neste mesmo inquérito, em relação à internação pela rede Sistema Único de Saúde(SUS), no Município de São Paulo, a doença respiratória aparece em 4º lugar, e em segundo no que diz respeito à permanência de internação, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. É a terceira no que compete ao valor médio de gasto¹⁰.

Em unidades de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2007, verificou-se que, dos 4051 atendimentos na faixa etária de 5 a 9 anos de idade, 1847 eram por problemas respiratórios, o que corresponde a 45% do atendimento. Observou-se, portanto, que em 45% das crianças que procuraram atendimento médico a causa principal foi por infecção respiratória aguda. De acordo com levantamento da Secretária

Municipal de Saúde (SMS), o aumento da demanda pelo serviço de inalação duplicou no segundo trimestre de 2007¹¹.

Na subprefeitura do Butantã em 2007, segundo registro de autorização de internação hospitalar do DATASUS – Ministério de Saúde, foi constatado 32,21 internações por 1000 crianças de 0 a 4 anos por doença respiratória. Neste indicador, porém, estão embutidas desigualdades regionais específicas. Esse indicador por faixa de classificação está entre as piores em relação ao fator de desigualdade, em relação aos outros Distritos Políticos Administrativos, uma vez que na região de Pinheiros, o indicador apontou 7,14 internações por 1000 crianças¹².

A infecção respiratória aguda, especialmente a pneumonia, é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos de idade no mundo, levando a cinco milhões de óbitos anualmente nessa faixa etária. Isso corresponde de 25% a 33% do total das mortes observadas nos cinco primeiros anos de vida^{11, 12}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em maio de 2008, publicou a epidemiologia e etiologia da pneumonia na infância e estimou a incidência da pneumonia no mundo, através do trabalho de Rudam *et al* de 2000. Verificou-se que a incidência média estimada para países em desenvolvimento é de 0,28 episódio por criança, equivalente ao total de 151,8 milhões de casos novos de pneumonia no ano, no mundo. Essa estimativa é importante para o planejamento de ações de promoção e prevenção através de vacinação e a necessidade de antibiótico em tempo

hábil. A tabela 1.4 mostra os 15 países com a maior taxa previsível de novos episódios de pneumonia e suas respectivas incidências^{13, 14}.

Tabela 1.4. Os 15 países com maior estimativa absoluta de novos casos de pneumonia

País	Incidência de casos (milhões)	Estimativa de incidência por criança no ano
Índia	43	0,37
China	21,1	0,22
Paquistão	9,8	0,41
Bangladesh	6,4	0,41
Nigéria	6,1	0,34
Indonésia	6	0,28
Etiópia	3,9	0,35
Congo	3,9	0,39
Vietnã	2,9	0,35
Filipinas	2,7	0,27
Sudão	2,8	0,48
Afeganistão	2	0,45
Tanzânia	1,9	0,33
Miami	1,8	0,43
Brasil	1,8	0,11

Esses 15 países são responsáveis por 75% (115,3 milhões de episódios novos por ano) do total de 151,8 milhões de novos casos de pneumonia no ano no mundo. O Brasil está entre os 15 países de maior incidência para novos casos por ano de pneumonia^{13, 14}.

Segundo a Coordenadoria Regional de Saúde em 2004, no Município de São Paulo, a pneumonia apareceu como a terceira causa de mortalidade na região centro – oeste, não apresentando mudança no ano de 2005¹⁵.

Na faixa etária de 5 a 9 anos, a principal causa de doença respiratória é a asma, que é definida como uma doença inflamatória crônica e é causada por fatores genéticos e ambientais.

A prevalência da asma varia bastante, de acordo com a faixa etária estudada, com o local pesquisado e com a metodologia empregada. Um estudo realizado pelo *European Commission Respiratory Health Study*, em indivíduos adultos residentes em 22 países da Europa Ocidental, demonstrou que 2% a 11,9% haviam apresentado sintomas de asma nos últimos 12 meses. O *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), realizado em 463.801 escolares de 13 a 14 anos provenientes de 38 países, verificou que 4,1 a 32,1% das crianças eram portadoras de asma^{16,17}.

Nos Estados Unidos no ano 2000 a asma foi responsável por mais de 10 milhões de consultas ambulatoriais anuais e observou-se que a elevação no número dessas consultas ocorreu em paralelo à redução no número de hospitalizações e na mortalidade^{16,18,19}.

No Brasil, o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) foi realizado em 6 cidades com uma casuística de 13.604 crianças e 20.554 adolescentes. Observou-se que 7,3 % dos meninos 4,9% das meninas na faixa etária de 6 anos e 7 anos de idade e 9,8% dos

adolescentes de 13 anos e 10,2% dos adolescentes de 14 anos apresentaram asma^{17,18}. É responsável anualmente por cerca de 350.000 hospitalizações, constituindo a quarta causa de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde – SUS (2,3% do total) e a terceira entre crianças e adultos jovens²⁰.

Os estudos atuais sobre a fisiologia da asma associados ao desenvolvimento de novos fármacos, têm resultados significativamente satisfatórios para o controle dessa doença. Porém, não obstante os atuais progressos, a morbimortalidade relativa à asma continua a preocupar os profissionais de saúde¹⁸.

Portanto, novas abordagens devem ser incluídas na promoção e prevenção da asma e das outras doenças respiratórias. Além de fatores biológicos e farmacológicos, deve-se preconizar uma abordagem mais ampla, levando-se em conta a percepção do cuidador ou do próprio indivíduo, incluindo o contexto de abordagem psicossocial e física, objetivando uma avaliação global para uma melhor intervenção nesta patologia.

1.2 Vigilância à Saúde

A partir de 1948 a Organização Mundial de Saúde passa a definir saúde como um estado de bem estar bio - psico e social e não apenas como ausência de doença. A partir de então, novos modelos de atenção médica têm sido propostos com o objetivo de aprimorar o cuidado ao paciente, levando em conta que os atos médicos devem também considerar as condições de saúde do paciente, o que inclui sua qualidade de vida. Esta nova pratica sanitária foi denominada de VIGILÂNCIA À SAÚDE^{21, 22}.

Esta nova prática constitui uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde dentro do conceito mais amplo e positivo de saúde, considerando o ser humano como um ser bio-psico inserido num contexto sócio-cultural indissolúvel. E é dentro desta perspectiva que as ações de saúde devem ser estruturadas^{21, 22}.

A vigilância da saúde está embasada em três tipos de ação: promoção da saúde, prevenção das enfermidades, dos acidentes e atenção curativa^{21, 22}.

De acordo com Terris, a expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945, por Henry Sigerist, historiador médico, para quem a prática médica deveria compreender três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e reabilitação. Terris já apregoava que para se ter saúde é necessário um padrão de vida aceitável no qual estão incluídas condições apropriadas de trabalho, de educação, atividades culturais e de recreação. O autor

postulava também a importância da interação intersetorial e as alianças interdisciplinares na promoção da saúde^{23, 24}.

O modelo biomédico de saúde com o seu foco principal na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças têm dado uma importante contribuição ao desenvolvimento da assistência médica. No entanto, essa abordagem reducionista, em geral não leva em consideração outros fatores que influenciam a saúde tais como o ambiente físico e social onde os problemas de saúde ocorrem. Considerando-se que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, sua interpretação exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto, apropriado o enfoque reducionista²⁵.

Estudos demonstram que o estado de saúde das pessoas está fortemente associado às condições sociais em que está inserido. Mais recentemente, evidências indicam a existência de um gradiente social no adoecer e no morrer, de forma que quanto mais baixa a posição do indivíduo na escala social, maior o risco. Verificando as tendências históricas, ao longo das décadas de 1980 e 1990, o aumento da renda familiar; expansão na oferta de serviços de saúde e de infra-estrutura urbana; avanços na escolaridade da população feminina; crescimento da feminização da força de trabalho; e mudanças na estrutura sócio-ocupacional interferiram nas condições de saúde e essas tendências devem ser acompanhadas com especial interesse relacionadas às questões de saúde^{25, 26}.

O entendimento da influência do meio físico e social no estado de saúde e a construção de um capital social facilitam a coordenação de ações

para objetivos comuns, abrindo novos caminhos no campo da saúde pública em direção a uma população mais saudável²⁶.

O movimento de promoção de saúde, portanto, não veio para se opor, mas para preencher essa lacuna e propor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, em que a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável requerem medidas de foro ambiental, econômico, sócio-cultural e legislativo para sua efetivação.

A perspectiva de trabalho voltado à proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência compreende uma dimensão integradora entre múltiplos setores, tanto nos aspectos macroestruturais (as políticas), como na articulação interna para mobilização das intervenções. A multiplicidade de mecanismos que interferem de forma positiva e/ou negativa para o adequado crescimento, desenvolvimento e integração social dessa população, demandam a interação interinstitucional e interpessoal, reconhecida como trabalho em “rede”. A continuidade dessas práticas é apontada como um importante indicador do impacto positivo das propostas direcionadas à proteção, promoção e intervenção, no enfrentamento dos problemas psicossociais da saúde^{26, 27}.

A partir deste novo paradigma, desenhou-se um novo modelo de assistência com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população. Este modelo foi construído tendo como base a promoção e proteção da saúde, a prevenção de doenças e acidentes e o diagnóstico precoce e

tratamento das doenças dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. Procura-se, com isto, incrementar a qualidade de vida valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, com a saúde de sua família e da comunidade^{25, 26,29}.

A prática médica passa a incorporar as idéias mais abrangentes de promoção de saúde e qualidade de vida como objetiva a serem alcançados pela atenção médica mais atualizada, não se restringindo a um modelo em que o médico se limita rapidamente a solicitar exames e receitar medicamentos. Recupera, assim, a habilidade de escutar, compreender os problemas de saúde e atuar intersetorialmente, na busca de soluções dos problemas postos^{29, 30,31}.

Diante dessa nova perspectiva de prática sanitária, faz-se necessário o desenvolvimento de técnicas e processos para conhecer as condições de saúde da população com e sem problemas respiratórios e buscar as respostas aos problemas de saúde, além de planejar, junto aos demais setores envolvidos, as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças da comunidade em questão³².

As doenças respiratórias têm sido um constante motivo de preocupação para os profissionais de saúde, dado sua elevada morbidade, tanto em termos mundiais e a alta mortalidade nos países em desenvolvimento.

A última década tem dado grande ênfase à busca por instrumentos aptos a definir, com segurança estatística o que se considera qualidade de vida. O *Child Health Questionnaire Parental Form 50* (CHQ-PF50) é um desses

instrumentos. Foi desenvolvido em 1994 e é designado para ser usado como uma ferramenta para aferir o peso da doença na criança, no benefício do tratamento independente de idade, gênero ou da condição física, emocional e social. É uma ferramenta de avaliação de saúde sob a percepção dos pais e da avaliação das relações familiares, pois a criança vive dentro de uma estrutura familiar devendo essa unidade ser avaliada compreendendo o impacto e desfecho da doença e sua intervenção na família. Já foi traduzido e validado em várias regiões do mundo, inclusive no Brasil^{33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40,41,42}.

1.3 Distrito de Saúde Escola do Butantã

Em novembro de 2001, a Universidade de São Paulo (USP) assinou com a Secretaria Municipal de Saúde um protocolo de intenções segundo o qual aquela passa a desenvolver projetos de ensino, pesquisa, e atenção à saúde na área do Distrito do Butantã. Com este propósito, foi criado um Distrito de Saúde Escola com objetivo de cooperação na organização da assistência à saúde, colocando em prática os novos paradigmas que embasam os conceitos de saúde na proposta da Vigilância à Saúde.

O município de São Paulo está hoje dividido em 31 Coordenadorias de Saúde, sendo o Distrito de Saúde Escola Butantã o indicado na figura 1. O Distrito de Saúde Escola do Butantã (DSEB), situado na região sudoeste do Município de São Paulo, é composto pelos Distritos Político - Administrativos (DPA) do Butantã, Vila Sonia, Morumbi, Rio Pequeno e Raposo Tavares. Conta

com uma população de aproximadamente 375.000 habitantes, tendo como distribuição da faixa etária de 5 a 9 anos um total de 31447 crianças¹¹.

Figura 1. Distrito de Saúde Escola do Butantã

Assim, com o objetivo de estudar o impacto das doenças respiratórias nas condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito de Saúde Escola do Butantã, incluindo aspectos físicos e psicossociais que determinam qualidade de vida em pacientes com ou sem doenças respiratórias, desenhou-se esse estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.1.1. Identificar as condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito Butantã, cidade de São Paulo, com e sem doença respiratória declaradas pelos pais ou responsáveis, utilizando o CHQ-PF50®.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Verificar a relação de doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis segundo a instituição de ensino das crianças: escolas públicas ou privadas;

2.2.2. Verificar a relação de doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis, de acordo com o grau de instrução dos pais;

2.2.3 Verificar a relação de doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis tomando como base a faixa de renda *per capita* da família;

2.2.4 Verificar a relação de doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis de acordo com a classe de consumo das famílias definida segundo o critério ABIPEME;

2.2.5 Verificar relação de doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis de acordo com o grupo étnico da família.

3. MÉTODOS

3.1 Universo de referência

O presente estudo utilizou o banco de dados da tese intitulada “O estudo das condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade, residentes no Distrito do Butantã, na cidade de São Paulo”⁴³.

Foram estudadas crianças de 5 a 9 anos residentes nas cinco regiões que compõem o Distrito de Saúde Escola do Butantã (DSEB): Morumbi, Butantã, Vila Sônia, Raposo Tavares e Rio Pequeno, no período de março a julho de 2004.

A tabela 3.1 indica o número total e o número de crianças residentes em cada um dos Distritos Político Administrativos do Distrito de Saúde do Butantã.

Tabela 3.1. Distribuição das crianças de 5 a 9 anos nos Distritos Políticos Administrativos do Butantã

Item	Distritos Político-Administrativos do DSEB					TOTAL
	Butantã	Morumbi	Raposo Tavares	Rio Pequeno	Vila Sônia	
Nº absoluto crianças residentes	3144	2603	8067	8678	6157	28649
Proporção no DSEB	10,97%	9,09%	28,16%	30,29%	21,49%	100,00

Fonte: www.prefeitura.sp.gov.br

Participaram do estudo crianças de escolas públicas e privadas do DSEB, regularmente matriculadas nesta região. No período do estudo residiam no DSEB 28649 crianças de 5 a 9 anos e 30045 crianças estavam matriculadas nas escolas, como mostra a tabela 3.1 e 3.2.

Tabela 3.2. Número e proporção de alunos matriculados segundo o setor: público e privado do DSEB

Região	Pública	Privada	Total
Butantã	3.995(66%)	2.046(33%)	6.041(100%)
Morumbi	858(22%)	2.978(77%)	3.836(100%)
Raposo Tavares	6.235(93%)	399(6%)	6.634(100%)
Rio Pequeno	5.783(78%)	1.624(21%)	7.407(100%)
Vila Sônia	4.591(74%)	1.536(25%)	6.127(100%)
Total	21.462(71%)	8.583(28%)	30.045(100%)

Fonte: www.prefeitura.sp.gov

A localização e o dimensionamento do universo de estudo foram realizados mediante a identificação de todos os equipamentos de educação regular em nível de pré-escola e primeiro grau, do setor público e do setor privado, e da quantidade de alunos matriculados nos respectivos equipamentos. Os anexos 2 e 3 apresentam a relação das escolas públicas e privadas com os respectivos logradouros.

A tabela 3.3 sintetiza a quantidade e proporção das escolas públicas e privadas nos respectivos Distritos Políticos Administrativos do DSEB. Assinala-se que o número de alunos matriculados é maior nas escolas públicas. Observa-se, porém, um número maior de escolas privadas, conforme apresentado na tabela 3.3.

Tabela 3.3. Número e proporção dos equipamentos de ensino segundo os setores da atividade (público e privado)

Distrito Político-Administrativo	PÚBLICA	PRIVADA	TOTAL
Butantã	12 (19%)	49(80%)	61(100%)
Morumbi	3(12%)	22(88%)	25(100%)
Raposo Tavares	27(71%)	11(28%)	38(100%)
Rio Pequeno	24(60%)	16(40%)	40(100%)
Vila Sônia	13(34%)	25(65%)	38(100%)
Total	79(39%)	123(60%)	202(100%)

Fonte: www.prefeitura.sp.gov

A seguir foram nomeadas outras características do universo do estudo e a definição dos procedimentos operacionais restritivos do universo, que orientaram, posteriormente, a localização espacial das entrevistas para coleta dos dados:

- Identificação do número e da proporção de alunos matriculados segundo o setor (público; privado) no âmbito de cada distrito político-administrativo (tabela 3.3).
- Localização espacial das escolas e seleção dos equipamentos a serem visitados para aplicação das entrevistas. A seleção dos equipamentos ocorreu após a ordenação dessas unidades, segundo o número de alunos, em ordem decrescente e após a definição do ponto de corte na unidade que compusesse com as unidades de ensino anteriores mais de 50% do total de crianças matriculadas no conjunto de escolas.
- Ratificação do corte das unidades selecionadas, mediante avaliação visual da localização dessas unidades, sob a ótica de cobertura da área. Assim, levou-se em consideração o grau de cobertura dos equipamentos selecionados em relação à cobertura do conjunto de equipamentos existentes na área, conforme evidenciado na figura 3.1.

Figura 3.1. Local das escolas selecionadas no DSEB

- Caso o conjunto de equipamentos selecionados não contemplasse alguma subárea integrante do âmbito populacional, optou-se pela incorporação da unidade educacional com maior número de alunos matriculados entre os presentes na área não contemplada no processo inicial de seleção dos equipamentos a serem visitados.

3.2 Tipo de pesquisa e instrumento

Para realização dos objetivos propostos, a pesquisa foi do tipo descritivo, com enfoque retrospectivo através da análise de dados disponibilizado junto a um banco de dados. Para tanto foi utilizado o método de levantamento de informações junto aos elementos amostrais, por meio de instrumento de coleta de dados estruturado e não disfarçado. O instrumento utilizado foi o Child Health Questionnaire Parenteral Form 50 (CHQ-PF50[®]) indicado para a faixa etária avaliada³⁵.

3.3 Cálculo da Amostra

O plano de amostragem proposto para este trabalho foi o de amostragem estratificada. Os estratos primários foram as regiões (Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia) e o número de crianças selecionadas em cada região foi proporcional ao número total de crianças da região. Salienta-se, ainda, que a seleção das crianças que compuseram a amostra foi de forma proporcional ao número de alunos das escolas (públicas e privadas) de cada área da região em estudo.

