

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios
residentes no município de São Paulo

Bruna Bronhara

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde

São Paulo

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios
residentes no município de São Paulo**

Bruna Bronhara

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedico esta dissertação aos meus pais Ernesto e Teresa, meus irmãos Marcos e Mateus e ao meu companheiro e amigo Elisen.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo estímulo à continuidade dos meus estudos após a graduação e por acreditar no meu objetivo de vida;

Ao Eliseu, querido companheiro e amigo, pelas valiosas sugestões em minha dissertação e nos meus artigos, pelas discussões científicas, pela força nos momentos mais difíceis desta etapa e por compartilhar dias e acontecimentos felizes;

Ao meu orientador Wolney Lisboa Conde, pelo estímulo ao desenvolvimento de habilidades para a pesquisa científica e ao pensamento crítico;

Aos professores Ivan França Júnior, José Maria Pacheco e Suely Godoy Agostinho Gimeno, pelas valiosas contribuições ao meu trabalho no exame de qualificação ou pré-banca para defesa;

Ao grupo de pesquisa do projeto “Estigma e Discriminação associados ao HIV/Aids: impactos da epidemia na saúde de criança e jovens do município de São Paulo”, pela oportunidade de crescimento pessoal e científico. Especial agradecimento ao professor Ivan França Júnior, coordenador do projeto, por todos os conhecimentos compartilhados desde minha etapa de treinamento técnico na pesquisa;

A todos os entrevistadores de campo que participaram do projeto, pela dedicação e pelo esforço empenhado durante a árdua procura pelos órfãos. Especial agradecimento à Cláudia Emi e ao Moacyr Neto;

À Capes pelo financiamento da minha bolsa de mestrado;

Ao professor Júlio Cesar Rodrigues Pereira, pela oportunidade em participar do estágio de docência e do Journal Club, pelo interesse pela minha pesquisa, pela sala de trabalho e livros emprestados. Agradeço também a oportunidade em participar

da pesquisa “Indicadores de Saúde” junto aos demais pesquisadores Paulo e Daniel;

À professora Valéria Cristina Ribeiro Vieira da UNIFAL-MG, pela amizade, por sempre acreditar em mim e me incentivar a seguir a carreira de pesquisa durante a graduação;

À professora Dirce Maria Lobo Marchioni, pela oportunidade em participar do trabalho com a Pastoral da Criança junto à sua equipe científica;

Às amigas e colegas de trabalho: Cláudia Barros, Denise Zakabi, Lana Carneiro, Juliana Araújo Teixeira, Daniele Maria Pelissari, Rossana Mendonza, Roberta Souza, pessoas inteligentíssimas, as quais me proporcionaram momentos de descontração, aprendizado, troca de experiências e conseqüente crescimento pessoal.

*O temor ao Senhor é o princípio da sabedoria,
conhecer o Ser Divino é inteligência.*

Provérbios de Salomão 9:10

RESUMO

Bronhara B. Estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios residentes no município de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Introdução – A orfandade pode trazer conseqüências importantes para as condições de vida das crianças. Na África subsaariana, por exemplo, órfãos tem apresentado maiores riscos de desnutrição em relação aos não-órfãos. No Brasil, não há relatos sobre as relações entre variáveis relacionadas à orfandade e o estado nutricional de crianças. **Objetivos** – Avaliar o estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios residentes em São Paulo e estimar a associação de índices nutricionais com variáveis relacionadas à orfandade. **Métodos** - Estudo transversal de base domiciliar que utilizou amostra representativa de 484 indivíduos de 5 a 14 anos que perderam um ou ambos os pais durante os anos de 2000 e 2004 devido à aids ou homicídios no município de São Paulo. A avaliação nutricional foi feita com o índice de massa corporal-para-idade e da altura-para-idade. A associação entre índices nutricionais e variáveis relacionadas à orfandade foi estimada em análise hierárquica, com uso de modelo de regressão linear múltiplo. **Resultados** – Órfãos por aids ou homicídios diferiram quanto às características da orfandade e à idade média. As condições econômicas, domiciliares, o estado de saúde e o estado nutricional foram semelhantes entre os grupos. O déficit de IMC ocorreu em 1,3% das crianças abaixo de 10 anos e em 2,1% dos adolescentes. O déficit de altura ocorreu em 0,7% das

crianças e em 4,0% dos adolescentes. O excesso de peso ocorreu em 19% e 20% das crianças e adolescentes, respectivamente. A análise hierárquica indicou ausência de efeito das variáveis relacionadas à orfandade sobre o IMC ou a altura; o principal determinante do estado nutricional foi de natureza econômica. **Conclusão** – Órfãos por aids ou homicídios de São Paulo apresentaram estado nutricional semelhante e majoritariamente influenciado pela situação econômica. O perfil nutricional identificado no grupo, caracterizado pelo excesso de peso, sugere que órfãos de São Paulo não apresentam riscos adicionais decorrentes da orfandade.

Descritores: Crianças órfãs; Estado Nutricional; Antropometria; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

Bronhara B. Nutritional status of orphans due to AIDS or homicides residing in the city of Sao Paulo [Master's Degree Dissertation] Sao Paulo. School of Public Health at USP; 2009.

Introduction – Orphanhood has important consequences in life conditions of children. In sub-Saharan Africa, for example, children orphaned by AIDS have shown increased risks for undernutrition when compared to their counterparts. There are no studies available investigating the relation among orphanhood-related variables and nutritional status of children. **Objectives** – To evaluate the nutritional status of children orphaned by AIDS or homicides in the city of Sao Paulo and to estimate the association of nutritional indexes with orphanhood-related variables. **Methods** – Household survey carried out between 2006 and 2007. We sampled 484 children representative of Sao Paulo, aged 5-14 years old who lost either or both of their parents from AIDS or homicides between 2000 and 2004. We selected body-mass-index(BMI)-for-age and height-for-age as outcome for analysis. Multiple linear regression in the light of a conceptual hierarchical approach was used for estimating the factors associated BMI-for-age and height-for-age. **Results** – Children from AIDS and homicides groups differed in terms of orphanhood-related variables and age. Economic, household, health and nutritional conditions were similar among groups. Underweight accounted for 1.3% and 2.1% of children under the age of 10 and adolescents, respectively. Stunting accounted for 0.7% and 4.0% of children and

adolescents, respectively. Overweight accounted for 19% and 20% of children and adolescents, respectively. BMI-for-age and height-for-age were unaffected by orphanhood-related variables after adjusting for selected classical determinants of nutritional status in hierarchical model. Economic condition was the main determinant of nutritional profile. **Conclusion** – Nutritional status of children orphaned by AIDS or homicides from Sao Paulo was similar and mainly influenced by the economic condition. Nutritional profile, characterized by being overweight, suggests that these orphans have not shown additional risks due to those orphanhood-related variables.

Keywords: Child, Orphaned, Nutritional status, Anthropometry; Homicide; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. ORFANDADE	16
1.2. A ORFANDADE E SUAS RELAÇÕES COM CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA	19
1.3. ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS	23
1.4. JUSTIFICATIVA.....	26
2. OBJETIVOS	28
2.1. GERAL.....	28
2.2. ESPECÍFICOS	28
3. MÉTODOS.....	29
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
3.2. POPULAÇÃO SOB ESTUDO	29
3.3. PLANEJAMENTO DA AMOSTRA	30
3.4. FONTE DOS DADOS	31
3.5. PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	31
3.6. RASTREAMENTO DA AMOSTRA	32
3.7. COLETA DE DADOS	34
3.8. VARIÁVEIS DE ESTUDO	34
3.8.1. Índice e indicadores nutricionais	35
3.8.1.1. Massa corporal.....	35
3.8.1.2. Crescimento longitudinal.....	35

3.8.2. Variáveis independentes.....	35
3.9. ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.10. ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4. ARTIGO.....	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
6. REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS	
Anexo 1 – Banco de dados do PRO-AIM com registros dos óbitos ocorridos entre 2000 e 2004 devido à aids ou homicídios em São Paulo	68
Anexo 2 – Processo de amostragem dos órfãos por aids ou homicídios em São Paulo	70
Anexo 3 - Fluxogramas do rastreamento da amostra dos órfãos por aids ou homicídios de São Paulo	74
Anexo 4 - Questionário para entrevistas socioeconômicas e demográficas....	78
Anexo 5 – Questionário para avaliação física e antropométrica	97
Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
Anexo 7 – Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa	103
CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalências de excesso de peso e baixo peso para estatura no Brasil e nos países africanos em que ocorreram estudos sobre órfãos	26
--	----

ARTIGO

Tabela 1 - Órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídios, residentes no município de São Paulo, segundo aspectos demográficos, socioeconômicos e domiciliares. São Paulo, 2006-07.....	51
Tabela 2 – Órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídios, residentes no município de São Paulo, segundo aspectos relacionados à orfandade. São Paulo, 2006-07.....	53
Tabela 3 - Indicadores (%) de nutrição e de saúde dos órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídios, residentes no município de São Paulo. São Paulo, 2006-07.....	54
Tabela 4 - Efeitos dos determinantes nutricionais nos índices antropométricos de órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídio, residentes no município de São Paulo. São Paulo, 2006-07.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estimativa da prevalência de crianças órfãs de países africanos, asiáticos, Haiti e Brasil, 1990-2010	17
Figura 2 - Fatores determinantes da desnutrição infantil	24
Figura 3 - Determinantes distais, intermediários e imediatos do índice de massa corporal-para-idade em órfãos	39
Figura 4 - Determinantes distais, intermediários e imediatos da altura-para-idade em órfãos.....	40

SIGLAS UTILIZADAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

AI – Aids

CEP – Código de Endereçamento Postal

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DP – Desvio Padrão

EP - Erro Padrão

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

HO – Homicídios

IMC – Índice de massa corporal

PROAIM - Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade do

Município de São Paulo

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

UPA – Unidade Primária de Amostragem

UNAIDS – “The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS”

UNICEF – “The United Nations Children's Fund”

WHO – “World Health Organization”

NOTA INFORMATIVA

Esta dissertação está composta por capítulos de introdução (inclui justificativa), objetivo e métodos elaborados na forma convencional. O capítulo dos resultados, no entanto, está apresentado na forma de artigo científico, o qual será submetido à revista internacional após o término da versão em inglês. O artigo segue o formato tradicional com introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. Após o capítulo dos resultados, foram apresentadas as considerações finais da dissertação, as referências complementares e os anexos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ORFANDADE