O tamanho da amostra final, para o esquema de amostragem estratificada proporcional foi obtido supondo-se uma margem de erro máximo de 3% para cada item analisado no questionário a ser aplicado aos pais ou responsáveis e o nível de confiança estabelecido foi de 95%.

A amostra total, no âmbito do agregado do Distrito, foi obtida mediante a fixação dos seguintes parâmetros:

Erro de estimativa: 3,2% ($e = 0,032$).

Nível de confiança: 95,0% ($Z = 1,96$).

Proporção adotada: 50% ($p = 0,50$).

$$N_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}$$

A amostra projetada foi de 942 entrevistas, com distribuição distrital, isto é, baseada na proporção de crianças residentes no distrito em relação ao total do Distrito Saúde do Butantã. A tabela 3.4 apresenta a quantidade projetada de entrevistas por distrito político-administrativo.

Tabela 3.4. Amostra projetada por Distrito Político-Administrativo.

Distrito Político-administrativo	Amostra projetada (nº de entrevistas)
Butantã	103
Morumbi	86
Raposo Tavares	265
Rio Pequeno	285
Vila Sônia	203
Total	942

A localização das unidades da amostra resultou do seguinte encaminhamento:

1º. Alocação do número de casos segundo o setor de atividade, público ou privado, de acordo com a proporção populacional apresentada na tabela 3.3, resultando na configuração amostral ilustrada na tabela 3.5.

Tabela 3.5. Número de entrevistas atribuído a cada setor de atividade nos respectivos distritos político administrativos

Distrito político-administrativo	Nº de entrevistas a ser aplicado nas escolas do setor Público	Nº de entrevistas a ser aplicado nas escolas do setor Privado	Total
Butantã	68	35	103
Morumbi	19	67	86
Raposo Tavares	249	16	265
Rio Pequeno	223	62	285
Vila Sônia	152	51	203
Total	711	231	942

2º. Alocação do número de casos nos equipamentos de ensino, em concordância da participação relativa da quantidade de alunos das escolas e na quantidade de alunos do conjunto selecionado das escolas do distrito. As participações relativas das unidades de ensino do distrito no conjunto distrital de unidades de ensino constam nos anexos 4 e 5

3.4 Aplicação das entrevistas

As escolas selecionadas foram visitadas pelos pesquisadores com a finalidade de explicar detalhadamente os objetivos do estudo, e de verbalizar a não obrigatoriedade de colaborar com a pesquisa.

As próprias escolas sortearam as crianças de 5 a 9 anos, cujos pais responderam ao questionário. Uma vez realizado o sorteio, os professores ou orientadores responsáveis explicaram aos pais os objetivos da pesquisa, deixando claro que sua participação era absolutamente voluntária. Caso os pais se recusassem a participar do estudo, ou caso a criança sorteada não residisse na área do DSEB, a criança seguinte na lista de chamada foi entrevistada. As entrevistas foram realizadas pelos próprios pesquisadores ou por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Ao respondedor foi garantido sigilo absoluto sobre as informações fornecidas e a identidade do sujeito, com a opção de responder ou não. Após o preenchimento, as respostas eram conferidas pelo autor da pesquisa, na presença do respondedor, para verificar se algum item havia deixado de ser respondido ou se havia alguma alternativa com resposta múltipla. Nessa situação, era solicitada ao respondedor a ratificação dessas respostas.

A pesquisa só foi realizada após assinatura do consentimento informado.

3.5 Conceitos abordados no *Child Health Questionnaire* (CHQ)

O CHQ é um instrumento de avaliação da saúde da criança destinado a mensurar dois componentes fundamentais da saúde da criança: a função física-psicossocial e o bem estar. O CHQ foi desenvolvido e padronizado para uso na *General Social Survey* (GSS), uma pesquisa representativa sobre saúde da população, conduzida nos Estados Unidos da América(USA), entre 1994 e 1995. A partir daí, tem sido aplicado em diversos países e comunidades, cujos resultados têm sido tomados como base nas discussões sobre avaliação de saúde e qualidade de vida em crianças. O CHQ é um questionário desenvolvido para crianças, especificamente na faixa etária de 5 a 9 anos^{35, 36}.

Procuramos, assim, avaliar a saúde das crianças incluídas no estudo tendo como referência este instrumento, uma vez que já foi utilizado e validado em várias regiões do mundo. Foi traduzido, adaptado culturalmente para diversos idiomas, como parte de um projeto internacional reunindo 32 países pelo Paediatric Rheumatology International Trials Organization e validado para a língua portuguesa^{36, 37, 38, 39, 40, 41,42}. Compreende uma abordagem multidimensional de condição de saúde, com o objetivo de determinar o bem estar físico, psicossocial, sob a perspectiva dos pais e responsáveis, com base nas experiências vividas durante as últimas quatro

semanas, exceto na escala de alteração da saúde que se refere à mudança na saúde nos últimos 12 meses³⁵.

O questionário é constituído de 50 itens que compõem 14 conceitos, sendo 10 conceitos de qualidade de vida e quatro conceitos relacionados à família. Dez conceitos são utilizados para compor os escores sumários que caracterizam a avaliação de função física e psicossocial³⁵.

A tabela 3.6 resume os conceitos abordados no CHQ-PF50 e o número de itens por conceitos. O anexo 1 mostra o CHQ-PF50 aplicado nesta pesquisa³⁵.

Tabela 3.6. Conceitos abordados no CHQ - PF50 e interpretação dos escores

	Nº de itens	Escores menores ^b	Escores maiores ^b
Função física (PF)	6	A criança é limitada nas suas atividades físicas devido à saúde física	A criança pratica todos os tipos de atividades físicas
Desempenho físico-social (RP)	2	A criança é limitada nas suas atividades com amigos e na escola devido à saúde física	A criança não tem limitação em suas atividades com amigos e na escola devido à saúde física
Percepção geral de saúde ^a(GH)	6	Os pais crêem que a saúde da criança é débil	Os pais crêem que a saúde da criança é excelente
Dor (BP)	2	A criança sofre com dores fortes freqüentemente	A criança não sofre com dores
Impacto no tempo dos pais (PT)	3	Os pais têm limitação no tempo disponível para suas necessidades pessoais devido à saúde da criança	Os pais não têm limitação no tempo disponível para suas necessidades pessoais devido à saúde da criança
Impacto emocional dos pais (PE)	3	Os pais têm grande preocupação e aborrecimentos com a saúde da criança	Os pais não têm grande preocupação e aborrecimentos com a saúde da criança
Desempenho emocional/ Comportamental (REB)	3	A criança sofre limitações nas atividades com amigos ou na escola por problema de saúde	A criança não sofre limitações nas atividades com amigos ou na escola por problema de saúde
Satisfação pessoal (SE)	6	A criança nunca está satisfeita com suas habilidades, aparência e relacionamentos em geral	A criança está muito satisfeita com suas habilidades, aparência e relacionamentos em geral
Saúde mental (MH)	5	A criança sente-se ansiosa / deprimida todo o tempo	A criança apresenta-se tranqüila, feliz e calma todo o tempo
Comportamento geral (BE)	6	A criança exibe com freqüência comportamento agressivo ou delinqüente	A criança não exibe comportamento agressivo ou delinqüente
Atividades familiares (FA)	6	A saúde da criança freqüentemente interrompe ou limita as atividades da família, gerando tensão	A saúde da criança nunca interrompe ou limita as atividades da família.
Coesão familiar^a (FC)	1	As relações familiares são frágeis	As relações familiares são fortes
Mudanças na saúde^a	1	A saúde da criança está pior que há 1 ano atrás	A saúde da criança está melhor que há 1 ano atrás

^a É usado um período recordatório de 4 semanas para todas os itens, exceto para a percepção geral de saúde, coesão familiar e mudanças na saúde.

^b A escala de valorização contém 5 níveis de respostas que vão de excelente a ruim.

3.6 Caracterização da Doença Respiratória

Com o objetivo de caracterizar a declaração de doença respiratória, no conjunto das perguntas perguntou-se aos pais ou responsável se seu filho possuía alguma doença respiratória de repetição.

Perguntou-se igualmente aos pais ou responsável se algum professor, funcionário escolar, enfermeira ou outro profissional da área da saúde alguma vez informou-o sobre a ocorrência de doença respiratória de repetição em seu filho. Os critérios utilizados para definição de repetição foram três ou mais infecções anuais do trato respiratório (rinite, sinusite, otite, laringite, faringoamigdalite, pneumonia), asma ou quadro asmatiforme^{32, 44}.

A pesquisa só foi realizada após assinatura do consentimento informado.

3.7 Metodologia de preparação e análise dos dados

3.7.1 Preparação dos dados para análise

Com as informações coletadas no campo foi produzido o banco de dados utilizado neste trabalho⁴³. Esse banco de dados possibilitou, através de programas especiais estatísticos, a realização de análises univariadas e multivariadas pertinentes, para atingir os objetivos propostos no trabalho.

Os dados apresentados nesse trabalho foram analisados a partir de um conjunto de procedimentos aplicados aos dados originais coletados, conforme orientação metodológica encontrada em *Landgraf et al*^{35,36}.

A análise das propriedades psicométricas do instrumento, constou de quatro passos principais descritos a seguir:

1º Passo – Transformação dos dados originais em escores

Através de modelos de percepção e comportamento os dados originais foram recodificados segundo a *hipótese de substancial linearidade* entre cada item e transformados em escores mediante método de *Rensis Likert* (1932).

As escalas de Likert, ou escalas Somadas, requerem que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância, nas declarações relativas à atitude que está sendo medida, conforme exemplificados na tabela 3.7, para a variável intensidade da dor ou desconforto físico. Para as alternativas das respostas: nenhum, muito leve, leve, moderado, grave e muito grave são atribuídos um pré- código numérico e recalibrados em escores para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração.

Tabela 3.7. Recodificação de variáveis**Exemplo 1:****Variável Intensidade da dor ou desconforto físico**

Alternativa da resposta	Pré- código	Escore final do item
Nenhum	1	6
Muito leve	2	5
Leve	3	4
Moderada	4	3
Grave	5	2
Muito grave	6	1

Exemplo 2:**Variáveis Preocupações causadas pela saúde física da criança**

Alternativa da resposta	Pré- código	Escore final do item
Nenhum	1	5
Um pouco	2	4
Um pouco mais	3	3
Um pouco demais	4	2
Bastante	5	1

Outra escala utilizada é a de Louis Leon Thurstone (1929) que define atitude como sendo a quantidade de afeição ou sentimento a favor ou contra certo estímulo. Registre-se que apenas as respostas excelentes, muito bom, bom, fraco e ruim foram recodificadas segundo a hipótese de não linearidade e, por isso, recalibrados conforme escores exemplificados na tabela 3.8.

Tabela 3.8. Em comparação a outras crianças de idade de seu filho, você diria que de modo geral seu comportamento é:

Alternativa de resposta	Pré - código	Escore final do item
Excelente	1	5
Muito Bom	2	4.4
Bom	3	3.4
Fraco	4	2.2
Ruim	5	1

As declarações de concordância receberam valores positivos ou altos enquanto as declarações das quais discordam receberam valores negativos ou baixos.

2º Passo - Validação da intensidade de respostas em cada item no âmbito de cada unidade amostral e cálculo da dimensão.

O objetivo desse segundo passo será a validação da intensidade de respostas de cada item, verificando o número de respostas nas respectivas dimensões da saúde da criança, segundo a unidade amostral, para fins de

cálculo do escore médio dessa dimensão. Para o cálculo é necessário o mínimo de 50% de itens preenchidos em cada dimensão.

Conseqüentemente a unidade amostral que apresentou ausência de resposta em metade ou mais da metade dos itens da dimensão não teve essa respectiva dimensão calculada (“missing”).

Registre-se que o cálculo da dimensão, no âmbito de cada unidade amostral, foi obtido por média algébrica (média aritmética simples) dos escores dos itens, lembrando que a média obtida tem como denominador o número de itens para os quais houve presença de resposta, respeitadas as regras descritas no parágrafo anterior.

3º Passo - Transformação dos escores médios das dimensões para escala de 0 a 100, no âmbito de cada unidade amostral para identificar a confiabilidade

Após validar a amostra, o terceiro passo foi à transformação dos escores médios para a escala de 0 a 100, para fim de padronizar o conjunto das médias, possibilitando a comparação dos resultados das respectivas dimensões, pois originalmente, os itens integrantes de cada dimensão apresentam escalas diferentes. Cada conceito adquire uma pontuação de 0 a 100.

O calculo utiliza seguinte algoritmo:

$$\text{Escore transformado} = \frac{(\text{Escore Observado} - \text{Menor Escore Possível})}{\text{Range dos Escores (Maior Escore Possível} - \text{Menor Escore Possível)}}$$

Os dados nesse estágio foram utilizados para identificar a confiabilidade do instrumento através da correlação entre cada item e as respectivas dimensões, as quais servirão de base para procedimentos relativos à verificação da confiabilidade interna e validade discriminante.

4º Passo - Padronização dos resultados - Z-Escores e Construção dos Índices Sumários.

Para o cálculo dos dois escores agregados e sumários, o Escore Físico (PhS) e o Escore Psicossocial (PsS) foram utilizados dez dos quinze domínios. Conforme orientação metodológica de Landgraf *et al*, multiplica-se o escore Z de cada dimensão por um fator correspondente, obtido por “Análise Fatorial”, técnica estatística utilizada na avaliação de escalas multidimensionais, resultando os Escores Físico (PhS) e Psicossocial (PsS) brutos, que transformados para um padrão com média 50 e desvio padrão 10, são chamados de Escores Físico (PhS) e Psicossocial (PsS) transformados. Os maiores valores indicam um melhor estado de saúde, a partir dos estudos com a população geral dos Estados Unidos.

As vantagens teóricas da utilização de dois índices sumários em relação ao uso de escores individuais estão à obtenção de um menor intervalo de confiança, a eliminação dos efeitos dos valores máximos e mínimos sobre as medidas e, especialmente, a redução de um grande número de conceitos (dimensões) sem a perda substancial de informação^{35,44}.

3.7.2 Descrição de outros procedimentos estatísticos utilizados para compor a análise dos resultados

A análise dos resultados foi orientada para focar o desenho do conjunto de casos do estudo e o formato de análise é o proposto por Landgraf et al e ilustrado no quadro 3.1³⁵.

Quadro 3.1. Grupos estudados

1. Identificar as condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade, para o total de entrevistados
2. Identificar as condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade, com doença respiratória, declarada
3. Identificar as condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade, sem doença respiratória, declarada
4. Identificar diferença nas condições de saúde das crianças com e sem doença respiratória declarada

a) Informação sobre o coeficiente de correlação de Pearson utilizado no presente estudo, para subsidiar os testes de confiabilidade interna e validade discriminante

Foram calculadas todas as correlações entre cada item e as respectivas dimensões para descrever a associação entre as duas, sem fazer julgamento sobre se uma é causa ou consequência da outra e quão consistentemente mudam em conjunto e com isso quantificar.

O coeficiente de correlação de Pearson é definido como uma medida de associação linear entre duas variáveis quantitativas e varia de -1 a 1. É a estimativa de confiabilidade mais utilizada e para fim de consistência interna, espera-se que as correlações dos itens com sua respectiva dimensão seja no mínimo 0,40.

A correlação contendo esses resultados, por grupo estudado, consta no bloco 1 da apresentação dos resultados.

b) Cálculo e interpretação das correlações entre os índices sumários e as dimensões da saúde

Utilizando o mesmo procedimento estatístico de correlação de Pearson, foram calculadas as correlações entre os índices sumários PhS e PsS com cada uma das dimensões. Para esses resultados espera-se:

- As dimensões PF, RP e BP devem apresentar alta correlação positiva com PhS e baixa correlação positiva com PsS(MH, REB,SE e BE).
- As dimensões MH, REB,SE e BE devem apresentar alta correlação positiva com PsS e baixa correlação com PhS(PF,RP e BP).
- As dimensões GH, BE e PT devem apresentar correlação moderada com ambos índices sumários, PhS e PsS.
- Os índices sumários PhS e PsS, devem apresentar baixa correlação.
- A matriz de correlação contendo as correlações do PhS e do PsS com as dimensões entre si, por grupo estudado, constam no bloco 1 da estrutura de apresentação dos resultados.

c) Procedimento para o teste de consistência interna

Este procedimento contextualiza a confiabilidade interna e consideram-se sucesso as correlações iguais ou superiores a 0,40 e insucesso as correlações abaixo desse valor.

Assim, a proporção de sucesso é obtida pela razão entre o numero de itens com sucesso e o total de itens da dimensão, como ilustrado no quadro 3.2.

Quadro 3.2. Ilustração – Teste de consistência interna da dimensão PF

<i>Variáveis</i>	<i>PF</i>
<i>pfalof</i>	<i>0,83</i>
<i>pfsome</i>	<i>0,84</i>
<i>pfneight</i>	<i>0,88</i>
<i>Pfwalk1</i>	<i>0,88</i>
<i>pfbend</i>	<i>0,87</i>
<i>pfsifcar</i>	<i>0,79</i>

<i>Dimensão</i>	<i>K</i>	<i>Range de Correlações</i>	<i>Teste de consistência interna</i>	
		<i>Consistência interna dos itens</i>	<i>Sucesso total</i>	<i>% de sucesso</i>
<i>PF</i>	<i>6</i>	<i>.79 -. 88</i>	<i>6/6</i>	<i>100</i>
<i>RP</i>	<i>2</i>	<i>.94</i>	<i>2/2</i>	<i>100</i>
<i>GH</i>	<i>6</i>	<i>.10-. 55</i>	<i>5/6</i>	<i>83</i>
<i>BP</i>	<i>2</i>	<i>.92-. 94</i>	<i>2/2</i>	<i>100</i>
<i>FA</i>	<i>6</i>	<i>.66-. 77</i>	<i>5/5</i>	<i>100</i>
<i>REB</i>	<i>3</i>	<i>.87-. 90</i>	<i>3/3</i>	<i>100</i>
<i>PT</i>	<i>2</i>	<i>.83-. 86</i>	<i>2/2</i>	<i>100</i>
<i>PE</i>	<i>3</i>	<i>.81-. 89</i>	<i>3/3</i>	<i>100</i>
<i>SE</i>	<i>6</i>	<i>.78-. 82</i>	<i>6/6</i>	<i>100</i>
<i>MH</i>	<i>5</i>	<i>.28-. 73</i>	<i>4/5</i>	<i>75</i>
<i>BE</i>	<i>6</i>	<i>.29-. 65</i>	<i>5/6</i>	<i>83</i>

d) Procedimento para o teste de validade discriminante

O teste de validade discriminante é realizado a partir do exame das correlações dos itens com as todas as dimensões, exceto a sua própria. Considera-se sucesso a situação em que a correlação do item com sua dimensão são maiores do que a correlação com cada uma das outras dimensões de saúde. O quadro 3.3 ilustra com um exemplo.