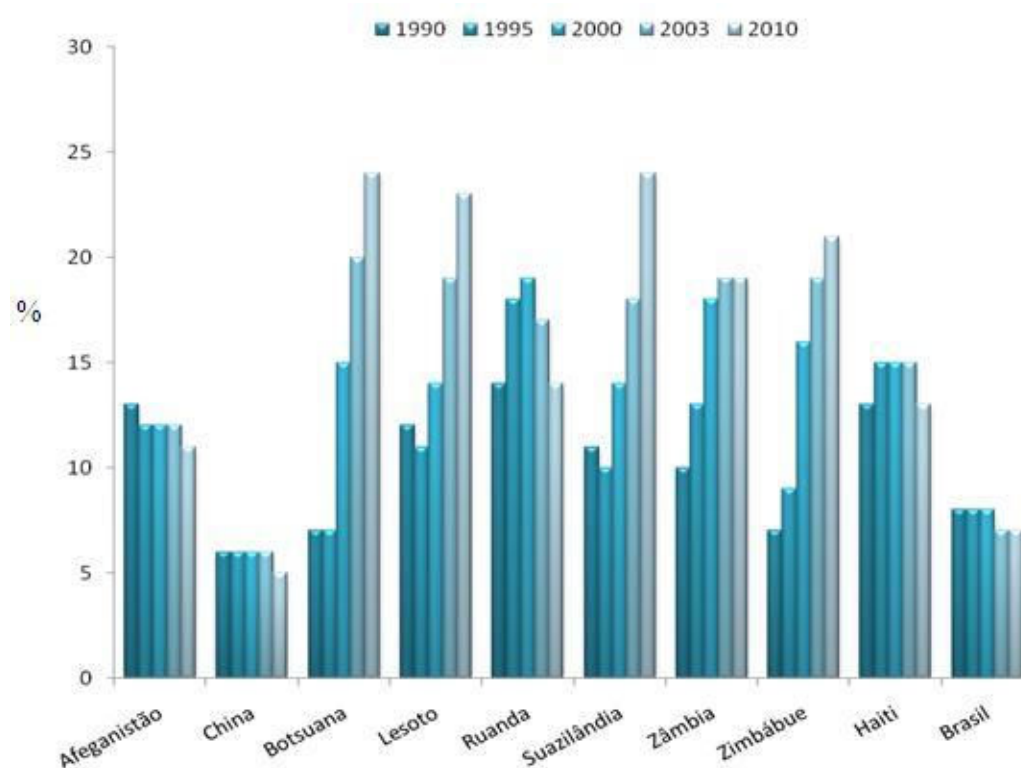
Criança órfã tem sido definida como aquela menor de 18 anos que perdeu o pai, a mãe ou ambos, assim classificada em órfã paterna, materna ou de ambos os pais (UNAIDS et al., 2004). Os estudos sobre orfandade e suas conseqüências para as crianças estão concentrados em países africanos, muitos dos quais envolvidos em conflitos armados (SIAENS et al., 2003) ou com elevada prevalência de HIV/Aids na população (SIAENS et al., 2003; LINDBLADE et al., 2003; UNAIDS et al., 2004; SARKER et al., 2005; SHARMA, 2005; WATTS et al. 2007).

Durante longo período de tempo, os conflitos armados foram os principais responsáveis pelo grande contingente de órfãos na África. No caso de Ruanda, há relatos que pelo menos 800 mil pessoas (10% da população) morreram durante o genocídio de 1994 e deixaram ampla quantidade de órfãos no país (SIAENS et al., 2003).

Posteriormente, o impacto do HIV/Aids em crianças passou a ocupar foco central nos estudos sobre a orfandade, considerado, em 2003, a principal causa de óbito mundial de pessoas de 15 a 49 anos. Com base em modelos estatísticos elaborados a partir de informações sobre mortalidade, taxas de fertilidade entre outras, o *Children on the Brick* (UNAIDS et al., 2004) estimou haver na África subsaariana 43 milhões de crianças órfãs menores de 18 anos (12,3% das crianças da

região), com destaque para Botsuana. O maior número absoluto projetado, entretanto, foi na Ásia (mais de 80 milhões de órfãos), continente com, até o momento, baixa prevalência de HIV/Aids e elevada densidade populacional. Em 2003, estimou-se que, de todas as crianças e adolescentes menores de 18 anos do continente asiático, 7% eram órfãos e que a maior prevalência havia ocorrido no Afeganistão. No conjunto dos países da América Latina e Caribe, a proporção estimada de órfãos foi de 6,2% e a prevalência mais alta foi observada no Haiti. As estimativas da prevalência de órfãos em alguns países africanos, asiáticos, Haiti e no Brasil são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - Estimativa da prevalência de crianças órfãs de países africanos, asiáticos, Haiti e Brasil, 1990-2010.



Fonte: UNAIDS et al. (2004)

De acordo com as estimativas do documento *Children on the Brick* (UNAIDS et al., 2004), a proporção de crianças ou adolescentes órfãos com idade menor de 18 anos ainda continuará a aumentar nos países africanos Botsuana, Lesoto, Suazilândia e Zimbábue até 2010.

No Brasil, a projeção aponta valores mais baixos e estabilizados. Em 2003, estimou-se que 7% das crianças e adolescentes brasileiros fossem órfãos e que este perfil seria o mesmo em 2010 (UNAIDS et al., 2004).

Não existem estimativas consensuais sobre a prevalência da orfandade no Brasil. Há na literatura outras três tentativas para estimar a orfandade no Brasil, das quais duas utilizaram modelos estatísticos e terceira usou contagens efetivas, por meio de pesquisa de base domiciliar (FRANÇA-JUNIOR et al. 2006).

A concentração dos estudos sobre órfãos por aids ocorre em função das elevadas prevalências de mortalidade por esta condição, identificada principalmente em países da África (UNAIDS et al. 2004). No Brasil, contudo, o estudo deste tema deve considerar também a elevada taxa de mortalidade por homicídios entre jovens e adultos brasileiros. Este é um fenômeno tipicamente masculino que, mesmo com o discreto declínio observado em 2000, ainda ocorre em taxas elevadas no país. Em 2004, entre homens de 20 a 29 anos verificou-se a taxa de mortalidade de 174 por 100 mil habitantes; mulheres na mesma faixa etária apresentaram nove óbitos por 100 mil habitantes no período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A discussão do impacto dos homicídios e outras formas de violência na saúde dos brasileiros é assunto recentemente tratado na literatura nacional por MINAYO (2005, 2006) e SOUZA et al. (2005), com objetivo de analisar a situação da violência

e seus principais determinantes e implicações para o país. Entre as principais conseqüências para a esfera pública, enumeram-se: 1) aumento dos custos médicos, 2) aumento dos custos relacionados à perda de produção, processos judiciais e benefícios previdenciários, 3) gastos com resgate e remoção das vítimas, 4) danos ao mobiliário público e à propriedade de terceiros e 5) impacto nas relações e na economia familiar (SOUZA et al., 2005), sendo esta última esfera foco de estudo do presente trabalho.

A elevada taxa de homicídios entre homens em idade reprodutiva, a maior concentração de fecundidade entre os jovens e a distribuição social dos homicídios no Brasil permitem inferir o surgimento de expressivo contingente de órfãos por violência no país. E mais, que estes órfãos estão expostos a grande vulnerabilidade social.

1.2 A ORFANDADE E SUAS RELAÇÕES COM CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA

A orfandade pode interferir em diversos aspectos do bem estar da criança, como acesso à escola (AINSWORTH e SEMALI, 2003), impactos no estado emocional (HE e JI, 2007) e na saúde e nutrição (LINDBLADE et al., 2003; AINSWORTH e SEMALI, 2003; UNICEF, 2005; WATTS et al., 2007; HE e JI, 2007).

Entre os aspectos que contribuem para a saúde e nutrição precárias dos órfãos por aids da África, listam-se os seguintes: 1) impacto econômico causado pela perda do adulto economicamente ativo (AINSWORTH e SEMALI, 2003; SHARMA, 2005; UNICEF, 2005; KIKAFUNDA e NAMUSOKE, 2006) e, além disso, as famílias que recebem os órfãos podem se tornar ainda mais pobres, porque a renda familiar terá de sustentar mais dependentes (AINSWORTH e SEMALI, 2003), 2) perda de atenção, cuidado e conselho de um ou ambos os pais (LINDBLADE et al., 2003), tendo como uma das conseqüências a falta de atendimento às necessidades básicas da criança (KIKAFUNDA e NAMUSOKE, 2006) que podem comprometer-se em virtude da ausência de um adulto responsável pelos cuidados, 3) maior exposição à discriminação, inclusive da qualidade alimentar, na nova família (SHARMA, 2005), 4) viver em abrigos inadequados – a orfandade tende a aumentar a chance de que estas crianças vivam nas ruas (UNICEF, 2005) e 5) traumas psicológicos causados pela perda do ente querido (UNICEF, 2005). O documento do UNICEF (2005) ainda relata sobre os riscos estigma e discriminação associados ao HIV/Aids, os quais podem afetar negativamente a saúde da criança, por isolá-la do convívio social ou acesso a serviços de saúde no momento que ela mais precisa de cuidados e apoio (UNICEF, 2005).

Os estudos que estimam as associações entre condições advindas da orfandade¹ e desfechos nutricionais usualmente utilizam como variável dependente os índices peso-para-altura, altura-para-idade, peso-para-idade e, com menor freqüência, índice de massa corporal (IMC)-para-idade, dobras cutâneas e circunferências corporais. Os resultados destes estudos mostraram que nem sempre a

¹ ser órfão, tipo da orfandade, tempo da orfandade entre outras variáveis.

magnitude e a direção destas associações foram as mesmas (PANPANICH et al. 1999; LINDBLADE et al. 2003; CRAMPIM et al. 2003; MONASCH e BOERMA et al., 2004; SARKER et al., 2005; WATTS et al., 2007; HE e JI, 2007; MISHRA et al., 2007; RIVERS et al., 2008).

No Zimbábue, estudo transversal conduzido entre crianças menores de cinco anos analisou se as órfãs ou vulneráveis² estavam mais expostas ao déficit nutricional e se esta exposição estava mediada por outros fatores ligados à condição de pobreza. Os autores observaram que as crianças órfãs apresentaram maior chance de ter baixa estatura e baixo peso para a idade em relação às crianças não expostas à orfandade. Além disso, o déficit de peso foi 1,8 vez aquele entre órfãos de ambos os pais ou de mãe; órfãos de mãe e órfãos de pais tiveram 1,7 e 1,2 vez a chance, respectivamente, de ter baixa estatura em relação às crianças não órfãs. Após o ajuste para a pobreza extrema, as crianças órfãs ainda continuaram com risco de desnutrição superior àquele observado nas crianças não órfãs (WATTS et al., 2007).