Quadro 3.3 - Ilustração – Teste de validade Discriminante da dimensão PF

Variáveis	Media	Desvio	PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC
pfalot	3,64	0,81	0,83	0,58	0,18	0,29	0,24	0,46	0,29	0,12	0,04	0,09	0,06	0,07
pfsome	3,67	0,77	0,84	0,59	0,16	0,27	0,24	0,49	0,31	0,10	0,05	0,05	0,10	0,04
pfneigh	3,68	0,78	0,88	0,56	0,18	0,22	0,23	0,52	0,27	0,07	0,04	0,04	0,07	0,05
Pfwalk1	3,73	0,72	0,88	0,58	0,19	0,22	0,22	0,53	0,29	0,07	0,05	0,05	0,07	0,10
pfbend	3,77	0,71	0,87	0,60	0,16	0,21	0,22	0,52	0,31	0,06	0,05	0,08	0,06	0,04
pfsifcar	3,64	0,84	0,79	0,55	0,19	0,17	0,25	0,52	0,31	0,07	0,03	0,11	0,12	0,10

Dimensão	K	Range de Correlações	Teste de validação da discriminante dos itens	
		Validação da discriminante dos itens	Sucesso total	% de sucesso
PF	6	.03 - .60	66/66	100
RP	2	.03-. 67	22/22	100
GH	6	.10- .37	65/66	98
BP	2	.08-.28	22/22	100
FA	6	.07-.42	55/55	100
REB	3	.03-.67	33/33	100
PT	2	.00-.35	22/22	100
PE	3	.03-.31	33/33	100
SE	6	.02-. 19	66/66	100

Observação: neste exemplo todas as associações dos itens com dimensão própria (no caso a dimensão PF) são maiores do que as outras dimensões. Para a variável pfalot, são computados 11 casos com sucesso e assim para todas as 6 variáveis totalizando 66 casos de sucesso para os 66 casos possíveis.

e) Estatística descritiva da distribuição no bloco 2 da estrutura de apresentação dos resultados.

Registre-se que as dimensões são homogeneizadas e possuem valores entre 0 e 100 e os índices sumários foram convertidos segundo a distribuição teórica, com media aritmética de 50 e o desvio padrão de 10 (passo 4 da preparação dos dados para análise).

Sumariamente os resultados contem as seguintes estatísticas: média aritmética, primeiro quartil, segundo quartil, terceiro quartil, porcentagem de valores teto (máximos), porcentagem de valores mínimos (piso), desvio padrão e range, no qual apresenta os valores mínimos e máximos encontrados de cada dimensão.

f) Testes de verificação da igualdade das distribuições (teste de Mann – Whitney) no bloco 2 da estrutura de apresentação dos resultados.

Para verificar se há diferença entre os grupos formados de presença declarada de doença respiratória x ausência declarada de doença respiratória optou-se pela utilização do teste de Mann-Whitney, considerado mais robusto que teste t, pois não pressupõe a normalidade da distribuição.

O teste de Mann-Whitney utiliza o critério de precedência de postos entre os grupos na mesma dimensão. Quanto maior o numero de precedências, mais se caracterizam diferenças entre as populações.

Se aceita como padrão, para rejeição da hipótese da igualdade dos segmentos, nível de significância menor ou igual a 0,05⁴⁵.

g) Teste de consistência interna das escalas utilizando o Alfa de Cronbach (bloco 3 de estrutura de resultados).

Alpha de Cronbach é um dos principais testes de medida da confiabilidade, especificamente para verificar consistência interna, verificando se os dados estão “enviesados”, no qual os itens designados para medir o mesmo conceito estão inter-relacionados, que é a proporção de variabilidade nas respostas^{46, 47}.

Podendo acontecer que diante de uma afirmação, os sujeitos tenham diversas opiniões sendo impossível estabelecer um padrão em suas respostas.

As respostas diferem não porque o questionário seja ruim ou confuso, mas porque as pessoas têm as mais diversas opiniões.

O alpha de Cronbach é baseado no número de itens analisados (K) e a relação do grau de covariância (medida da de associação linear entre duas variáveis) dos itens entre si com a média da variância (quadrado do desvio padrão) dos itens. Varia de 0 a 1, considerando-se como indicador de boa consistência interna valores superiores a 0,7046,47.(bloco 3 da estrutura dos resultados).

3.7.3 Formalização da estrutura de apresentação dos resultados

As análises dos dados buscaram replicar os procedimentos apresentados em Landgraf et al³⁵, utilizando diferentes segmentações e abrange três blocos de análise dos dados:

- O Bloco 1 apresenta os resultados aos testes de consistência interna e validade discriminante das escalas, precedendo as tabelas das correlações (coeficiente de Pearson) entre cada item e sua respectiva dimensão.
- O bloco 2 apresenta as medidas estatísticas que define as distribuições das dimensões de saúde e dos índices sumários PhS e PsS. Os testes de verificação da igualdade das distribuições dos subgrupos formados a partir das segmentações.
- O bloco 3 retoma a análise de confiabilidade das escalas para as segmentações estudadas, pela consistência interna, utilizando o Alpha de Cronbach.

A verificação da relação da doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis segundo a instituição de ensino, grau de instrução dos pais ou responsáveis, renda per capita, bens de consumo pelo critério ABIPEME e etnia das crianças de 5 a 9 anos de idade, residentes no DSEB, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson^{45,48}.

O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e pela Comissão de ética para análise de projeto de Pesquisa-CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da FMUSP, conforme anexo1.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 959 crianças entre 5 a 9 anos de idade, residentes no Distrito de Saúde Escola do Butantã.

A tabela 4.1 ilustra a distribuição da amostra nos 5 bairros pesquisados: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia e o local de estudo :escolas publicas ou privadas das respectivas regiões.

Tabela 4.1. Distribuição da amostra estudada

Distrito Político Administrativo	Escolas Públicas	Escolas Privadas	Total
Butantã	58	32	90
Morumbi	15	51	66
Raposo Tavares	229	29	258
Rio Pequeno	258	84	342
Vila Sônia	158	45	203
Total	718	241	959

A tabela 4.2 aponta a caracterização socioeconômica e cultural das famílias estudadas.

Tabela 4.2. Caracterização sócio-econômica e cultural das famílias

Relação do Entrevistado com a Criança	n	%
Pai ou Mãe Biológica	890	92,8%
Outros (avó, tia etc.)	18	1,9%
Padastro ou Madastra	11	1,1%
Tutor	10	1,0%
Pai ou Mãe Temporária	9	0,9%
Não Respondeu	21	2,2%

Estado Civil do Entrevistado	n	%
Casado	645	67,3%
Nunca se casou	152	15,8%
Separado	73	7,6%
Segundo Casamento	42	4,4%
Divorciado	27	2,8%
Viúvo	19	2,0%
Não Respondeu	1	0,1%

Situação de Emprego do Entrevistado	n	%
Empregado	221	23,0%
Desempregado	483	50,4%
Trabalhador Doméstico	248	25,9%
Não Respondeu	7	0,7%

Grau de Escolaridade do Entrevistado	n	%
Até o Ensino Médio Completo	475	49,5%
Ensino Médio Completo / Ensino Superior	475	49,5%
Não Respondeu	9	0,9%

Renda Familiar <i>Per Capita</i>	n	%
Até 1 Salário Mínimo	166	17,3%
> 1 Salário Mínimo	766	79,9%
Não Respondeu	27	2,8%

Grupo Étnico da Família	n	%
Caucasiano	658	68,6%
Afro-Descendente	252	26,3%
Asiáticos	31	3,2%
Outros	18	1,9%

Sexo da Criança	n	%
Masculino	439	45,8%
Feminino	517	53,9%
Não Informado	3	0,3%

Faixa Etária da Criança	n	%
5 e 6 anos	432	45,0%
7 e 8 anos	315	32,8%
9 anos	164	17,1%
Não respondeu	48	5,0%

A pesquisa mostrou que 92,8% dos entrevistados era o pai ou a mãe biológica da criança. Destes 67,3%, eram casados. Mais da metade dos entrevistados estavam desempregados. Observou-se que 49,5% dos entrevistados indicaram grau de escolaridade até ensino médio completo e 49,5% completaram o ensino médio ou cursaram nível superior. A maioria dos entrevistados, ou seja, 79,9% declararam renda familiar mensal maior que um salário mínimo per capita. Em relação à distribuição étnica referida na amostra, 68,6% consideraram-se caucasianos, 26,3% afro-descendentes e 1,9% orientais. A amostra foi composta por 45% de crianças entre 5 e 6 anos de idade, 32,8% entre 7 e 8 anos e 17,1% com 9 anos, sendo 53,9% do sexo feminino e 45,8% do sexo masculino.

A tabela 4.3 mostra em porcentagem a presença ou ausência de asma e doença respiratória, segundo a declaração dos pais ou responsáveis. Pode-se observar que 6,9% dos pais ou responsáveis referiram asma em seus filhos, enquanto que 8% referiram outros problemas respiratórios.

Tabela 4.3. Presença de asma e outros problemas respiratórios declarada pelos pais ou responsáveis

Situações específicas	Respostas %		
	Sim	Não	Não respondeu
Asma	6,9	92,9	0,2
Problemas respiratórios	8,0	92	0

4.2 Análises dos dados

Bloco 1: Tabelas das correlações (coeficiente de Pearson) e testes de consistência interna e validade discriminante.

A tabela 4.4 aponta a análise das medidas de correlação entre os itens e as dimensões estudadas e revelam que, como no estudo norte-americano, houve predominância das correlações entre o item e sua respectiva dimensão com *R de Pearson* acima de 0,40.

Tabela 4.4. Correlação dos Itens com as Dimensões de Saúde: Resultado para o Total de Entrevistados (N = 959)

Variáveis	Média	Desvio	PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC
pfalot	3,64	0,81	0,83	0,58	0,18	0,29	0,24	0,46	0,29	0,12	0,04	0,09	0,06	0,07
pfsome	3,67	0,77	0,84	0,59	0,16	0,27	0,24	0,49	0,31	0,10	0,05	0,05	0,10	0,04
pfneigh	3,68	0,78	0,88	0,56	0,18	0,22	0,23	0,52	0,27	0,07	0,04	0,04	0,07	0,05
pfwalk1	3,73	0,72	0,88	0,58	0,19	0,22	0,22	0,53	0,29	0,07	0,05	0,05	0,07	0,10
pfbend	3,77	0,71	0,87	0,60	0,16	0,21	0,22	0,52	0,31	0,06	0,05	0,08	0,06	0,04
pfsifcar	3,64	0,84	0,79	0,55	0,19	0,17	0,25	0,52	0,31	0,07	0,03	0,11	0,12	0,10
rpkind	3,74	0,67	0,64	0,94	0,17	0,26	0,29	0,65	0,34	0,15	0,03	0,07	0,11	0,04
rpamount	3,73	0,69	0,64	0,94	0,18	0,22	0,30	0,67	0,35	0,13	0,06	0,14	0,11	0,05
ghlshlth	4,51	1,07	0,24	0,17	0,52	0,19	0,23	0,17	0,15	0,17	0,13	0,08	0,13	0,13
ghnvrill	3,55	1,66	0,05	0,09	0,55	0,07	0,08	0,04	0,07	0,07	0,05	0,01	0,03	0,03
ghcatch	4,07	1,24	0,04	0,04	0,48	0,03	0,17	0,05	0,01	0,08	0,03	0,13	0,12	0,14
ghexpect	4,88	0,61	0,00	0,02	0,10	-0,02	-0,05	0,02	-0,04	-0,06	0,04	-0,07	-0,10	0,00
ghworry	2,38	1,47	0,09	0,07	0,52	0,10	0,04	0,06	0,12	0,06	0,01	-0,04	-0,04	0,02
ghglobal	4,29	0,71	0,22	0,16	0,43	0,37	0,18	0,16	0,13	0,19	0,14	0,12	0,23	0,27
bpglobal	5,23	1,02	0,23	0,22	0,22	0,94	0,21	0,14	0,14	0,19	0,09	0,14	0,20	0,16
bpfreq	5,30	0,88	0,28	0,25	0,21	0,92	0,23	0,19	0,20	0,18	0,08	0,18	0,21	0,16
fatype	4,34	1,01	0,36	0,37	0,24	0,22	0,68	0,42	0,38	0,24	0,09	0,19	0,26	0,12
fainteru	4,22	1,14	0,18	0,18	0,16	0,09	0,70	0,22	0,20	0,14	0,09	0,23	0,24	0,19
fapickup	4,48	0,85	0,26	0,29	0,20	0,18	0,77	0,27	0,33	0,21	0,08	0,21	0,27	0,20
faconflc	4,43	0,89	0,07	0,13	0,09	0,18	0,72	0,14	0,18	0,22	0,13	0,32	0,36	0,23
fachange	4,58	0,83	0,21	0,22	0,21	0,22	0,66	0,26	0,33	0,24	0,05	0,14	0,17	0,20
rebamnt	3,66	0,73	0,55	0,64	0,14	0,14	0,29	0,90	0,28	0,16	0,08	0,13	0,16	0,04
rebkind	3,65	0,77	0,57	0,67	0,15	0,15	0,31	0,90	0,30	0,17	0,07	0,11	0,17	0,03
rebperf	3,69	0,73	0,47	0,56	0,15	0,19	0,31	0,87	0,31	0,19	0,11	0,12	0,27	0,06
ptphysi	3,75	0,70	0,32	0,33	0,15	0,20	0,33	0,26	0,83	0,26	0,00	0,10	0,12	0,08
ptembeh	3,73	0,72	0,28	0,31	0,13	0,14	0,35	0,31	0,86	0,27	0,03	0,14	0,19	0,09
pephysi	3,86	1,28	0,10	0,14	0,23	0,24	0,21	0,11	0,24	0,81	0,13	0,19	0,16	0,06
peembeh	3,67	1,30	0,03	0,09	0,11	0,14	0,27	0,14	0,26	0,89	0,11	0,26	0,26	0,06
peatten	3,74	1,39	0,12	0,16	0,13	0,13	0,25	0,25	0,31	0,85	0,11	0,19	0,29	0,03
seschool	4,14	1,15	0,06	0,09	0,14	0,05	0,14	0,13	0,05	0,09	0,78	0,10	0,16	0,15
seathlet	4,15	1,15	0,11	0,07	0,11	0,13	0,14	0,06	0,05	0,10	0,79	0,10	0,11	0,11
sefriend	4,42	1,01	0,04	0,03	0,05	0,05	0,07	0,10	0,01	0,09	0,82	0,08	0,12	0,09
selooks	4,44	1,01	0,03	0,01	0,09	0,09	0,11	0,05	0,02	0,13	0,82	0,08	0,12	0,11
sefamily	4,52	1,01	-0,02	0,01	0,06	0,03	0,10	0,06	0,00	0,14	0,80	0,09	0,17	0,15
seoveral	4,54	0,95	0,02	0,02	0,12	0,10	0,10	0,06	0,03	0,13	0,84	0,10	0,19	0,13
mhcry	4,03	0,91	0,04	0,06	0,10	0,15	0,22	0,10	0,10	0,22	0,09	0,69	0,36	0,18
mhlonly	4,32	0,87	0,09	0,09	0,09	0,11	0,23	0,10	0,08	0,18	0,13	0,67	0,26	0,12
mhnerves	4,17	0,92	0,06	0,10	0,10	0,19	0,33	0,13	0,16	0,20	0,12	0,71	0,51	0,22
mhupset	4,11	0,87	0,12	0,16	0,08	0,20	0,33	0,14	0,18	0,20	0,16	0,73	0,41	0,21
mhcheer	2,06	1,06	-0,03	-0,05	-0,10	-0,09	-0,08	-0,05	-0,01	-0,02	-0,13	0,28	-0,09	-0,11
beargue	3,60	1,18	0,03	0,09	-0,02	0,18	0,28	0,11	0,15	0,17	0,10	0,36	0,71	0,16
beatten	3,76	1,22	0,08	0,14	0,08	0,16	0,33	0,24	0,20	0,28	0,13	0,32	0,72	0,12
belies	4,38	0,87	0,10	0,08	0,09	0,09	0,24	0,14	0,12	0,18	0,12	0,30	0,65	0,12
besteals	4,94	0,33	-0,01	-0,03	0,09	0,01	0,15	0,04	0,02	0,07	0,05	0,06	0,29	0,12
betemper	4,37	1,00	0,04	0,05	0,08	0,18	0,25	0,09	0,15	0,18	0,09	0,35	0,68	0,18
newbegfp	4,29	0,85	0,07	0,01	0,15	0,10	0,09	0,12	0,04	0,08	0,14	0,16	0,45	0,21

A tabela 4.5 aponta, tomando com referência a tabela de resultado dos entrevistados, que o padrão obtido pelas medidas de correlação revela alto grau de consistência interna e validação discriminante das escalas. O teste de consistência interna, nesse agregado, atinge a taxa máxima de sucesso em oito dimensões das onze investigadas. A validação discriminante para esse mesmo agregado apresenta resultados máximos em dez das onze dimensões, complementados com taxa de 98% na dimensão GH (percepção sobre a saúde geral).

Tabela 4.5. Teste de Consistência Interna e Validação da Discriminante para o total de entrevistados

Dimensão	K	"range" das correlações		Testes de Consistência Interna		Testes de Validação da Discriminante dos Itens	
		Consistência interna dos Itens	Validação da discriminante dos Itens	Sucesso Total	% de Sucesso	Sucesso Total	% de Sucesso
PF	6	.79-.88	.03-.60	6/6	100	66/66	100
RP	2	.94	.03-.67	2/2	100	22/22	100
GH	6	.10-.55	-.10-.37	5/6	83	65/66	98
BP	2	.92-.94	.08-.28	2/2	100	22/22	100
FA	6	.66-.77	.07-.42	5/5	100	55/55	100
REB	3	.87-.90	.03-.67	3/3	100	33/33	100
PT	2	.83-.86	.00-.35	2/2	100	22/22	100
PE	3	.81-.89	.03-.31	3/3	100	33/33	100
SE	6	.78-.82	-.02-.19	6/6	100	66/66	100
MH	5	.28-.73	-.13-.51	4/5	75	55/55	100
BE	6	.29-.65	-.03-.36	5/6	83	66/66	100

Nota: **PF** = Função Física; **RP** = Comportamento Físico Social ; **GH** = Percepções sobre a saúde geral; **BP** = Dores; **FA** = Atividades familiares; **REB** = Comportamento Social; **PT** = Impacto no tempo dos pais; **PE** = Impacto emocional nos pais; **SE** = Auto-Estima; **MH** = Saúde Mental; **BE** = Comportamento Geral; **FC** = Coesão Familiar; **PhS** = Índice Físico; **PsS** = Índice Psicossocial

As tabelas 4.6 e 4.7, respectivamente, apontam a análise das medidas de correlação dos itens com as dimensões de saúde estudadas no grupo de estudantes com ausência e presença declarada de doença respiratória e asma e revelou, como no total de entrevistados, a predominância das correlações entre o item e sua respectiva dimensão acima de 0,40.

Observe-se que no grupo de doenças respiratórias declaradas pelos pais ou responsáveis incluir-se-á o grupo com asma declarada, nas análises subsequentes.

Tabela 4.6. Correlação dos Itens com as Dimensões de Saúde: Resultado para o Grupo de estudantes com AUSÊNCIA DECLARADA DE DOENÇA RESPIRATÓRIA

Variáveis	Média	Desvio	PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC
pfalot	3,66	,81	0,83	0,58	0,16	0,27	0,23	0,46	0,29	0,12	0,04	0,09	0,06	0,09
pfsome	3,68	,76	0,85	0,59	0,12	0,26	0,22	0,50	0,30	0,09	0,05	0,04	0,09	0,04
pfneigh	3,68	,79	0,87	0,55	0,17	0,21	0,23	0,51	0,27	0,07	0,04	0,02	0,04	0,04
pfwalk1	3,73	,73	0,88	0,57	0,18	0,21	0,22	0,51	0,29	0,07	0,05	0,04	0,05	0,09
pfbend	3,76	,72	0,89	0,60	0,15	0,21	0,23	0,52	0,33	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04
pfsifcar	3,63	,85	0,79	0,54	0,18	0,18	0,27	0,52	0,31	0,07	0,02	0,11	0,11	0,11
rpkind	3,74	,68	0,62	0,94	0,16	0,25	0,29	0,64	0,33	0,16	0,03	0,07	0,09	0,04
rpamount	3,72	,71	0,64	0,94	0,18	0,22	0,31	0,66	0,36	0,14	0,07	0,13	0,10	0,06
ghlshlth	4,52	1,06	0,24	0,17	0,52	0,18	0,18	0,15	0,12	0,13	0,14	0,09	0,11	0,11
ghnvrill	3,57	1,67	0,03	0,09	0,56	0,06	0,08	0,04	0,09	0,08	0,05	0,00	0,02	0,00
ghcatch	4,08	1,25	0,03	0,02	0,47	0,00	0,15	0,03	-0,01	0,06	0,04	0,16	0,11	0,13
ghexpect	4,88	,63	-0,02	0,02	0,09	-0,02	-0,05	0,02	-0,05	-0,05	0,02	-0,07	-0,10	-0,02
ghworry	2,39	1,46	0,09	0,07	0,52	0,11	0,04	0,06	0,12	0,08	0,02	-0,05	-0,03	0,02
ghglobal	4,33	,69	0,21	0,14	0,41	0,34	0,17	0,17	0,11	0,19	0,13	0,10	0,23	0,26
bpglobal	5,28	1,00	0,22	0,22	0,21	0,94	0,20	0,14	0,13	0,20	0,10	0,15	0,21	0,17
bpfreq	5,36	,87	0,27	0,25	0,20	0,92	0,23	0,18	0,20	0,18	0,08	0,17	0,19	0,15
fatype	4,36	1,01	0,33	0,35	0,20	0,20	0,67	0,39	0,37	0,22	0,10	0,20	0,26	0,13
fainteru	4,23	1,14	0,16	0,17	0,14	0,05	0,69	0,18	0,15	0,10	0,08	0,22	0,22	0,18
fapickup	4,50	,83	0,27	0,31	0,18	0,17	0,77	0,25	0,31	0,18	0,08	0,23	0,28	0,21
faconflc	4,45	,87	0,07	0,15	0,09	0,21	0,72	0,12	0,19	0,22	0,13	0,34	0,36	0,21
fachange	4,63	,78	0,21	0,22	0,17	0,23	0,63	0,24	0,29	0,22	0,02	0,12	0,15	0,17
rebamnt	3,66	,72	0,55	0,64	0,12	0,14	0,26	0,90	0,27	0,17	0,09	0,11	0,12	0,03
rebkind	3,65	,78	0,56	0,67	0,15	0,14	0,29	0,90	0,30	0,17	0,07	0,10	0,15	0,03
rebperf	3,69	,73	0,46	0,55	0,13	0,18	0,28	0,87	0,29	0,19	0,11	0,13	0,25	0,05
ptphysi	3,76	,70	0,33	0,34	0,14	0,20	0,33	0,28	0,84	0,22	0,00	0,09	0,10	0,10
ptembeh	3,73	,73	0,28	0,30	0,11	0,14	0,34	0,29	0,87	0,25	0,03	0,12	0,18	0,09
pephysi	3,93	1,26	0,10	0,14	0,22	0,23	0,18	0,10	0,21	0,82	0,13	0,19	0,13	0,03
peembeh	3,69	1,30	0,03	0,10	0,11	0,16	0,24	0,13	0,25	0,89	0,12	0,27	0,24	0,06
peatten	3,74	1,38	0,13	0,17	0,13	0,14	0,25	0,26	0,29	0,86	0,12	0,19	0,28	0,05
seschool	4,10	1,17	0,06	0,09	0,15	0,05	0,15	0,13	0,05	0,09	0,79	0,11	0,17	0,15
seathlet	4,15	1,15	0,11	0,08	0,13	0,15	0,13	0,07	0,07	0,11	0,80	0,11	0,12	0,11
sefriend	4,42	1,02	0,02	0,03	0,05	0,04	0,05	0,10	0,01	0,09	0,83	0,08	0,11	0,06
selooks	4,45	1,02	0,03	0,02	0,08	0,08	0,10	0,04	0,01	0,13	0,83	0,09	0,12	0,08
sefamily	4,52	1,02	-0,02	0,02	0,07	0,05	0,11	0,07	-0,01	0,14	0,82	0,09	0,18	0,13
seoveral	4,54	,97	0,01	0,03	0,14	0,10	0,11	0,07	0,04	0,15	0,84	0,09	0,20	0,11
mhcry	4,07	,89	0,03	0,08	0,10	0,15	0,23	0,12	0,08	0,22	0,08	0,70	0,36	0,18
mhlonly	4,33	,86	0,09	0,10	0,10	0,11	0,25	0,10	0,06	0,18	0,11	0,67	0,25	0,11
mhnerves	4,20	,91	0,05	0,09	0,10	0,18	0,33	0,11	0,13	0,20	0,14	0,70	0,51	0,21
mhupset	4,13	,86	0,11	0,16	0,08	0,20	0,34	0,14	0,16	0,20	0,17	0,73	0,41	0,20
mhcheer	2,06	1,08	-0,04	-0,06	-0,10	-0,08	-0,07	-0,06	0,00	0,00	-0,11	0,30	-0,09	-0,10
beargue	3,64	1,17	0,03	0,08	0,00	0,18	0,28	0,09	0,14	0,17	0,11	0,35	0,71	0,15
beatten	3,78	1,22	0,06	0,13	0,08	0,16	0,34	0,23	0,16	0,25	0,15	0,32	0,72	0,15
belies	4,38	,879	0,10	0,08	0,09	0,09	0,26	0,14	0,11	0,16	0,13	0,29	0,66	0,13
besteals	4,94	,315	-0,02	-0,04	0,09	0,01	0,10	0,00	0,01	0,05	0,04	0,04	0,28	0,08
betemper	4,40	,999	0,01	0,04	0,06	0,18	0,23	0,06	0,13	0,15	0,10	0,36	0,68	0,15
newbegfp	4,30	,859	0,06	0,00	0,11	0,07	0,07	0,11	0,03	0,08	0,13	0,16	0,45	0,20

Tabela 4.7. Correlação dos Itens com as Dimensões de Saúde: Resultado para o Grupo de estudantes com PRESENÇA DECLARADA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIA

Variáveis	Média	Desvio	PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC
pfalot	3,52	,77	0,80	0,56	0,30	0,39	0,27	0,46	0,24	0,10	0,06	0,05	0,06	-0,01
pfsome	3,60	,81	0,80	0,57	0,34	0,31	0,33	0,42	0,33	0,15	0,06	0,07	0,16	0,00
pfneigh	3,69	,69	0,88	0,65	0,31	0,28	0,22	0,60	0,32	0,03	0,10	0,19	0,27	0,09
pfwalk1	3,74	,64	0,86	0,70	0,27	0,30	0,28	0,68	0,32	0,05	0,05	0,15	0,22	0,12
pfbend	3,81	,61	0,76	0,59	0,20	0,26	0,18	0,52	0,17	0,08	0,14	0,27	0,20	0,09
pfsifcar	3,70	,74	0,79	0,62	0,27	0,15	0,18	0,57	0,28	0,06	0,03	0,15	0,20	0,07
rpkind	3,75	,61	0,72	0,93	0,27	0,36	0,30	0,70	0,41	0,08	-0,02	0,10	0,27	0,02
rpamount	3,74	,61	0,69	0,94	0,23	0,21	0,27	0,70	0,32	0,10	0,01	0,16	0,20	-0,02
ghlshlth	4,43	1,09	0,25	0,24	0,53	0,23	0,47	0,28	0,36	0,43	0,09	0,02	0,26	0,22
ghnvrill	3,40	1,62	0,15	0,09	0,51	0,12	0,08	0,08	-0,02	-0,04	0,02	0,08	0,04	0,15
ghcatch	4,04	1,19	0,17	0,14	0,54	0,16	0,31	0,18	0,13	0,18	0,02	-0,08	0,13	0,15
ghexpect	4,91	,51	0,14	0,06	0,15	0,04	-0,08	0,03	-0,03	-0,09	0,20	-0,09	-0,09	0,14
ghworry	2,30	1,51	0,07	0,05	0,52	-0,02	0,01	0,03	0,09	-0,04	-0,07	0,01	-0,11	0,02
ghglobal	4,03	,74	0,33	0,27	0,50	0,40	0,19	0,13	0,23	0,12	0,21	0,20	0,17	0,28
bpglobal	4,93	1,10	0,28	0,25	0,29	0,93	0,23	0,14	0,22	0,11	0,08	0,02	0,14	0,10
bpfreq	4,95	,90	0,37	0,32	0,21	0,89	0,20	0,26	0,24	0,12	0,13	0,20	0,24	0,14
fatype	4,21	1,01	0,50	0,53	0,42	0,31	0,69	0,58	0,47	0,34	0,04	0,13	0,28	0,10
fainteru	4,16	1,14	0,26	0,29	0,24	0,33	0,81	0,41	0,51	0,36	0,16	0,30	0,39	0,22
fapickup	4,40	,98	0,20	0,20	0,30	0,18	0,76	0,39	0,46	0,31	0,07	0,10	0,24	0,14
faconflc	4,26	1,01	0,06	0,00	0,03	-0,02	0,73	0,22	0,12	0,22	0,15	0,16	0,31	0,31
fachange	4,30	1,00	0,20	0,23	0,34	0,12	0,74	0,41	0,51	0,28	0,21	0,18	0,27	0,28
rebamnt	3,61	,77	0,58	0,65	0,23	0,14	0,46	0,91	0,34	0,15	0,06	0,26	0,42	0,08
rebkind	3,64	,73	0,64	0,68	0,14	0,21	0,39	0,87	0,31	0,18	0,10	0,13	0,25	0,03
rebperf	3,68	,70	0,54	0,66	0,27	0,24	0,49	0,88	0,48	0,22	0,10	0,12	0,43	0,14
ptphysi	3,75	,71	0,26	0,24	0,21	0,25	0,35	0,19	0,81	0,46	0,05	0,19	0,23	-0,01
ptembeh	3,73	,70	0,30	0,37	0,25	0,14	0,43	0,40	0,84	0,38	0,05	0,26	0,29	0,10
pephysi	3,42	1,37	0,14	0,12	0,25	0,24	0,29	0,14	0,39	0,75	0,16	0,13	0,31	0,18
peembeh	3,54	1,35	0,03	0,04	0,11	0,01	0,39	0,20	0,34	0,88	0,08	0,21	0,39	0,05
peatten	3,72	1,43	0,08	0,08	0,10	0,06	0,30	0,17	0,41	0,85	0,09	0,17	0,37	-0,08
seschool	4,36	1,01	0,06	0,07	0,14	0,16	0,14	0,15	0,04	0,14	0,74	0,11	0,15	0,19
seathlet	4,19	1,13	0,09	0,01	0,05	0,05	0,21	0,06	-0,08	0,05	0,75	0,06	0,02	0,11
sefriend	4,45	,92	0,18	0,06	0,08	0,13	0,18	0,15	0,04	0,13	0,73	0,15	0,18	0,26
selooks	4,37	,96	0,04	-0,04	0,17	0,14	0,20	0,08	0,09	0,15	0,73	0,04	0,10	0,30
sefamily	4,52	,92	0,01	-0,09	-0,02	-0,05	0,06	-0,02	0,07	0,11	0,69	0,08	0,11	0,26
seoveral	4,54	,84	0,04	-0,06	-0,01	0,05	0,03	0,01	-0,01	0,03	0,84	0,13	0,14	0,21
mhcry	3,84	,95	0,05	-0,04	0,06	0,11	0,15	0,01	0,19	0,21	0,23	0,60	0,36	0,17
mhlonly	4,29	,90	0,11	0,08	0,02	0,08	0,14	0,10	0,20	0,14	0,31	0,70	0,32	0,20
mhnerves	3,96	,97	0,16	0,18	0,08	0,15	0,32	0,24	0,32	0,19	0,02	0,74	0,44	0,25
mhupset	3,95	,90	0,17	0,16	0,06	0,11	0,23	0,19	0,27	0,17	0,10	0,73	0,43	0,20
mhcheer	2,03	,97	0,03	0,05	-0,05	-0,13	-0,12	0,02	-0,07	-0,12	-0,29	0,21	-0,10	-0,22
beargue	3,36	1,17	0,06	0,13	-0,13	0,10	0,22	0,23	0,26	0,16	0,09	0,42	0,70	0,17
beatten	3,62	1,23	0,20	0,23	0,00	0,12	0,24	0,36	0,39	0,41	0,06	0,26	0,70	-0,03
belies	4,38	,83	0,11	0,09	0,06	0,08	0,10	0,13	0,17	0,33	0,05	0,41	0,53	0,08
besteals	4,92	,40	-0,01	0,00	0,08	-0,03	0,39	0,26	0,11	0,15	0,13	0,13	0,34	0,25
betemper	4,20	1,01	0,22	0,18	0,22	0,16	0,34	0,28	0,32	0,33	0,02	0,28	0,62	0,29
newbegfp	4,21	,83	0,12	0,12	0,35	0,22	0,17	0,17	0,05	0,04	0,24	0,12	0,44	0,26

A tabela 4.8 mostra o teste de consistência interna e validação discriminante para o grupo de estudantes com presença e ausência de problema respiratório, incluindo a asma, declarada pelos pais e responsáveis. Os resultados são altamente satisfatórios em todas as dimensões à exceção das dimensões: GH (percepção sobre a saúde geral), MH (Saúde mental) e BE (comportamento geral). A validação discriminante foi de 100% em oito das onze dimensões estudadas.

Tabela 4.8. Teste de Consistência Interna e Validação da Discriminante para o estudo Grupo de estudantes com Presença Declarada de Doenças Respiratórias Declarada e Grupo de estudantes com Ausência Declarada de Doenças Respiratórias

Dimensão	K	Range das correlações				Testes de Consistência Interna				Testes de Validação da Discriminante do Itens			
		Consistência interna dos Itens		Validação da discriminante dos Itens		Sucesso Total		% de Sucesso		Sucesso Total		% de Sucesso	
		Pres.	Aus.	Pres.	Aus.	Pres.	Aus.	Pres.	Aus.	Pres.	Aus.	Pres.	Aus.
PF	6	.76-.88	.79-.89	-.01-.70	.02-.60	6/6	6/6	100	100	66/66	66/66	100	100
RP	2	.93-.94	.94	-.02-.72	.03-.66	2/2	2/2	100	100	22/22	22/22	100	100
GH	5	.15-.54	.09-.56	-.11-.47	-.10-.34	5/6	5/6	83	83	65/66	65/66	98	98
BP	2	.89-.93	.92-.94	.02-.37	.08-.27	2/2	2/2	100	100	22/22	22/22	100	100
FA	6	.69-.81	.63-.77	-.02-.58	.02-.39	5/5	5/5	100	100	66/66	66/66	100	100
REB	3	.88-.91	.87-.90	.03-.68	.03-.67	3/3	3/3	100	100	33/33	33/33	100	100
PT	2	.81-.84	.84-.87	-.01-.46	.00-.34	2/2	2/2	100	100	22/22	22/22	100	100
PE	3	.75-.88	.82-.89	-.08-.39	.03-.29	3/3	3/3	100	100	33/33	33/33	100	100
SE	6	.69-.84	.79-.84	-.09-.26	-.02-.20	5/5	5/5	100	100	66/66	66/66	100	100
MH	5	.21-.74	.30-.73	-.29-.44	-.11-.51	4/5	4/5	80	80	53/55	55/55	96	100
BE	6	.34-.70	.28-.72	-.13-.41	-.04-.36	5/6	5/6	83	83	65/66	66/66	98	100

Bloco 2- Índices sumários.

Phs – Bem estar Físico e PsS - Bem estar Psicossocial para o total de entrevistados, ausência e presença declaradas de problema respiratório

A tabela 4.9 aponta os índices sumários para total de entrevistados, ausência e presença declarada de problemas respiratórios.

Os índices sumários representam a média das dimensões da avaliação física (PhS) e psicossocial (PsS). Valores acima de 50 indicam uma situação favorável. Observa-se que os índices sumários PhS e PsS no total de entrevistados e no grupo sem problemas respiratórios declarados estão acima de 50. No caso de problemas respiratórios declarados pelos pais e responsáveis, somente o índice sumário de PhS encontrou-se acima de 50.

Tabela 4.9. Índices sumários do total de entrevistados para ausência e presença declarada de problemas respiratórios

	Total de entrevistados	Ausência declarada problema respiratória/ asma	Presença declarada problema respiratória/asma
Media PhS	51,43	51,61	50,32
Media PsS	50,02	50,21	48,86

A tabela 4.10 apresenta as principais estatísticas descritivas da distribuição para o total dos entrevistados (média, percentil, desvio padrão, range, % teto e % piso), em cada uma das dimensões estudadas, além dos índices sumários (físico e psicossocial). Exemplificando, a média para a

dimensão PF (função física) na população estudada é de 89,6. Os grupos segmentares de crianças que obtiverem pontuações acima ou abaixo de 89,6 estarão, respectivamente, acima ou abaixo da média desta população. O percentil 50 (mediana) é de 100,0, indicando que 50% da pontuação obtida pela população estudada estão em 100,0 ou abaixo de 100,0. O desvio padrão é de 21,7. O “range” indica que todas as pontuações possíveis entre 0 e 100 foram observadas. Verificou que 67,5% das crianças pesquisadas receberam uma pontuação considerada perfeita (% teto) e menos de 1% recebeu a pontuação mais baixa (% piso).