Além do *tipo de orfandade* (paterna, materna ou de ambos os pais), observou-se que o *tempo da orfandade* é, também, possível agravante do estado nutricional entre crianças africanas. No Quênia, órfãos por aids menores de 6 anos não apresentaram diferenças nos valores médios de escore Z do índice altura-para-idade. Por outro lado, os valores médios de escore Z para a relação peso-para-altura foram menores entre os órfãos e esta diferença foi mais evidente entre aqueles que tinham perdido um de seus pais há mais de um ano e entre órfãos paternos. Para os autores, apesar de órfãos maternos possuírem maiores riscos de morbidade devido à perda do cuidador primário, órfãos paternos tinham maior probabilidade de serem desnutridos

² Crianças que viviam com pelo menos 1 adulto que tenha morrido no último ano, junto de pelo menos 1 adulto gravemente doente por pelo menos 3 meses no último ano ou que moravam em casa chefiada por criança menor de 18 anos (WATTS et al., 2007).

do que os não órfãos, indicando que, na África, a perda do pai é tão significativa quanto a da mãe – possivelmente devido à perda do provedor de recursos familiares (LINDBLADE et al., 2003).

Na China, estudo sobre as condições nutricionais de crianças de 8 a 15 anos da zona rural da Província “Henan” identificou déficits nutricionais em todo o grupo investigado. A maior gravidade em alguns índices ocorreu entre as crianças órfãs, as quais apresentaram menores valores de escore Z para o índice IMC-para-idade e de dobra cutânea subescapular em relação às não órfãs (HE e JI, 2007).

Por outro lado, em Kampala (Uganda), as prevalências do déficit de peso ou estatura não diferiram entre crianças de 1 a 5 anos órfãs por aids, órfãs por outras causas ou crianças não órfãs, mesmo após o ajuste para possíveis variáveis de confusão, entre elas idade, sexo, nível socioeconômico, aleitamento materno, cuidador atual, tipo de orfandade. Outro resultado encontrado neste estudo foi que as crianças cuidadas pela avó materna apresentaram menor chance de baixa estatura, apontando para a importância do papel das avós no estado nutricional destas crianças (SARKER et al., 2005).

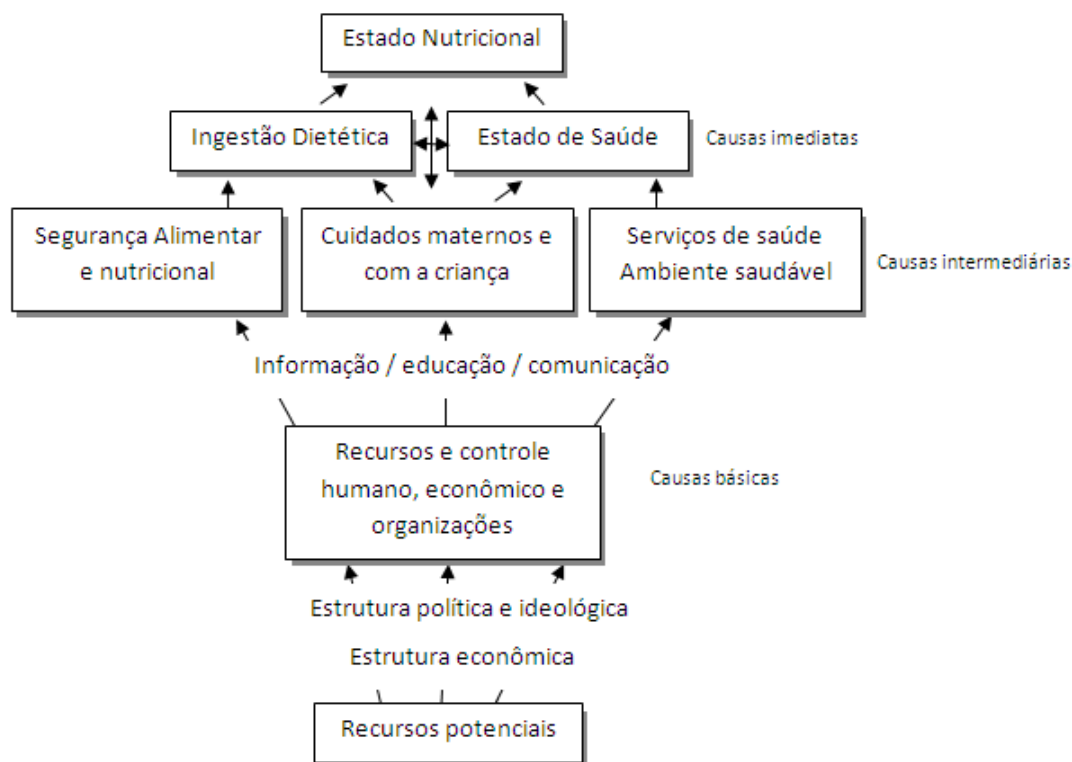
Em síntese, os estudos sobre órfãos da África e China mostram a importância de se levar em conta, na análise do estado nutricional deste grupo, as características da orfandade, entre elas o tipo e tempo da orfandade, além do ajuste para as características socioeconômicas e demográficas.