Tabela 4.10: Pontuação das Escalas para o Total de Entrevistados

Estatísticas		PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC	PhS	PsS
Média		89,6	91,1	73,7	85,3	85,7	88,8	90,4	68,9	84,2	68,4	80,6	74,6	51,4	50,0
Percentil	25	88,9	100,0	64,2	80,0	79,2	88,9	88,9	58,3	79,2	60,0	72,5	60,0	49,5	45,6
	50 ¹	100,0	100,0	75,0	90,0	91,7	100,0	100,0	75,0	91,7	70,0	83,3	85,0	54,6	51,1
	75	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	91,7	100,0	75,0	91,7	85,0	57,7	55,7
% Teto		67,5	80,1	2,2	49,2	34,7	70,9	74,8	16,5	28,8	2,6	8,8	1,0	--- ²	
% Piso		1,0	1,8	0,2	0,1	0,1	1,1	2,9	6,2	2,4	0,1	0,1	16,8		
Desvio Padrão		21,7	21,4	13,3	17,7	16,3	22,0	21,5	28,2	21,1	14,0	14,4	19,2	10,1	7,8
“range”		0-100	0-100	22-100	0-100	8-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	-1,4-67	20-66	-1-67	20-66

¹ Mediana ² Estatística não aplicada para as médias gerais

Nota: **PF** = Função Física; **RP** = Comportamento Físico Social; **GH** = Percepções sobre a saúde geral; **BP** = Dores; **FA** = Atividades familiares; **REB** = Comportamento Social; **PT** = Impacto no tempo dos pais; **PE** = Impacto emocional nos pais; **SE** = Auto-Estima; **MH** = Saúde Mental; **BE** = Comportamento Geral; **FC** = Coesão Familiar; **Phs** = Índice Físico; **PsS** = Índice Psicossocial

Na tabela 4.11 observa-se a pontuação das escalas do grupo de estudantes com ausência declarada de problemas respiratórios. As dimensões PF, GH, BP, FA, REB, PT MH, BE, FC e os dois índices sumários apresentaram-se acima da média do total de entrevistados.

Em relação ao grupo de estudantes com presença declarada de problemas respiratórios, verificou-se que, dentre as dimensões estudadas, somente a dimensão SE (auto-estima) encontrou-se acima das dimensões verificadas para o total de entrevistados. Os dois índices sumários PhS e PsS estão abaixo dos índices sumários observados para o total de entrevistados.

Tabela 4.11. CHQ-PF50 Pontuação das Escalas segundo o grupo de estudantes formado a partir do tipo de declaração do responsável (AUSÊNCIA DECLARADA ou PRESENÇA DECLARADA DE DOENÇA RESPIRATÓRIA)

a) Grupo de estudantes com Ausência Declarada de Doenças Respiratória

Estatísticas		PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC	PhS	PsS
Média		89,73	91,03	74,06	86,40	86,27	88,93	90,48	69,73	84,08	68,91	81,02	75,05	51,61	50,21
Percentil	25	94,44	100,00	64,17	80,00	79,17	88,89	100,00	58,33	79,17	60,00	72,50	60,00	49,91	45,71
	50 ^a	100,00	100,00	75,00	100,00	91,67	100,00	100,00	75,00	91,67	70,00	83,33	85,00	54,84	51,41
	75	100,00	100,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	91,67	100,00	80,00	91,67	85,00	57,79	55,97
% Teto		69,0	80,5	2,3	52,2	36,1	71,2	75,2	17,9	29,8	2,8	9,1	17,5	--- ^b	
% Piso		1,1	2,1	0,2	0,1	0,1	1,3	2,9	5,9	2,5	0,1	0,1	0,7		
Desvio Padrão		22,14	21,72	13,25	17,39	15,79	22,09	21,65	28,11	21,58	13,98	14,43	18,77	10,15	7,78
Range		0-100	0-100	22-100	0-100	8-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	26-100	0-100	-2-67	20-67

b) Grupo de estudantes com Presença Declarada de Doenças Respiratória Declarada

Estatísticas		PF	RP	GH	BP	FA	REB	PT	PE	SE	MH	BE	FC	PhS	PsS
Média		89,16	91,42	71,26	78,81	82,03	88,23	90,13	64,05	85,11	65,33	77,97	72,01	50,32	48,86
Percentil	25	83,33	100,00	62,50	60,00	75,00	86,11	88,89	50,00	79,17	60,00	68,33	60,00	46,61	44,70
	50 ^a	100,00	100,00	72,50	80,00	86,25	100,00	100,00	75,00	91,67	65,00	79,17	85,00	52,48	49,76
	75	100,00	100,00	80,83	100,00	100,00	100,00	100,00	83,33	95,83	75,00	87,92	85,00	56,80	54,80
% Teto		58,2	77,6	1,5	30,6	26,1	69,4	72,4	7,5	22,4	1,5	6,7	12,7	--- ^b	
% Piso		0,7	2,2	0,7	0,7	1,5	1,5	3,0	7,5	1,5	0,7	0,7	3,0		
Desvio Padrão		19,23	19,03	13,63	18,36	18,80	21,75	20,96	28,62	17,96	13,93	13,64	21,49	9,61	7,98
Range		0-100	17-100	31-100	30-100	17-100	11-100	0-100	0-100	0-100	20-100	30-100	0-100	8-64	21-65

¹ Mediana

¹ Estatística não aplicada para as médias gerais

Nota: **PF** = Função Física; **RP** = Comportamento Físico Social ; **GH** = Percepções sobre a saúde geral; **BP** = Dores; **FA** = Atividades familiares; **REB** = Comportamento Social; **PT** = Impacto no tempo dos parentes; **PE** = Impacto emocional nos parentes; **SE** = Auto-Estima; **MH** = Saúde Mental; **BE** = ; **FC** = Coesão Familiar; **PhS** = Índice Físico; **PsS** = Índice Psicossocial

A tabela 4.12 aponta os resultados do teste de Mann - Whitney, que rejeita a hipótese nula de relativa igualdade de distribuição para os índices sumários físico (Phs) e psicossocial (PsS), e demonstra que as condições de saúde das crianças com presença declarada de doenças respiratórias são estatisticamente diferentes, segundo a declaração dos pais ou responsáveis. Registre-se também que há diferenças estatísticas para as dimensões PF (função física); GH (percepção sobre a saúde geral); FA (atividades familiares); PE (impacto emocional dos pais); MH (saúde mental); BE (comportamento).

Tabela 4.12. Teste de Mann-Whitney para Diferença dos Segmentos no Estudo: Presença Declarada de doença respiratória X Ausência Declarada de doença respiratória

	z	Sig. (2-tailed)
PF	-2,107	0,035
RP	-0,580	0,562
GH	-2,212	0,027
BP	-4,859	0,000
FA	-2,540	0,011
REB	-0,479	0,632
PT	-0,629	0,530
PE	-2,423	0,015
SE	-0,633	0,527
MH	-2,877	0,004
BE	-2,937	0,003
FC	-1,259	0,208
PHS	-2,718	0,007
PSS	-1,998	0,046

Bloco 3 - Medidas de confiabilidade para os segmentos estudados utilizando o Alpha de Cronbach.

A tabela 4.13 indica os resultados do coeficiente de confiabilidade utilizando o Alpha de Cronbach para o estudo Presença declarada de doença respiratória x Ausência declarada de doença respiratória.

Tabela 4.13. Coeficientes de Confiabilidade para o estudo PRESENÇA declarada de Doença Respiratória X AUSÊNCIA declarada de Doença Respiratória

Alpha de Cronbach	Tipo de Instituição de Ensino		
	Total de Entrevistados (N=959)	Presença de Doença Respiratória	Ausência de Doença Respiratória
% $\geq 0.70^{(1)}$	73	73	73
Amplitude (α)	.20-. 92	.18-. 92	.27-. 89
Mediana (α)	.81	82	77

Porcentagem de dimensões com o coeficiente Alpha de Cronbach maior ou igual a 0,70

Analisando os coeficientes de confiabilidade para o estudo presença declarada de Doença Respiratória X ausência declarada de Doença Respiratória observa-se que das 12 dimensões estudadas, 73% obtiveram o Alpha de Cronbach maior que 70%.

Bloco 4 - Verificação da relação da doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis segundo a instituição de ensino, grau de instrução dos pais ou responsáveis, renda *per capita*, bens de consumo pelo critério ABIPME e etnia das crianças de 5 a 9 anos de idade, residentes no DSEB.

As tabelas abaixo apontam se há ou não relação entre presença ou ausência de doença respiratória declarada pelos pais e responsáveis, e a instituição de ensino que a criança freqüenta, o grau de instrução dos pais ou responsáveis, renda *per capita* da família, classe social definida pelo critério ABIPME e etnia referida das crianças de 5 a 9 anos de idade, residentes no DSEB. Utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Observa-se na tabela 4.17 que o tipo de escola que a criança freqüentava apresentou influência na declaração de doença respiratória. Assim, os pais de crianças que freqüentavam escolas privadas, declararam significativamente mais doença respiratória em seus filhos, comparados aos pais de crianças que estudavam em escolas públicas.

Tabela 4.17. Declaração de presença ou ausência de doença respiratória segundo a natureza da instituição de ensino

	Presença declarada de doença respiratória		Ausência declarada de doença respiratória	
	Frequência	%	Frequência	%
Escola pública	82	11,4	636	88,6
Escola privada	52	21,6	189	78,4
Total	134	14,1	815	85,9

$$\chi^2 \text{ de Pearson} = 15,483 \quad (p=0,000)$$

A tabela 4.18 aponta que houve diferença na declaração de presença de doença respiratória de acordo com o grau de instrução dos pais ou responsáveis. Assim, pais com grau de instrução superior ou ensino médio completo declararam significativamente mais doença respiratória em seus filhos, comparados aos pais com grau de ensino médio incompleto.

Tabela 4.8. Declaração de presença ou ausência de doença respiratória segundo o grau de instrução do responsável pela criança (respondente)

	Presença declarada de doença respiratória		Ausência declarada de doença respiratória	
	Frequência	%	Frequência	%
Até ensino médio incompleto	51	10,7	424	89,3
Ensino médio completo ou superior	83	17,5	392	82,5
Total	134	14,1	815	85,9

$$\chi^2 \text{ de Pearson} = 8,897 \quad (p=0,003)$$

Observa-se na tabela 4.19 que não houve diferença entre renda *per capita* da família e declaração de doença respiratória.

Tabela 4.19. Declaração de presença ou ausência de doença respiratória segundo a faixa de renda familiar per capita

	Presença declarada de doença respiratória		Ausência declarada de doença respiratória	
	Frequência	%	Frequência	%
Até 1 salário mínimo familiar 'per capita'	21	11,9	155	88,1
Mais de 1 salário mínimo familiar 'per capita'	111	14,5	655	85,5
Total	132	14,1	801	85,9

$$X^2_{\text{de Pearson}} = 0,778 \quad (p=0,378)$$

Verifica-se na tabela 4.20 que não houve diferença entre renda por classe de consumo segundo o critério ABIPEME e declaração de doença respiratória.

Tabela 4.20. Declaração de presença ou ausência de doença respiratória segundo a classe de consumo de consumo da família (Critério ABIPEME)

	Presença declarada de doença respiratória		Ausência declarada de doença respiratória	
	Frequência	%	Frequência	%
A/B	60	18,8	260	81,3
C	51	12,6	353	87,4
D/E	23	9,8	212	90,2
Total	134	14	825	86

$$X^2_{\text{de Pearson}} = 0,778 \quad (p=0,378)$$

A tabela 4.21 observa que não houve diferença entre etnia da família e declaração de doença respiratória.

Tabela 4.21. Declaração de presença ou ausência de doença respiratória segundo o grupo étnico do responsável pela criança (entrevistado)

	Presença declarada de doença respiratória		Ausência declarada de doença respiratória	
	Frequência	%	Frequência	%
Caucasiano/branco	99	15,0	559	85,0
Não caucasiano/não branco	32	11,1	257	88,9
Total	131	13,8	816	86,2

χ^2 de Pearson = 2.659 (p=0,103)

5. DISCUSSÃO

5.1 Distrito de Saúde Escola do Butantã e a caracterização da amostra estudada

O município de São Paulo é um dos pólos de destaque entre as denominadas cidades globais, ocupando a terceira posição dentre as maiores aglomerações urbanas do mundo. Abriga 10% da população nacional com uma taxa de crescimento anual estimada de 8% em 2007. Foi caracterizada por Milton Santos como "operária e operosa", pois há um tempo em que oferece o maior número de empregos intelectuais do mundo, com uma classe média também numerosa, observa-se aumento crescente da pobreza urbana. O Município de São Paulo caracteriza-se, portanto, por um interessante paradoxo: é uma cidade abastada por um lado e pobre, por outro^{49, 50}.

O Distrito de Saúde Escola do Butantã situa-se a sudoeste do Município de São Paulo, cobrindo uma área de 56,1 km², o que corresponde a 3,75% da área total do município de São Paulo¹².

O DSEB segue os padrões da cidade de São Paulo. Caracteriza-se por possuir bairros de extrema distinção entre si, a exemplo dos bairros Raposo Tavares e Morumbi. Esses abrigam indivíduos de diferentes níveis social, econômico e cultural, gerando conflitos de reconhecida dimensão nos dias de hoje⁵⁰.

A caracterização sócio - econômica das famílias estudadas no presente estudo também espelha a situação da cidade de São Paulo e do DSEB.

Observamos que 92,8% dos respondentes eram mães ou pais biológicos, sendo que, desse total, 89% corresponderam às mães. As crianças desta amostra vivem em um núcleo familiar definido. Verificamos que, do total de entrevistados, 67,3% eram casados. Estes dados concordam com a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) de 2005, que registram que, na cidade de São Paulo, 51,34% das famílias eram compostas por casal com filhos⁵¹.

Observa-se no Brasil que desde a década de 90 ocorre uma tendência de queda da taxa de participação dos homens como provedores de renda. As mulheres estão assumindo este papel, acumulando com suas funções domésticas. A taxa de atividade profissional das mulheres na região metropolitana de São Paulo é de 50%⁵¹. Verificou-se, no presente trabalho, que 23% dos responsáveis pela criança estavam empregados no momento da entrevista; que 50,4 % estavam desempregados e que 25,9% indicaram serem trabalhadores domésticos. Registre-se que a entrevista foi realizada, em aproximadamente 89% dos casos, com a mãe ou responsável do sexo feminino. Portanto, na população estudada do DSEB, de forma diversa dos registros de tendência apontados pelas pesquisas nacionais, a maior parte dos entrevistados, que pertencia ao sexo feminino, não estava trabalhando ou apresentou-se como trabalhador doméstico.

Dados da PNAD de 2005 informam que a média de frequência às escolas da população economicamente ativa no Brasil é de apenas 6,7 anos. Estes dados preocupam muito, uma vez que a educação é hoje considerada como o fator mais impactante para garantir o crescimento e desenvolvimento de um país. Na Cidade de São Paulo a população economicamente ativa apresenta uma média de 7,4 anos de estudo; melhor que o índice nacional, mas muito aquém ainda do que se espera em uma época onde a necessidade de conhecimento especializado é cada vez maior⁵¹. Neste estudo observamos que aproximadamente metade dos entrevistados, ou seja, 49,5% declararam ensino médio completo ou superior e a outra metade ensino médio incompleto. Isto significa que, muito embora metade da população estudada tenha pelo menos 8 anos de estudo, a outra metade ainda está abaixo do que se espera.

Sabe-se que as condições de saúde na infância são significativamente determinadas pela evolução do poder aquisitivo das famílias e pela progressão da escolaridade de seus integrantes, especialmente da escolaridade materna. De fato, ao maior grau de escolaridade do provedor da família, associam-se melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, maior renda *per capita*. Monteiro e Benicio, observaram que 67% das famílias na cidade de São Paulo apresentaram renda maior que 1 salário mínimo *per capita*. Neste estudo, verificamos que a maioria das famílias entrevistadas (79,9%) referiram possuir renda mensal familiar maior que 1 salário mínimo *per capita*. A amostra estudada, portanto, revelou-se estar acima dos padrões encontrados na cidade de São Paulo^{52, 53}.

Em relação à etnia referida pelas famílias do DSEB, observamos que 68,6% se auto declararam caucasianos e 26,3% afro-descendentes. Estes dados se assemelham aos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2004 em São Paulo, que registrou uma distribuição de 65,7% caucasianos e 32,2% de afro-descendentes⁵⁴.

Conclui-se, portanto, que a população estudada no Distrito de Saúde Escola do Butantã apresenta um perfil característico. Por um lado, espelha a multiplicidade sócio-econômica e cultural da cidade de São Paulo e, por outro, é diverso da população brasileira em geral.

No município de São Paulo, informações epidemiológicas de 2002 pelo Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (Pro-AIM) indicam a doença respiratória como a patologia mais freqüentemente observada na faixa etária pediátrica e uma das principais causas de mortalidade na infância, principalmente no primeiro ano de vida⁵⁵.

Benício *et al.* ressaltam que houve um aumento significativo de doenças respiratórias na Cidade de São Paulo nos últimos anos, independentemente do nível sócio-econômico cultural. O aumento da poluição e a socialização mais precoce das crianças em creches e escolas seriam fatores que poderiam explicar este fato. Estes autores observam também que, diferentemente da maioria das doenças infecto-contagiosas, as doenças respiratórias caracteristicamente aumentam em proporção direta ao aumento da renda familiar. Isso se deve muito provavelmente ao fato de que o maior

poder aquisitivo proporciona maior poder de compra e as pessoas permitem-se adquirir bens como cortinas, tapetes ou bichinhos de pelúcia que concentram grande quantidade de pó e ácaros domiciliares, contribuindo para o aumento das taxas de doença respiratória em todas as camadas sociais^{52,56}.

Infere-se, portanto, que a análise das condições de saúde das crianças com e sem doença respiratória do DSEB é de fundamental importância para que se possam definir ações multisetoriais efetivas que contribuam para melhorar a saúde com qualidade de vida das crianças e minimizar, dentro do possível, os efeitos deletérios impeditivos de uma perspectiva saudável de crescimento e desenvolvimento nesta faixa etária.

5.2 Análise dos dados obtidos: População Geral

A análise dos dados da amostra estudada revelou que as respostas foram fidedignas, o que ficou demonstrado pelo alto grau de consistência interna e validação discriminante das mesmas. As condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos do DSEB foram consideradas satisfatórias, de acordo com os resultados obtidos pelo questionário CHQ PF-50.

Os índices sumários, que representam a média das dimensões que avaliam o bem-estar físico (PhS) e bem-estar psicossocial (PsS), apresentaram-se igualmente favoráveis na população geral estudada, uma vez que seus valores médios situaram-se acima de 50,0.

As crianças de 5 a 9 anos do DSEB, portanto, apresentaram boas condições de saúde física e psicossocial. Assim, as condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos do DSEB foram consideradas satisfatórias.

5.3 Análise dos dados obtidos: grupo de estudantes com presença declarada de doenças respiratória e ausência declarada de doença respiratória

A análise dos dados no grupo de estudantes com e sem doença respiratória indicou que as respostas foram igualmente fidedignas, como demonstram os testes de consistência interna e validação discriminante. Estes dados apresentaram o mesmo padrão de resultados que os obtidos da população geral do estudo.

A análise dos índices sumários dos dois grupos estudados revelou que ambas as médias obtidas para as crianças do grupo sem doença respiratória declarada e a média do índice físico (PhS) das crianças com doença respiratória foram superiores a 50,0 e , portanto, consideradas satisfatórias. Por outro lado, a média do índice sumário psico social (PsS) no grupo de alunos com doença respiratória declarada foi abaixo de 50 e, portanto, considerada insatisfatória.

No entanto, a comparação dos índices sumários físico e psico social pelo teste de Mann Whitney registrou que as crianças cujos pais declaram a

presença de doença respiratória apresentaram condições de saúde física e psico social menos satisfatórias do que as crianças sem doença respiratória.

Estes dados refletem a importância da doença respiratória em nosso meio, não só como a principal causa de morbimortalidade em crianças, gerando seqüelas muitas vezes irreversíveis para a própria criança e sua família, mas também e principalmente porque a doença respiratória interfere diretamente na qualidade de vida física, psicológica e emocional da criança e de sua família. Saúde hoje se define como situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. A presença da doença respiratória é impeditiva, portanto, de uma vida com saúde em seu pleno sentido.

A presença da doença respiratória, portanto, interferiu de forma deletéria na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, uma vez que os sintomas físicos de desconforto, principalmente quando relacionados à falta de ar, dificultaram as atividades do dia a dia e, conseqüentemente, terminaram por gerar um impacto psico social negativo. Naturalmente esta situação poder-se-ia tornar um ciclo, especialmente nos casos de doença respiratória de repetição.

5.4 Análise dos Dados Obtidos: relação da doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis com as seguintes variáveis: instituição de ensino da criança (escola pública ou privada), grau de instrução dos pais ou responsáveis, renda *per capita*, classe de consumo segundo o critério ABIPEME e etnia referida

Observamos neste estudo que pais cujas crianças freqüentavam escolas privadas referiram significativamente mais doença respiratória em seus filhos, quando comparados aos pais cujas crianças estudavam em escolas públicas.

Verificamos também que pais com grau de instrução superior ou ensino médio completo, declararam significativamente mais doença respiratória em seus filhos, comparados aos pais com grau de ensino médio incompleto.

Sabe-se que a percepção mais apurada sobre a saúde dos filhos geralmente associa-se à maior escolaridade dos pais, especialmente da mãe, que foi a respondente mais freqüente deste estudo. Além disso, a maior escolaridade, por sua vez, determina melhores condições de vida. Muito provavelmente por isso observamos que pais cujos filhos freqüentavam escolas privadas e com melhor nível de escolaridade referiram mais doença respiratória em seus filhos. Acrescente-se a isto o fato de que Benício e colaboradores apontaram que as doenças respiratórias ocorrem em todos os extratos sociais e tendem também a aumentar com a melhora do padrão de

vida dos indivíduos. Assim, estes dados se explicam, pois, por um lado, temos a percepção provavelmente mais apurada de pais com maior nível de escolaridade e, por outro, o fato de que efetivamente há um aumento das doenças respiratórias em indivíduos com melhores condições de vida.

O presente estudo verificou também a renda da família, seja analisada pelo critério de renda *per capita* ou pelo critério de consumo segundo a ABIPME não interferiu na declaração de doença respiratória pelos pais. Infere-se, portanto, que a percepção dos pais em relação às condições de saúde de seus filhos relacionou-se mais ao grau de escolaridade do que ao nível sócio econômico propriamente dito.

De forma semelhante, a etnia declarada pela família não interferiu na declaração de doença respiratória pelos pais.

É possível conceber que a percepção que cada indivíduo tem a respeito de sua problemática de saúde não necessariamente reflete o diagnóstico dado pelo prestador de serviço médico. Pois seus conceitos passam por saberes, valores e práticas populares influenciados pelo contexto sócio-cultural do meio em que vivem e influenciados, diretamente, pelo grau de instrução dos indivíduos.

Infere-se, portanto, que à melhora do nível educacional associar-se-ão conquistas em vários determinantes das condições de saúde das nossas crianças.

Em suma, observamos que as crianças cujos pais referiram a presença de doenças respiratórias apresentaram condições de saúde física e psico social insatisfatórias, quando comparadas às crianças sem doença respiratória declarada. Verificamos também que a maior percepção dos pais associou-se ao fato das crianças estudarem em escolas privadas e ao maior grau de escolaridade materna ou paterna, independentemente da renda mensal ou da etnia referida.

Conclui-se, assim, que as doenças respiratórias constituem importante causa de morbimortalidade em nosso meio. Entendê-la em seus múltiplos aspectos é de fundamental importância para que ações efetivas sejam tomadas no sentido de minimizar o custo físico e emocional para as crianças e suas famílias.

6. CONCLUSÕES

-
- As condições de saúde física e psicossocial, identificadas pelo CHQ, foram menos satisfatórias nas crianças com doença respiratória declarada pelos pais ou responsáveis, quando comparadas às crianças sem doença respiratória declarada.
 - Os pais de crianças que freqüentavam escolas privadas declararam significativamente mais doença respiratória em seus filhos comparados aos pais de crianças que estudavam em escolas públicas.
 - Os pais com grau de instrução superior ou ensino médio completo declararam significativamente mais doença respiratória em seus filhos comparados aos pais com grau de ensino médio incompleto.
 - Não houve diferença entre renda *per capita* da família e declaração de doença respiratória nas crianças de 5 a 9 anos no DSEB.
 - Não houve diferença entre renda por classe de consumo segundo o critério ABIPEME e declaração de doença respiratória nas crianças de 5 a 9 anos no DSEB.
 - Não houve diferença entre etnia da família e declaração de doença respiratória nas crianças de 5 a 9 anos no DSEB.

7. ANEXOS

Anexo 1 –CHQ-PF 50

Questionário Sobre a Saúde da Criança -Relatório dos Pais CHQ - PF50

- Instruções -

1. Este questionário pergunta sobre a saúde e bem estar de seu filho. Suas respostas individuais não serão compartilhadas com ninguém.
2. Se você optar por não participar, não haverá problema algum.
3. Responda as questões marcando no local apropriado.
4. Certas questões podem parecer semelhantes, mas nenhuma é igual a outra. Algumas perguntas dizem respeito a problemas que seu filho pode não ter. Isto é muito bom e é importante que saibamos. Queira responder cada uma das perguntas.
5. Não há respostas certas ou erradas. Se você estiver em dúvida de como responder uma pergunta, dê a melhor resposta que puder, e faça um comentário na margem.
6. Todos os comentários serão lidos; portanto, sinta-se livre para fazer quantos quiser. Não deixe perguntas sem resposta.
7. Não precisa se identificar. Todos os questionários respondidos nesta pesquisa serão avaliados em conjunto.

Item 1 : Saúde global de seu filho

1.1. Em geral, você diria que a saúde de seu filho é :

- Excelente ()
 Muito Boa ()
 Boa ()
 Razoável ()
 Má ()

Item 2 : Atividades Físicas de seu filho

As questões seguintes referem-se às atividades físicas que seu filho pode ter ao longo do dia.

2.1. Nas últimas 4 semanas seu filho foi limitado de exercer (isto é, não conseguiu exercer) alguma das atividades abaixo devido a problemas de saúde?

	SIM muito limitado	SIM mais ou menos limitado	SIM pouco limitado	NÃO não foi limitado
a) Fazer coisas que precisam MUITA energia como jogar futebol ou correr?				
b) Fazer coisas que precisam ALGUMA energia como andar de bicicleta ou de patins?				
c) Capacidade (física) de andar pela vizinhança, parquinhos (playground) ou escola?				
d) Andar um quarteirão ou subir um lance de escadas?				
e) Abaixar, levantar ou se inclinar?				
f) Cuidar de si mesmo, isto é , comer, vestir-se, tomar banho ou ir ao banheiro?				

Item 3: Atividades diárias de seu filho

3.1 Durante as 4 últimas semanas, o trabalho escolar de seu filho ou as atividades com amigos foram de alguma das seguintes maneiras limitadas devido a dificuldades ou problemas *EMOCIONAIS* com seu *COMPORTAMENTO*?

	SIM muito limitadas	SIM bastante limitado	SIM um pouco limitadas	NÃO sem limitações
a) Limitadas no TIPO de trabalho escolar ou atividades com amigos que ele poderia fazer.				
b) Limitadas na QUANTIDADE de tempo que ele poderia gastar em trabalhos escolares ou em atividades com amigos.				
c) Limitadas na REALIZAÇÃO de trabalhos escolares ou de atividades com amigos (precisou de esforço extra).				

3.2 Durante as 4 últimas semanas, o trabalho escolar de seu filho ou as atividades com amigos foram de alguma das seguintes maneiras limitadas devido a dificuldades ou problemas com sua saúde *FÍSICA* ?

	SIM muito limitadas	SIM Razoável- mente limitadas	SIM um pouco limitadas	NÃO sem limitações
a) Limitadas no TIPO de trabalho escolar ou atividades com amigos que ele poderia fazer.				
b) Limitadas na QUANTIDADE de tempo que ele poderia gastar em trabalhos escolares ou em atividades com amigos				

Item 4: Dor

4.1 Durante as 4 últimas semanas, qual a intensidade de dor ou desconforto físico que seu filho teve?

- () Nenhuma
- () Muito leve
- () Leve
- () Moderada
- () Grave
- () Muito grave

4.2 Durante as 4 últimas semanas, quantas vezes é que seu filho(a) teve dor corporal ou desconforto ?

- () Nenhuma vez
- () Uma ou duas vezes
- () Algumas vezes
- () Com razoável frequência
- () Muito frequentemente
- () Todos ou quase todos os dias

Item 5: Comportamento

Segue abaixo uma lista de itens que descreve o comportamento infantil ou problemas que as crianças apresentam às vezes.

5.1 Com qual frequência nas 4 últimas semanas cada uma das seguintes afirmações descreveu seu filho?

	Muito freqüen- temente	Com razoável frequência	Às vezes	Quase nunca	Nunca
a) Discutia muito.					
b) Tinha dificuldade para se concentrar ou prestar atenção.					
c) Mentia ou enganou.					
d) Pegou coisas que não lhe pertenciam de dentro ou de fora de casa.					
e) Tinha acessos de fúria ou mau temperamento.					

5.2 Em comparação a outras crianças da idade de seu filho, você diria que de modo geral seu comportamento é:

- Excelente ()
- Muito Boa ()
- Boa ()
- Razoável ()
- Má ()

Item 6 : Bem-Estar

As frases a seguir são sobre o humor das crianças.

6.1 Durante as 4-últimas semanas, quanto tempo você acha que seu filho:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Por algum tempo	Um pouco do tempo	Nunca
a) sentiu vontade de chorar?					
b) se sentiu sozinho?					
c) ficou nervoso?					
d) ficou aborrecido ou chateado?					
e) ficou alegre/ animado?					

Item 7 : Auto-Estima

O que segue pergunta sobre a satisfação de seu filho consigo mesmo, com a escola, com os outros. Pode ser útil se você tiver em mente como as outras crianças da idade de seu filho talvez se sintam com relação a esses aspectos.

7.1 Durante as 4 últimas semanas, o quão satisfeito você acha que seu filho se sentiu com relação a:

	Muito satisfeito	Um pouco satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Muito insatisfeito
a) Sua capacidade de aprender na escola?					
b) Sua capacidade esportiva?					
c) Suas amizades?					
d) A aparência do seu corpo?					
e) Seus relacionamentos familiares?					
f) Sua vida como um todo?					

Item 8: A Saúde de seu filho

As afirmações a seguir são sobre saúde em geral.

8.1 Quais dessas afirmações são falsas ou verdadeiras com relação a seu filho?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Por algum tempo	Um pouco do tempo	Nunca
a) Meu filho parece ser menos saudável do que outras crianças que conheço					
b) Meu filho nunca esteve gravemente doente.					
c) Quando há epidemia de alguma coisa, meu filho sempre pega.					
d) Tenho esperança de que meu filho tenha uma vida muito saudável.					
e) Me preocupo mais com a saúde de um filho do que outras pessoas se preocupam sobre a saúde de seus filhos.					

8.2 Em comparação há um ano, como você descreveria a saúde de seu filho atualmente:

- () Muito melhor do que há 1 ano.
- () Um pouco melhor do que há 1 ano.
- () Quase o mesmo do que há 1 ano.
- () Um pouco pior do que há 1 ano.
- () Muito pior do que há 1 ano.

Item 9: Você e sua família

9.1 Durante os 4 últimos anos, QUANTO de preocupações ou abalos emocionais cada um dos seguintes itens causou a você?

	Nem um pouco	Um pouco	Um pouco mais	Um pouco demais	Bastante
a) A saúde física de seu filho.					
b) O bem-estar emocional ou comportamento de seu filho.					
c) As capacidades de atenção ou de aprendizado de seu filho.					

9.2 Durante as 4 últimas semanas, você SE LIMITOU na quantidade de tempo que teve para VOCÊ (isto é, você deixou de fazer suas coisas, sua rotina diária) devido a:

	SIM muito limitado	SIM mais ou menos limitado	SIM pouco limitado	NÃO não foi limitado
a) A saúde física de seu filho?				
b) O bem-estar emocional ou comportamento de seu filho?				
c) As capacidades de atenção ou de aprendizado de seu filho?				

9.3 Durante as 4 últimas semanas, quanto da saúde ou comportamento de seu filho:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Por algum tempo	Um pouco do tempo	Nunca
a) limitou os tipos de atividades que vocês poderiam ter como uma família?					
b) interrompeu várias atividades familiares diárias (como refeições ou programas de TV)?					
c) limitou a agilidade de sua família em um momento de necessidade?					
d) causou tensão ou conflito em casa?					
e) foi uma fonte de discordâncias ou de discussões em sua família?					
f) fez com que você cancelasse ou mudasse planos (pessoais ou profissionais) na última hora?					

9.4 Às vezes as famílias podem ter dificuldades em se entender. Nem sempre concordam e talvez podem ficar bravos. De modo geral, como você classificaria a habilidade de sua família em se entender?

- Excelente ()
 Muito Boa ()
 Boa ()
 Razoável ()
 Má ()

Item 10: Fatos sobre seu filho.***10.1 Seu filho é do sexo:***

Masculino ()

Feminino ()

10.2 Foi seu primeiro filho (legítimo ou adotado)?

Sim ()

Não()

10.3 Qual é a data de nascimento de seu filho? (dia)/ (mês)/ (ano)***10.4 Qual é o maior grau de instrução que seu filho concluiu? (Marque apenas uma alternativa)***

() Pré-escola

() Jardim da Infância

() 1ª série

() 2ª série

() 3ª série

() 4ª série

() 5ª série

() Não concluiu nenhuma série

Caso não tenha concluído nenhuma série, quantos anos estudou? _____.

10.5 Você já foi alguma vez informado(a) por algum professor, funcionário escolar, enfermeira ou outro profissional da área da saúde de que seu filho apresenta alguma das seguintes condições

	Sim	Não
a) Problemas de ansiedade.		
b) Asma.		
c) Problemas de atenção.		
d) Problemas de comportamento.		
e) Alergias crônicas ou problemas de sinusite.		
f) Problemas crônicos ortopédicos, ósseos ou de juntas.		
g) Problema crônico respiratório ou pulmonar (EXCETO ASMA).		
h) Doença reumática crônica.		
i) Depressão.		
j) Atraso de desenvolvimento ou retardamento mental.		
k) Diabetes.		
l) Epilepsia (distúrbio com convulsões).		
m) Deficiência auditiva ou surdez.		
n) Problemas de aprendizado.		
o) Distúrbios do sono.		
p) Problemas de fala.		
q) Problemas de visão.		
r) Seu filho apresenta alguma outra condição médica crônica que afeta o que faz ou como se sente.? (Queira descrever abaixo)		

Item 11: Fatos sobre você**11.1 Você é do sexo:**

Masculino ()

Feminino ()

11.2 Qual é sua data de nascimento? (dia)/ (mês)/ (ano)**11.3 Quais das seguintes opções melhor descrevem sua atual situação profissional?****(Assinale TODAS as que se apliquem).**

- () Não trabalho devido à saúde de meu filho.
() Não trabalho por outros motivos.
() Estou procurando emprego fora de casa.
() Trabalho em período integral ou meio período (seja fora de casa ou em um trabalho realizado em casa).
() Trabalhos domésticos

11.4 Qual das seguintes opções melhor descreve sua relação com seu filho?

- () Pai ou mãe biológica.
() Padrastro ou madrasta.
() Pai ou mãe temporária.
() Tutor(a).
() Outros (queira explicar na linha abaixo).

11.5 Qual é o maior grau de instrução que você concluiu?

Analfabeto/Primário incompleto	
Primário completo/Ginasial incompleto	
Ginasial completo/Colegial incompleto	
Colegial completo/superior incompleto	
Superior	

11.6 Qual das seguintes opções melhor descreve seu estado civil atual?

- ☐ Casado(a).
- ☐ Viúvo(a).
- ☐ Divorciado(a).
- ☐ Separado(a).
- ☐ Segundo casamento.
- ☐ Nunca se casou

11.7 Qual das seguintes opções melhor descreve seu grupo étnico?

- ☐ Caucasiano / branco
- ☐ Afro-descendente
- ☐ Asiático/Oriental
- ☐ Outros (queira explicar na linha abaixo).