1.3 ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS

Os estudos sobre órfãos na África e China têm revelado elevadas prevalências de desnutrição nesse grupo. Os fatores determinantes da desnutrição infantil são sociais e históricos (VALENTE, 1989) e podem ser divididos em três níveis hierárquicos de causalidade: determinantes imediatos, intermediários e básicos. Os determinantes imediatos são aqueles que se manifestam no indivíduo: a ingestão dietética inadequada e as doenças infecciosas. Os intermediários estão relacionados à insegurança alimentar do domicílio, cuidado materno-infantil inadequado e serviços de saúde e meio ambiente precários, todos estes influenciados pela pobreza. Os determinantes básicos, por sua vez, influenciam a pobreza e todos os determinantes intermediários da desnutrição - são os recursos potenciais disponíveis no país, estrutura política e econômica e fatores socioculturais (Figura 2) (UNICEF, 1990).

A desnutrição apresenta estreita relação com a mortalidade infantil em virtude de sua sinergia com as doenças infecciosas (PELLETIER et al., 1995) e, na África e na Ásia, ainda é um problema de saúde pública entre as crianças na fase pré-escolar (DE ONIS e BLOSSNER, 2000).

É importante destacar ainda que grande parte dos países africanos, e mesmo China, apresenta perfis econômico, social e epidemiológico diferentes do perfil brasileiro. Assim, é provável que a configuração e a magnitude do efeito dos determinantes do estado nutricional nesses países sejam diferentes daquelas existentes no Brasil.

Figura 2 - Fatores determinantes da desnutrição infantil.

Fonte: UNICEF (1990)

No Brasil, a análise do estado nutricional em 2002/03 mostrou prevalência de 4,6% de déficit de peso para a idade em crianças de 0 a 4 anos e 2% em crianças de 5 a 9,9 anos. Em adolescentes, o déficit da altura para a idade entre adolescentes de 10 a 19 anos foi de 9,8% e o déficit do IMC para a idade, índice recomendado para avaliação nutricional deste grupo, foi de 3,7% (IBGE, 2006).

O excesso de peso emerge como novo problema de saúde pública entre crianças e adolescentes de alguns países em desenvolvimento como Brasil, Bolívia, Chile, Jamaica, Egito, África do Sul entre outros (DE ONIS e BLOSSNER, 2000). Dados de inquéritos populacionais mostraram que, em 1996, aproximadamente 5% das crianças brasileiras abaixo de cinco anos apresentaram excesso de peso, perfil

nutricional distinto dos países africanos em que houve estudos sobre o impacto da orfandade no estado nutricional das crianças (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalências de excesso de peso e baixo peso para estatura no Brasil e nos países africanos em que ocorreram estudos sobre órfãos.

País	Ano do inquérito	Idade (anos)	Prevalência de excesso de peso*	Prevalência de baixo peso para estatura**
Brasil	1996	0-5	4,9	10,5
Ruanda	1992	0-5	2,1	48,7
Zâmbia	1996-97	0-5	3,3	42,4
Zimbábue	1994	0-3	4,2	21,4
Quênia	1993 ^a /1998 ^b	0-5	3,5 ^a	33 ^b
Uganda	1995	0-4	2,8	38,3

* Extraídos de: DE ONIS e BLOSSNER (2000)

** Extraídos de: DE ONIS et al. (2000)

A análise da tendência secular do estado nutricional de adolescentes durante três inquéritos nacionais mostrou que a frequência de excesso de peso nos meninos foi baixa em 1974/75 (3,9%), porém duplicou em 1989 (8,3%) e novamente em 2002/03 (17,9%). O aumento da proporção das adolescentes com excesso de peso foi relevante entre os dois primeiros inquéritos, passou de 7,5% para 13,8%, porém apresentou desaceleração entre os dois últimos, chegando a 15,4% em 2002/03 (IBGE, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, preocupada com as implicações do ganho de peso excessivo e da obesidade para a Saúde Pública, publicou em 2003 documento que aponta evidências de fatores possivelmente associados a estas condições nutricionais, tais como uso de dieta inadequada, inatividade física,

condição socioeconômica, influência da mídia nos hábitos alimentares entre outros (WHO, 2003).

1.4 JUSTIFICATIVA

Os dados apresentados mostram que as condições nutricionais das crianças e adolescentes brasileiros são distintas daquelas identificadas em crianças de países da África subsaariana ou da China. Nestas regiões, a desnutrição é comumente encontrada nas crianças e adolescentes e algumas vezes mais grave entre órfãos. No Brasil, provavelmente, a desnutrição não será a condição nutricional mais característica dos órfãos, porém esta afirmação ainda não está embasada empiricamente.

Outro aspecto importante no que se refere à orfandade no Brasil é a inexistência de estudos sobre órfãos em decorrência de homicídios. A elevada taxa de mortalidade por homicídios no Brasil, a qual acomete principalmente homens em idade reprodutiva, provavelmente gerou um número considerável, porém desconhecido, de órfãos no país. Diante disso, esta investigação incluiu na amostra órfãos em decorrência dos homicídios, pelo elevado impacto que este tipo de violência tem na mortalidade da população jovem e adulta brasileira e órfãos por aids, pela importância do tema na literatura internacional.

Assim, com este trabalho, busca-se avaliar o estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios e estimar a associação entre índices nutricionais e variáveis relacionadas à orfandade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios de 5 a 14 anos de idade do município de São Paulo e estimar a associação entre índices nutricionais e variáveis relacionadas à orfandade.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e domiciliares dos órfãos por aids ou homicídios, e seus cuidadores, do município de São Paulo;
- Descrever aspectos centrais da orfandade (tipo e tempo da orfandade, idade que ficou órfão e principal cuidador) dos órfãos por aids ou homicídios do município de São Paulo;
- Descrever os indicadores de saúde e nutrição dos órfãos por aids ou homicídios do município de São Paulo;
- Analisar os efeitos dos determinantes biológicos, econômicos, de saúde e da orfandade sobre os índices antropométricos em órfãos por aids ou homicídios do município de São Paulo.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Utilizaram-se dados coletados de dois estudos transversais de base populacional com órfãos de 0 a 24 anos, intitulados “*Impactos das mortes por homicídio e aids na saúde e nos direitos de crianças e jovens na cidade de São Paulo*”, financiado pelo CNPq (Processo n° 476210/2004-6) e “*Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/Aids: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo*”, financiado pela FAPESP (Processo n° 03/10883-5). Estes dois projetos ocorreram em concomitância, sob a mesma coordenação, com uso da mesma estratégia metodológica e dos mesmos instrumentos para a coleta de dados.

3.2 POPULAÇÃO SOB ESTUDO

A população estudada foi composta por crianças e adolescentes de 5 a 14 anos de idade, que perderam um ou ambos os pais, em decorrência de óbito por homicídio ou aids entre o período de 2000 a 2004. Foram considerados elegíveis para

o estudo os órfãos residentes no município de São Paulo, com endereço possível de ser localizado e filhos de indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos.

As seções 3.3 a 3.7 descrevem sumariamente o processo de delineamento do estudo principal utilizado nesta dissertação. Maiores detalhes podem ser consultados nos Anexos 1, 2 e 3 ou no relatório de pesquisa (Bernal 2009).

3.3 PLANEJAMENTO DA AMOSTRA

O cálculo do número mínimo para a amostra principal baseou-se na pesquisa de base domiciliar realizada em Porto Alegre por DORING et al. (2005) com órfãos por aids. Para o cálculo amostral, considerou-se a prevalência de 5% relacionada à institucionalização dos órfãos (desfecho principal estudado por DORING et al (2005) e também abordado nos estudos mais amplos deste projeto) e o número encontrado foi de 1289 órfãos. Baseado nas experiências de Porto Alegre, ao número mínimo planejado para o presente estudo adicionou-se 25% de possíveis perdas na fase de entrevista domiciliar e 15% para fins de rastreamento, totalizando 2021 registros de óbitos para localização de órfãos por aids e outros 2021 registros para localização dos órfãos por homicídios.

3.4 FONTE DOS DADOS

Não há cadastros disponíveis com informações sobre o número oficial de órfãos no município de São Paulo. Como estratégia, utilizou-se o banco dados de mortalidade por aids e homicídios do Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade do Município de São Paulo (Pro-Aim) para realizar o sorteio da amostra e assim propiciar o rastreamento dos órfãos no município. Maiores detalhes sobre os bancos de dados e total de indivíduos elegíveis para o sorteio amostral encontram-se no Anexo 1.

3.5 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A amostragem foi realizada em estágios múltiplos e envolveu os processos de estratificação e sorteio de conglomerados. Para delimitar a unidade primária de amostragem (UPA) foram utilizados os quatro primeiros dígitos do CEP. Maiores detalhes sobre o processo de amostragem encontram-se no Anexo 2.

Sinteticamente, o desenho da amostra de órfãos por homicídios foi composto por quatro estratos: dois formados por duas UPAs auto-representativas³, um formado pelas demais UPAs e um formado pelos endereços sem CEP. A amostra final foi equi-probabilística e composta por 2.138 endereços. Por questões econômicas,

³ UPAs auto-representativas: unidades primárias grandes que não necessitaram de sorteio amostral (probabilidade de ser selecionado igual a 1).

sorteou-se ainda sub-amostra correspondente a 50% do total da amostra final para avaliação antropométrica dos órfãos menores de 15 anos.

O desenho da amostra de órfãos por aids foi composto por dois estratos, o primeiro formado por UPAs com CEP e o segundo pelos endereços sem CEP. A amostra final foi equi-probabilística composta por 2.081 endereços. Para avaliação antropométrica dos menores de 15 anos, inicialmente também foi sorteada amostra correspondente a 50% do total, porém tal critério foi alterado para órfãos por aids em função do reduzido grupo localizado. Assim, a avaliação antropométrica passou a ser realizada com todos os órfãos por aids localizados durante o trabalho de campo. Posteriormente, analisaram-se as diferenças nas variáveis socioeconômicas, demográficas, relacionadas à orfandade e à saúde entre o grupo não selecionado e o grupo selecionado para a avaliação antropométrica.

3.6 RASTREAMENTO DA AMOSTRA

O rastreamento da amostra ocorreu por meio de visitas domiciliares com o uso de formulário identificado com o nome da pessoa falecida, sua data de nascimento, data de óbito, endereço e indicação para realizar ou não a avaliação física (no caso dos órfãos por homicídios), a qual englobou a aferição das medidas antropométricas.

Ao identificar os domicílios, os entrevistadores de campo perguntavam aos moradores ou vizinhos se conheciam a pessoa falecida e, em caso positivo, sobre a

existência de possíveis órfãos, seus nomes, idade e local de residência para aplicar o questionário de entrevista socioeconômica e demográfica e para realizar a avaliação física. Os detalhes desde a etapa do rastreamento até a seleção da amostra dos órfãos por aids ou homicídios encontram-se no Anexo 3.