Item 12: Renda da Família

12.1. Qual é a renda familiar per capita ? (isto é, a renda familiar total dividida pelo número de membros da família)

- () < que 1 salário mínimo
 () de 2 a 4 salários mínimos
 () 3 a 5 salários mínimos
 () 5 a 7 salários mínimos
 () 7 a 10 salários mínimos
 () > 10 salários mínimos

OBS: o salário mínimo é R\$240,00

12.2. Perguntas sobre os seus bens :

Itens	Não tem	1	2	3	4 e +
TV em cores					
Videocassete					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
<i>Empregada Mensalista</i>					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Geladeira					
Geladeira duplex ou freezer					

12.3 Qual é a data de hoje?

____ (dia)/____ (mês)/____ (ano)

OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexo 2 – Escolas Públicas, Endereços e Número de Alunos

BUTANTÃ - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

CEP	ESCOLA	ENDEREÇO	Nº de alunos
05533-000	Castelinho Escola Educ. Inf. Tia Valdete	Av. Elizeu de Almeida, 834	?
05537-100	Alcides da Costa Vidigal	R. Geremia Lunardelli, 145	474
05515-040	Antonio Bento EMEI	R. João Batista Souza Fo, 405	451
05590-020	Emir Macedo Nogueira EMEI	Praça Gal Araripe de Faria, 405	451
005594-040	Julio de Mesquita EMEF	R. Dr Jose Ayres Netto, 25	414
005532-040	Keizo Ishihara	Av. Benjamim Mansur, 200	405
05505-000	Monte Castelo EMEI	Praça Monte Castelo, 49	375
005517-020	Deodoro da Fonseca Mal EMEF	Praça Imprensa Paulista, 30	365
05340-000	Clorinda Danti Profa.	Av. Corifeu de Azevedo Marques, 2700	336
05565-090	Daisy Amadio Fujiwara EMEF	R. Amaralina, s/n	292
05587-160	Des. Amorim Lima EMEF	R. Prof. Vicente Peixoto, s/n	273
05508-900	Escola Aplicada Faculdade da USP	Cidade Universitaria, 220	159

12 escolas

Total de Alunos: 3995

MORUMBI - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº de alunos
Prof. Jose de A. Machado Fo. EMEF	R. Mattia Filizzola, 76	433
Pero Neto EMEI	R. Antonio Augusto Barros, 185	425

Total de Alunos: 858

RAPOSO TAVARES - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº de alunos
Aluisio de Almeida EMEI	R. José Xavier Guimares, 12	271
Primavera Creche	Av. Eng Heitor A. E. Garcia, 5985	?
Prof. Carolina Ribeiro EMEI	R. Major Valter Carlson, 879	459
Prof. Luiz Cintra do Prado	R. Artur Ferreira de Abreu, 321	452
Luis Elias Attie	Av. Eng. Heitor A. E. Garcia, 6821	450
Prof. Camillo Ashcar EMEI	R. Jose Porfirio de Souza, 495	378
Mariazinha Rezende Fusari EMEI	R. Eudoro Lincoln Berlink, s/n	362
João XXIII EMEF	R. Cond. Luiz Vieira Silva, 201	358
Prof. Benedicto Castrucci EMEI	R. Cachoeira do Poraque, S/n	354
Prof. Maria José Galvão de Franca Ponto	R. Inacio Cervantes, 480	350
Deputado Gilberto Chaves EMEI	R. Sara Newton, 100	347
Prof. Maria Alice Borges Ghion EMEF	R. Cachoeira do Poraque, 575	315
Comandante Moreno EMEI	R. Marcolino Vaz Figueira, 381	313
Alcides Goncalves Etchegoyen Gal. EMEF	R. Adherbal Stresser, 686	281
Solano Trindade EMEF	R. Gabriel de Carvalho, 60	280
Tenente Alipio Andrada Serpa EMEF	R. Nicolau Copernico, 165	256
Prof. Oswaldo Walder	R. Sara Newton, 256	237
Anexa ao Educandario Dom Duarte EMEF	Av. Eng. Heitor A. E. Garcia, 5985	206
Teofilo Benedito Ottoni EMEF	R. Inacio Cervantes, 490	183
Prof. Ileusa Caetano da Silva EMEF	R. D, 10	126
Cesar Arruda Castanho EMEF	R. Erico Alvares Gonzaga, s/n	71
Roberto Arantes Lanhoso Creche Municipal	R. Sara Newton, 146	23
Cidade de Genebra CEI	R. Cachoeira do Poraque, s/n	16
Creche Mun. Jardim São Jorge Arpoador	R. Eudoro Lincoln Berlink, 114	1
Creche Mun. Antonio João Abdalla	R. Angelo Ap. Santos Dias, 257	0
Raposo Tavares Cohab Creche Municipal	R. Cachoeira do Poraque, 560	0
EE Prof. Oswaldo Walder CL. Prov	Rod. Raposo Tavares, km 19,5	0

Total de Alunos: 6089

RIO PEQUENO - ESCOLA PUBLICAS ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLA	ENDEREÇO	Nº de alunos
Prof. Ronaldo Porto Macedo EMEI	R. Dr. Francisco Patti, 345	393
Ver. Aloysio de Menezes Greenhalg	R. Dr. Francisco Patti, 375	0?
Bibli.Maria Luisa Monteiro da Cunha	R. Inacio Manuel Alvares, 697	490
Clycie Mendes Carneiro EMEI	R. Joaquina da Lapa, 210 2	465
Educadora Nida Maldí Corazza EMEI	R. Prof. Abigail A. Pires, 76	442
Prof.Adolfino de Arruda Castanho	R. Prof. Ana Maria Lelis da Silva, 252	432
Carolina Maria de Jesus EMEI	R. Domingos de Abreu, 458	415
Profa. Maria Aparecida Vita Piante	R. João Fco de Mello, s/n	411
Euclides de Oliveira Figueiredo Gal	R. Mal Olimpio Mourão Fo, 187	405
Oscar Pedroso Horta EMEI	R. Paulo Maranhão, 36	368
Conde Luiz Eduardo Matarazzo EMEF	Av. Pde Tiago Alberione, 150	333
Brasil Japão EMEF	R. Dr. Paulo Carvalho Ferr. , 94	306
Dr. José Americo de Almeida	R. Ramon Bayeu, 21	304
Alvaro Silva Braga Gal EMEF	R. Padre Paulo Canelles, 611	282
Ibrahim Nobre EMEF	R. Cel Salvador Moya, 263	232
Pedro Nava EMEF	R. Joaquina da Lapa, 453	210
Prof. Almeida Junior	Av. Engenheiro Heitor A.E.Garcia, 1874	168
Samuel Klabin	R. Boris Alexandre, 189	80
Cr. Mun. Yvone L. de Almeida Fraga	R. Ney Gonzaga Lacerda, 17	23
Creche Municipal Salvador Lo Turco	R. Eusebio Paula Marcondes, 60	12
Cr.Mun. Yvone Maluhy Josepf Sabga	R. Rosaria Ana Barbosa, 21	10
Creche Municipal Jardim Julieta	R. Salvador Nascimento, 223	2
Creche Municipal Prof.Jose Ozi	R. Bartolomeu Veneto, 200	0
Prof. Roberto Mange EMEF	R José Cerqueira Bastos, 46	0

Total de Alunos: 5783

VILA SÔNIA - ESCOLAS PÚBLICAS ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLA	ENDEREÇO	Nº de alunos
Tarsila do Amaral EMEF	R. Natal Pigassi, 787	364
Des. Dalmo do Valle Nogueira EMEI	R. Andre Saraiva, 2	608
Profa. Jacyra Moya Martins Carvalho	R. Almirante A. Guilherme, 38	526
Profa. Adalgiza Segurado da Silveira	Av. Prof. Gióia Martins, 686	477
Prof. Adolfo Tripoli	R. Lourenço de Azevedo, 149	420
João Negrão Cel EMEI	R. Francisco L. Esquedro, 30	383
Des. Theodmiro Dias R EMEF	Praça Dr. José Oria, s/n	347
Prof. Antonio Carlos P. e Silva EMEI	Av. João Caiassa, 90	323
Vianna Moog EMEF	R. Francisco L. Esquedro, 310	322
Des. Artur Whitaker R EMEF	R. Andre Saraiva, 860	321
Fernando Pessoa EMEI	R. Bartolomeu Bom, 105	317
Alipio Correa Neto EMEF	Av. João Caiadfa, 140	183
Benedito Rocha Ver. Creche Mun.	R. Denis Chaudet, 150	0

Total de Alunos: 4591

Anexo 3 – Escolas Privadas Endereços e Número de Alunos

BUTANTÃ - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE ALUNOS
Escola da Vila	R. Barroso Neto, 91	326
Chacara a Pimentinha e Col. Meirelles Leme EIFM	Av. Otacilio Tomanik, 1241	191
Joana D'Arc Colegio	R. Mirangaia, 158	190
Porto União Colegio	R. Coronel Camisao, 236	143
Meninopolis Colegio Diocesano	Av. Morumbi, 8724	121
Davina Gasparine Colegio	R. João Gomes Jr, 340	89
Batista Escola de Educ. Integral UNID I	R. Antonio de Camargo, 78	82
São Paulo Colegio	Av. Prof. Francisco Morato, 5291	55
Giordano Bruno Colegio	R. Fernando Caldas, 28	52
São Jose Centro de Ensino	Av. Otacilio Tomanik, 262	50
Gnomo Escola Infantil e Fundamental	R. Augusto Perroni, 482	50
Samara Colegio	R. Jacinto Goncalves, 206	50
Itaca Colegio	Av. Pirajussara, 4359	47
Pitanga Pora Ensino e Pesquisa	R. Geraldo Amorim, 50	38
Metodo Centro de Orientação e Rec. Inf.	R. Eng. Bianor, 77	37
J. F. Vasconcellos Filho Colegio	R. Plinio Salgado, 122	33
Cantinho Colorido Escola Edu. Infantil	Av. Nossa Sra. da Assunção, 987	31
Fazendinha Encantada E. E. I	Av. Eng. Heitor A. E. Garcia, 4382	31
Asa D'elta Espaco de Recr. Infantil	R. Parnamirim, 163	30
Primeiro Mundo Centro de Recr. Infantil	Av. Corifeu A. Marques, 2987	28
Pitagoras Nucleo Educacional	R. P. Maximo Ribeiro Nunes, 595	27
Com Vivencia Escola de Educ. Infantil	R. Quitanduba, 352	26
Saltimbancos Escola Educação Infantil	R. Fernando Caldas, 55	23
Caracol Dourado Bercario e Maternal	R. Pascoal Zullino, 38	23
Crescente Escola Educ. Infantil e Bercario	R. Hugo Carotini, 269	22
Di Bercus Bercario e Recr. Infantil	Alm. Ramiro Sta. Cruz Abreu, 32	22
Jardim D' Abril Esc. De Recr. Infantil	R. Major Aderbal Oliveira, 10	21
Quacatu Educação e Recreação Infantil	R. Moacir Miguel da Silva, 187	20
Biosfera Escola Educ. Infantil	R. Dr. José Aires Neto, 2237	18
Recrilar Educação Infantil	R. Ibiapaba, 443	16
Porto Sol Nucleo Educacional	R. Alvarenga, 1540	13
Dominio Pré Escola	R. Elias Machado Almeida, 251	12
Gustavo Adolfo Becquer EEI/ EEI Amor Perfeito	R. Conceicao Russomano	12
O Pequeno Galileu Escola Educação Infantil	Av. Otacilio Tomanik, 1275	11
Monica Prado Colegio	Pça Marcelo Tupinamba, 23	11
Letra Viva Escola de Educação Infantil	R. Joaão Gomes Barbosa, 73	11
Kindergarten Inst. De Educ. Infantil	R. João Gomes Jr, 99	11
Lua de Algodão Nucleo Educ. Infantil	Av. Prof. Lucas de Assunção, 177	10
Interação Recreação Infantil	R. Francisco Preto, 131	10
Alexandre Graham Bell Escola Educ. Infantil	R. Bertoldo di Giovanni, 90	9
Florescer Colegio de Educ. Infantil	R. Manuel Jacinto, 419	9
Primeiros Sonhos Escola de Educ. Infantil	Av. Prof. Lucas de Assunção, 80	8
El Miguelito Creche Centro Rec. Desenv. Inf.	Av. Jorge João Saad, 786	6
Espaco Morumbi	R. Panonia, 170	6
Meu Segundo Lar Escola de Ed. Inf.	Av. Otacilio Tomanik, 965	5
Anjo Raziell - Criar Centro de Recr. Infantil	R. Iquiririm, 730	5
Kampung Escola de Educ. Infantil	R. Amarente do Maranhão, 30	4
Zanutti Centro Reacreativo Infantil	R. Nossa Senhora Aparecida, 1	1
Santissima Trindade Creche	Av. Mal Fiuza de Castro, 861	0

Total de Alunos: 2046

MORUMBI- ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº de alunos
Porto Seguro Visconde Colegio	R. Clementine Brenne, 30	1568
Miguel de Cervantes Colegio	Av. Jorge João Saad, 905	553
Antonine de Saint Exupery Colegio	R. Jose Jannareli, 621	206
Casa da Criança Educação Infantil	R. Dr. Alberto Penteado, 605	97
Panamby Escola	R. Prof. Santiago Dantas, 280	92
Nossa Sra do Morumbi Colegio	Av. Giovanni Gronchi, 4000	87
Cidade Jardim Escola de Educ. Infa. E PG	Pca Prof. Americo de Moura, 101	62
Recanto da Alegria Creche I	R. Francisco Rebolo, 6	49
Ursinho Branco II Escola de Ed. de Inf.	Av. Jorge João Saad, 1052	42
Ursinho Branco Escola de Ed. de Inf.	R. Adalivia de Toledo, 251	42
Adolphe Ferreira Escola Infantil	R. Francisco Preto, 457	36
Apice Colegio	R. Jose Jannareli, 348	30
Modular Colegio	R. Clementine Brenne, 378	25
Sigma Colegio	R. Jose Jannareli, 181	20
Galaxia's Colegio	R. Doutor Clovis de Oliveira, 258	17
Morumbi Escola Unidade III	R. George Eastman, 280	13
Projeto Gamma Escola	R. Nilza Medeiros Martins, 241	10
Quintal Escola Educ. Infantil e Natação	R. Joaquim Azevedo Marques, 1234	10
Meta XXI Escola de Educação	Av. Jorge João Saad, 60	9
Aconchego Escola de Educ. Infantil	R. Trona Costanzo, 186	7
Apoio Escola	R. Mal Juarez Tavora, 106	3
Recanto da Alegria Creche Nucleo II	Av. Magalhães de Castro, 4800	0

Total de Alunos: 2978

RAPOSO TAVARES - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº de alunos.
Giusto Zonzini Instituto e Pre Escola Corujinha	R. General Asdrubal da Cunha, 1550	163
Apolo Colegio	Av. Francisco Mont Alverne, 452	71
Waldorf Micael de S. Paulo Colegio	R. Pedro Alexandrinho Soares, 68	66
Raposo Tavares Colegio	R. Paolo Agostini, 650	40
Papa João XXIII Creche	R. Frei Claude Dialbeville, 432	26
Santa Barbara Colegio de Ens. Fundamental	R. Dr. Rubens Lemes Machado, 77	25
Universo Colegio	R. Conego Luiz Vieira da Silva, 186	8
Nova Era Modulo II Creche	Av. Via Circular, 650	0
Primeiros Passos Creche	Av. Heitor A.E Garcia, 5985	0
Cantinho Feliz Creche do Jardim João XXIII	R. Fernando T. Rodrigues, 14-A	0
Nova Era Creche Modulo I	R. Nazir Miguel, 270	0

Total de Alunos: 399

RIO PEQUENO - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº de alunos
Albert Sabin Colegio	Prq Darcy Reis, 1901	572
Colegio Costa Zavagli	Av. Nossa Srª da Assunção, 1586	249
Jardim Bonfiglioli Externato	Pça Isai Leiner, 128	199
Escola do Futuro	R. Dr. Francisco Pattim, 40	174
Rosely Scarati Colegio	Av. Prof. Jose Mª Alkimin, 164	90
Ricardo Rodrigues Alves Colegio	R. Ari Aps, 70	63
Pequeno Principe E.E.I	Av. Corifeu Azevedo Marques, 6248	49
Nicolau Kerpen Colegio	Av. Diogo de Azevedo, 120	47
João de Barros Externato	Av. José Joaquim Seabra, 1300	37
Sol Maior Centro de Rec. Infantil	R. Milton Soares, 270	36
Horas Felizes Centro de Recr. Infantil	R. Dr. Antonio Roberto Neto, 269	33
Oceano Escola de Educ. Infantil	R. Otavio Pedreiro Rosa, 199	20
Passarinhos de Luz Comercio e Recr. Inf.	R. Narciso Freitas Vieira, 34	19
Republica Colegio	R. Rosaria Ana Barbosa, 372	19
Pipoca e Sapeca de São Domingos E.E. I	R. Dr. Carminio Caricchio, 69	17
Sto Agostinho Assoc. Creche S. Francisco	R. João Millan, 132	0

Total de Alunos: 1624

VILA SÔNIA - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS PELO Nº DE ALUNOS

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº de alunos
Guilherme Dumont Villares Colegio	Av. Dr. Guilhaer Dumont Vilarres, 723	285
Santo Americo Colegio	R. Santo Americo, 275	198
João XXIII Franciscano Colegio	R. Caminho do Engenho, 473	177
Instituto Dona Ana Rosa Creche	Av. Prof. Franscisco Morato, 3350	135
Escola da Vila Unidade Morumbi	R. Alfredo Mendes da Silva, 55	117
Dom José Gaspar Creche	R. Aurea Bastista Santos, 703	106
Primavera Creche	R. João Avelino P. Melão, 212	77
João Paulo I Colegio	Av. Prof. Francisco Morato, 3500	75
Portal do Futuro Colegio	R. Min. Heitor Bastos Tigre, 164	65
Maria Nazaré Colegio	R. Diogo Pereira, 314	62
Piu Piu Escola de Educ. Infantil	Av. Mal Juarez Tavora, 220	41
Padre Anchieta Escola Educ. Infantil	R. Miguel Jurno, 81	39
Prof. Anette Nucleo Educ.	R. Dias Vieira, 313	34
Jack and Jill Escola de Educ. Infantil	R. Pedro Fourier, 189	33
Primeiros Rabiscos Espaço de Rec. Inf.	R. Cid Arnald Costa, 4	26
Nossa Senhora de Fatima C.E.I	Av. Mons. Alfredo Leite, 279	15
Classe A Escola de Educ. Infantil	R. Domingos Olimpio, 247	15
Tropinha Educ. Infantil	R. Grauca, 99	13
Submarino Amarelo Nucleo de Recr.	R. Frei Bonifacio Dux, 149	9
Espaço Criança Escola de Educ. Inf,	R. Dr. João J. de Carvalho, 115	8
Arca da Aliança Escola de Educ. Inf.	R. Gal Eldes de Guedes, 55	6
Joana D´Arc Colegio Unid. II	Av. Prof. Franscisco Morato, 500	0
Saint Madelleine Colegio	R. Nossa Sra. Dos Navegantes, 57	0
Sagrado Coração de Jesus Creche	R. Carlatntonio Carloni, 112	0

Total de Alunos: 1536

Anexo 4 – Escolas Públicas e número de alunos : distribuição absoluta e percentual e número de entrevistas

BUTANTÃ - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS POR CEP

ESCOLA	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
Alcides da Costa Vidigal	R. Geremia Lunardelli, 145	474	18,44%	13
Antonio Bento EMEI	R. João Batista Souza Fo, 405	451	17,55%	12
Emir Macedo Nogueira EMEI	Praça Gal Araripe de Faria, 405	451	17,55%	12
Julio de Mesquita EMEF	R. Dr Jose Ayres Netto, 25	414	16,11%	11
Keizo Ishihara	Av. Benjamim Mansur, 200	405	15,76%	11
Monte Castelo EMEI	Praça Monte Castelo, 49	375	14,59%	10
Total de Alunos:		2570	100,00%	69

MORUMBI - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS POR CEP

CÓDIGO	CEP	ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
M1	05685-060	Prof. Jose de A. Machado Fo. EMEF	R. Mattia Filizzola, 76	433	100,00%	19
M3	05615-190	Meritum Colegio	R. Tres Irmãos, 121	?		0
3 escolas		Total de Alunos:		433	100,00%	19

RAPOSO TAVARES - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS POR CEP

CÓDIGO	CEP	ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
RT1	05565-050	Prof. Carolina Ribeiro EMEI	R. Major Valter Carlson, 879	459	14,56%	36
RT2	05547-150	Prof. Luiz Cintra do Prado	R. Artur Ferreira de Abreu, 321	452	14,34%	36
RT3	05564-200	Luis Elias Attie	Av. Eng. Heitor A. E. Garcia, 6821	450	14,28%	36
RT4	05563-090	Prof. Camillo Ashcar EMEI	R. Jose Porfírio de Souza, 495	378	11,99%	30
RT5	05565-200	Mariazinha Rezende Fusari EMEI	R. Eudoro Lincoln Berlink, s/n	362	11,48%	29
RT7	05574-450	Prof. Benedicto Castrucci EMEI	R. Cachoeira do Poraque, S/n	354	11,23%	28
RT8	05572-00	Prof. Maria José Galvão de Franca Ponto	R. Inacio Cervantes, 480	350	11,10%	28
RT9	05583-030	Deputado Gilberto Chaves EMEI	R. Sara Newton, 100	347	11,01%	27
		Total de Alunos:		3152	100,00%	249

RIO PEQUENO - ESCOLA PUBLICAS ORDENADAS POR CEP

CÓDIGO	CEP	ESCOLA	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
RP1	05372-110	Bibli.Maria Luisa Monteiro da Cunha	R. Inacio Manuel Alvares, 697	490	16,01%	36
RP2	05374-070	Clycie Mendes Carneiro EMEI	R. Joaquina da Lapa, 210 2	465	15,20%	34
RP3	05381-000	Educadora Nida Maldí Corazza EMEI	R. Prof. Abigail A. Pires, 76	442	14,44%	33
RP4	05361-010	Prof. Adolfo de Arruda Castanho	R. Prof. Ana Maria Leis da Silva, 252	432	14,12%	32
RP5	05387-070	Carolina Maria de Jesus EMEI	R. Domingos de Abreu, 458	415	13,56%	31
RP6	05358-110	Profa. Maria Aparecida Vita Piane	Rua João Fco de Mello, s/n	411	13,43%	30
RP7	05352-080	Euclides de Oliveira Figueiredo Gal	R. Mal Olimpio Mourão Fo, 187	405	13,24%	30
		Total de Alunos:		3060	100,00%	225

VILA SÔNIA - ESCOLAS PUBLICAS ORDENADAS POR CEP

CÓDIGO	CEP	ESCOLA	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
S1	05627-001	Des. Dalmo do Valle Nogueira EMEI	R. Andre Saraiva, 2	608	25,19%	38
S2	05526-000	Profa. Jacyra Moya Martins Carvalho	R. Almirante A. Guilherme, 38	526	21,79%	33
S3	05632-020	Profa. Adalgiza Segurado da Silveira	Av. Prof. Glória Martins, 686	477	19,76%	30
S4	05624-060	Prof. Adolfo Tripoli	R. Lourenço de Azevedo, 149	420	17,40%	26
S5	05528-040	João Negrão Cel EMEI	R. Francisco L. Esquedro, 30	383	15,87%	24
		Total de Alunos:		2414	100,00%	152

Anexo 5 – Escolas Privadas e número de alunos : distribuição absoluta e percentual e número de entrevistas

BUTANTÃ - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS POR CEP

ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
Escola da Vila	R. Barroso Neto, 91	326	31,32%	11
Chacara a Pimentinha e Colegio	Av. Otacilio Tomanik, 1241	191	18,35%	6
Joana D´Arc Colegio	R. Mirangaia, 158	190	18,25%	6
Porto União Colegio	R. Coronel Camisao, 236	143	13,74%	5
Davina Gasparine Colegio	R. João Gomes Jr, 340	89	8,55%	3
Giordano Bruno Colegio	R. Fernando Caldas, 28	52	5,00%	2
Gnomo Escola Infantil e Fundamental	R. Augusto Perroni, 482	50	4,80%	2
		1041	100,00%	34

MORUMBI- ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS POR CEP

CEP	ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
05659-000	Porto Seguro Visconde Colegio	R. Clementine Brenne, 30	1568	73,93%	50
05618-001	Miguel de Cervantes Colegio	Av. Jorge João Saad, 905	553	26,07%	17
			2121	100,00%	67

RAPOSO TAVARES - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS POR CEP

CEP	ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
05565-000	Giusto Zonzini Instituto e Pre Escola Corujinha	R. General Asdrubal da Cunha, 1550	163	54,33%	9
05549-210	Apolo Colegio	Av. Francisco Mont Alverne, 452	71	23,67%	4
05584-010	Waldorf Micael de S. Paulo Colegio	R. Pedro Alexandrinho Soares, 68	66	22,00%	4
			300	100,00%	16

RIO PEQUENO - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS POR CEP

CEP	ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
05387-026	Albert Sabin Colegio	Prq Darcy Reis, 1901	572	57,49%	34
05359-001	Colegio Costa Zavagli	Av. Nossa Srª da Assunção, 1586	249	25,03%	15
05352-090	Escola do Futuro	R. Dr. Francisco Pattim, 40	174	17,49%	10
			995	100,00%	60

VILA SÔNIA - ESCOLAS PARTICULARES ORDENADAS POR CEP

CEP	ESCOLAS	ENDEREÇO	Nº DE AL.	PERCENTUAL	
05640-000	Guilherme Dumont Villares Colegio	Av. Dr. Guilher Dumont Vilarres, 723	285	35,85%	18
05629-020	Santo Americo Colegio	R. Santo Americo, 275	198	24,91%	13
05524-000	João XXIII Franciscano Colegio	R. Caminho do Engenho, 473	177	22,26%	11
05520-000	Instituto Dona Ana Rosa Creche	Av. Prof. Franscisco Morato, 3350	135	16,98%	9
			795	100,00%	51

Anexo 6 – Critério ABIPEME

INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA							NÚMERO DE PONTOS
ANALFABETO / PRIMÁRIO INCOMPLETO (ATÉ 4ª SÉRIE INCOMPLETA)							0
PRIMÁRIO COMPLETO / GINÁSIO INCOMPLETO (4ª SÉRIE COMPLETA ATÉ 8ª SÉRIE INCOMPLETA)							5
GINÁSIO COMPLETO / COLEGIAL INCOMPLETO (8ª SÉRIE COMPLETA/2º GRAU INCOMPLETO)							10
COLEGIAL COMPLETO / SUPERIOR INCOMPLETO							15
SUPERIOR COMPLETO							21
POSSE DE BENS	QUANTIDADE						
	não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV A CORES	0	4	7	11	14	18	22
RÁDIO(EXCLUINDO O DO CARRO)	0	2	3	5	6	8	9
BANHEIROS	0	2	5	7	10	12	15
CARROS POSSUÍDOS	0	4	9	13	18	22	26
EMPREGADA MENSALISTA	0	5	11	16	21	26	32
<p>Posse de ...</p> <p>Máquina de lavar = 8 pontos</p> <p>VCR = 10 pontos</p> <p>Aspirador de pó = 6 pontos</p> <p>Geladeira = 7 pontos</p>							

Classe de consumo

Pontos:

A: 89 ou +

B: 59 a 88

C: 35 a 58

D: 20 a 34

E: 0 a 19

8. REFERÊNCIAS

1. Monteiro CA, Benicio MHD'A. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985. VI. Doença Respiratória. *Rev Saúde Pública*. 1987; 21:380-6.
2. Benicio MH, D'A Cardoso MRA, Gouveia NC, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34:91-100.
3. Bousquet J, Khaltaev N. *Vigilância global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas: uma abordagem integradora*. Washington: World Health Organization; 2007
4. Centro de Informação em Saúde da Criança (CIS Criança) Disponível em: <http://saudedacrianca.org/index.htm>.
5. Prietsch SOM, Fischer GB, César JA, Lempek BS, Barbosa Jr. LV, Santos AM. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 13:303-10
6. IBD-2007 Brasil. Rede Interangencial de Informação para a Saúde-RIPSA. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
7. Martins LC, Latorre Oliveira MRD, Saldiva PHN, Braga ALF. Relação entre poluição atmosférica e atendimentos por infecção de vias aéreas superiores no município de São Paulo: avaliação do rodízio de veículos. *Rev Bras Epidemiol*. 2001; 4:220-9.
8. Cançado JED, Braga A, Pereira LAA, Arbex MA, Saldiva PHN, Santos. Repercussões clínicas da exposição à poluição atmosférica. *J Bras Pneumol*. 2006; 32: S5-S11.
9. Lin AC, Martins MA, Farhat SL, Pope III CA, Conceição GMS, Anastácio MV et al. Air pollution and respiratory illness of children in São Paulo, Brazil. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1999; 13: 475-88.
10. Secretária da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação CEInfo Inquérito de saúde no Município de São Paulo. *Principais resultados: estilo de vida. Morbidade referida. Uso de serviços, auto-avaliação de saúde e temas especiais*. São Paulo: Secretária Municipal da Saúde; 2006. 29p.

11. Fundação estadual de análise de dados-SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
12. Secretária Municipal da Saúde de São Paulo. *Observatório da cidade de São Paulo*. São Paulo: SINASC; Secretária Municipal da Saúde de São Paulo; 2008.
13. Rudam I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mullholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of Childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*. 2008; 86:408-16.
14. Shohan Y, Dagan R, Givon- Lavi N, Liss Z, Shagan T, Zamir O, Greenberg D. Community-Acquired Pneumonia in Children: Quantifying the Burden on Patients and Their Families Including Decrease in Quality of Life. *Pediatrics*. 2005; 115:1213-9.
15. Diagnóstico mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde 2004-2005. Coordenação de epidemiologia e informação do Município de São Paulo-CEInfo. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/informacoes_saude/0005/Diagnostico_minino_regional_2005.pdf
16. Newacheck PW, Halfon N. Prevalence, impact, and trends in childhood disability due to asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:287-93.
17. Solé D, Wandalsen GF, Carmelo- Nunes C, Naspitiz CK. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Phase 3. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:341-6.
18. Jarvis D, Burney P. ABC of allergies. The epidemiology of allergic disease. *BMJ*. 1998;316:607-10
19. Mellinger-Birdsong AK, Powell KE, Iatridis T, Bason JMellinger AK. Prevalence and Impact of Asthma in Children, Georgia, 2000. *Am J Prev Med*. 2003; 24:242-8.
20. DATASUS. *Sistema de informações Hospitalares do SUS*. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).
21. Bandura A. Health Promocion by social cognitive means. *Helath Educ Behav*. 2004; 31:143-64.

22. Best A, Moor G, Bev Holmes BA, Clark PI, Bruce T, Leischow S, Buchholz K, Krajnak J. Health promotion dissemination and systems thinking: towards an integrative model. *Am J Health Behav.* 2003; 27(Suppl 3):S206-16.
23. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *J Public Health Policy.* 1992; 13: 267-76.
24. Terris M. *Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública.* Washington: Pan American Health Organization; 1996. p.37-44. (Promoción de la Salud: Una Antología; nº 3)
25. Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. 176p
26. Kawachi I, Kennedy B. Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ.* 1997; 314:1037-40.
27. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ.* 2000; 320:1200-4.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. *Carta de Ottawa.* Washington: OPAS; 1986. 5p.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. *Declaração de Santa Fé de Bogotá.* Washington: OPAS; 1996.
30. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-9
31. Lalonde M. O conceito de campo de saúde: uma perspectiva canadense. In: Organização Pan-Americana de Saúde. *Promoção da saúde: uma antologia.* Washington: OPAS; 1996. p.3-5. (Publicação Científica; nº 557).
32. Eiser C, Morser R. Quality of measure in chronic disease of childhood. *Qual Life Res.* 2002;5 11:609-11.
33. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med.* 2005; 334:835-40.

34. Upton P, Maddocks A, Eiser C, Barnes PM, Williams J. Development of a measure of the health-related quality of life of children in public care . *Child Care Health Dev.* 2005;31:409-15
35. Landgraf JM, Abetz L, Ware JE. *Child health questionnaire (CHQ): a user's manual.* Boston: HealthAct; 1999.
36. The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Mark Edward Maruish. Publicado por Lawrence Erlbaum Associates. The Child Health Questionnaire (CHQ): A pontencial new tool to asses the outcome of psychosocial treatment and care. Jeanne M. Landgraf.
37. Ruperto N, Ravelli A, Levinson JE, Shear ES, Murray K, Link Tague B, Martini A, Glass DN, Giannini EH. Long term health outcomes and quality of life in American and Italian. Inception cohorts of patients with juvenile rheumatoid arthritis. I. Outcome status. *J Rheumatol.* 1997;24:945-51.
38. Ruperto N, Martini A. Quality of life in juvenile idiopathic arthritis patients compared to healthy children. *Clin Exp Rheumatol.* 2001; 23 :(Suppl):19.
39. Duffy CM, Duffy WKN. The childhood health assessment questionnaire: CHAQ. *Curr Opin Rheumatol.* 1997; 9:440-7.
40. Badia LX, Benavides RA, Rajmil L. Instruments for measusuring health-related quality of life children aged 6-12 years: a preliminaray report. *Child Care Health Dev.* 2000; 26:445-56.
41. Melo-Gomes JA, Ruperto N, Canhao H, Fonseca JE, Quintal A, Salgado M, Santos MJ; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation The Portuguese version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol.* 2001; 19(Suppl 23):S126-S130.
42. Machado CS, Ruperto N, Silva CH, Ferriani VP, Roscoe I, Campos LM, Oliveira SK, Kiss MH, Bica BE, Sztajnbok F, Len CA, Melo-Gomes JA; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol.* 2001;19(Suppl. 23):S25-S29.
43. Escobar AMU. *Estudo das condições das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito do Butantã na cidade de São Paulo* [Livredocência]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

44. Martino M, Ballotti S. The child with recurrent respiratory infections: normal or not? *Pediatr Allergy Immunol.* 2007;18(Suppl):13-8.
45. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais.* Lisboa: Editora Sibalo; 2000.
46. Cronbach LJ. Test validation. In: Thordike RL. *Educational measurement.* Washington: American Council Education; 1971. p.443-507.
47. Bland MJ, Altman D. Cronbach's alpha. *BMJ.*1997;314:572.
48. Bergamaschi DP. *Teste de hipóteses de associação pelo qui-quadrado de Pearson (χ^2).* São Paulo: Instituto de Saúde Coletiva UFMT; Faculdade de Saúde Pública USP; 2003. (Aula 10– Programa PQI/CAPEs. Fundamentos de Bioestatística 2003).
49. Carlos AF, Oliveira AU. *Geografias de São Paulo: a metrópole do século XXI/ representação e crise da metrópole.* São Paulo: Contexto; 2004.
50. Carlos AF, Oliveira AU. *Geografias de São Paulo: representação e crise da metrópole.* São Paulo: Contexto 2004
51. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Análise de Pesquisa nacional por amostra de domicílios- PNAD: 2005.* Brasília: IBGE; 2007.
52. Monteiro CA, Benicio MHD'A. Estudo das condições das crianças do Município de São Paulo - 1984/1985. *Rev Saúde Pública.* 1987;21:255-60.
53. Monteiro CA, Nazário CL D'L. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na cidade de São Paulo-1984/1996. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(Supl.)13-8.
54. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Suplemento Cor ou Raça PME- indicadores.* Brasília: IBGE; 2004.
55. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretária Municipal da Saúde Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. *Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde 2004.* São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo. Secretária Municipal da Saúde Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo; 2004.
56. Moura M, Junger WL, Mendonça GAS, DeLeon AP. Qualidade do ar e transtornos respiratórios agudos em crianças. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:503-11.

Apêndices

Apêndice1- Aprovação pela comissão de Pesquisa e ética da Secretária Municipal de Saúde

APROVAÇÃO

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 06/05/2008, **APROVOU ad-referendum** o Protocolo de Pesquisa nº **0291/08**, intitulado: "**ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS DE IDADE RESIDENTES NO DISTRITO DO BUTANTÃ, CIDADE DE SÃO PAULO, COM OU SEM DOENÇA RESPIRATÓRIA DECLARADA PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS**", apresentado pelo Departamento de **PEDIATRIA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador Responsável: **DRA ANA MARIA DE ULHÔA ESCOBAR**

Pesquisadora Executante: **MARIA APARECIDA FIGUEIREDO ARANHA**

CAPPesq, 06 de maio de 2008

PROF. DR. EDUARDO MASSAD

Presidente

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Apêndice 2- Aprovação pela Comissão de Pesquisa e Ética do Hospital das Clínicas- FMSP

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 20 de maio de 2003

Ofício N° 034/2003 - CEP SMS

Prezada Senhora,

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa *"Avaliação da saúde da criança de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito Escola Butantã"*, de autoria da pesquisadora **SANDRA JOSEFINA GRISI**.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões de descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando constar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. 196/96 CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser, modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO

Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisas da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP SMS

Ilma. Sr.
Sandra Josefina Grisi
Faculdade de Medicina da USP
Nesta.