Sinteticamente, as principais perdas ocorreram em função de endereço não localizado, informante não conhecia o falecido ou informante não sabia informar se o caso tinha deixado filhos, totalizando 33% para os endereços da amostra de homicídios e 26% para aids. Dentre os órfãos de 5 a 14 anos completos selecionados para o presente estudo, observaram-se perdas na fase de avaliação antropométrica por recusas ou institucionalização em 17% e 3% dos órfãos por aids e homicídios, respectivamente. A amostra final totalizou 215 órfãos por homicídios e 269 órfãos por aids.

Finalmente, a amostra utilizada neste trabalho foi ponderada para a ausência de resposta observada nos dois estudos maiores. Os pesos foram construídos a partir das variáveis disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade. As variáveis utilizadas para a amostra de órfãos por aids foram: idade do falecido, CEP e categoria de exposição. Para órfãos por homicídios utilizaram-se idade do falecido e CEP.

3.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se em setembro de 2006 e finalizou-se em março de 2007.

Os questionários foram testados quanto à clareza da linguagem e facilidade de aplicação. A coleta dos dados socioeconômicos e demográficos foi realizada por entrevistadores selecionados e treinados especificamente para a pesquisa. A equipe de avaliação física também foi treinada para a coleta das medidas antropométricas e testou-se a variabilidade intra e inter antropometristas. O desempenho dos antropometristas foi aferido segundo o método proposto por HABICHT et al. (1974), para atingir uniformidade das medidas coletadas em campo.

3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A variável dependente, estado nutricional, foi estimada por métodos antropométricos para a obtenção dos índices e indicadores nutricionais.

3.8.1 Índices e indicadores nutricionais

3.8.1.1 Massa Corporal

As medidas de peso e estatura foram coletadas conforme os procedimentos recomendados por LOHMAN et al. (1988). Cada medida foi realizada 2 vezes e tomou-se a média dos valores. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado como: $\text{peso(Kg)}/\text{altura(m)}^2$. O estado nutricional foi classificado segundo os valores críticos correspondentes ao IMC adulto de 17,5 kg/m² (desnutrição) e 25 kg/m² (excesso de peso), propostos em CONDE e MONTEIRO (2006).

3.8.1.2. Crescimento longitudinal

Os valores da altura foram convertidos em desvios-padrão (escores Z da altura para idade) dos valores de referência WHO-2007 (DE ONIS et al., 2007). Indivíduos com valores abaixo de -2 escores Z foram considerados com déficit de crescimento (WHO, 1995).

3.8.2 Variáveis Independentes

As variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde relacionadas aos órfãos e aos seus cuidadores foram:

a) *Socioeconômicas*: escolaridade do cuidador (na forma contínua em anos de estudo ou categorizada em: nenhum, 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, 12 ou mais anos de estudo), renda domiciliar mensal *per capita* (expressa como categorias de salário mínimo vigente durante o período da coleta de dados) e *escore econômico* (expresso na forma contínua ou em terços).

Optou-se pela Classificação Econômica Brasil – 2008 (CCEB-2008)⁴, a qual utiliza informações sobre bens materiais (televisão, rádio, geladeira, entre outros) e escolaridade do chefe do domicílio para criar uma pontuação e assim classificar os domicílios em classes econômicas. No entanto, a ausência de informações sobre freezer e escolaridade do chefe da família na base de dados do presente estudo impôs a necessidade de adaptar esta classificação. Assim, calculou-se a variável *escore econômico*, a qual continha a pontuação obtida de acordo com os bens materiais do domicílio (exceto freezer). O *escore econômico* máximo possível de ser obtido no presente estudo, utilizando a pontuação do CCEB-2008, foi de 36 pontos.

A renda domiciliar mensal *per capita* não estava disponível em 30 casos, os quais foram imputados a partir da regressão linear simples entre renda e *escore econômico* realizada nos demais casos.

b) *Demográficas*: idade do órfão (utilizada na forma contínua ou categorizada - crianças de 5 a 9 anos e adolescentes de 10 a 14 anos), sexo do órfão, cor de pele do órfão (branca, preta, amarela, parda, indígena), idade do cuidador (utilizada na

⁴Disponível em <http://www.abep.org/codigosguias/AdocaoCCEB2008.pdf>

forma contínua ou categorizada em jovem: 17 a 24 anos, adulto: 25 a 60 anos e idoso: acima 61 anos) e sexo do cuidador.

- c) *Aspectos relacionados à orfandade*: tipo de orfandade (paterna, materna ou de ambos os pais), tempo de orfandade (utilizada na forma contínua em anos ou em tercis), causa da orfandade (aids ou homicídios), idade que a criança ficou órfã (utilizada na forma contínua em anos ou em tercis), principal cuidador (mãe, avó materna, tios maternos e outros) e declaração da condição econômica da família após o óbito (segundo as categorias melhorou, piorou, não mudou).
- d) *Domiciliares*: morar em casa de alvenaria (sim/não), coleta de lixo domiciliar (sim/não), presença de água canalizada (sim/não).
- e) *Saúde*: Estado de saúde atual do órfão segundo a percepção de seu principal cuidador (Excelente/Bom ou Ruim/Regular) e internações realizadas nos últimos 12 meses (sim/não).

Os questionários utilizados para entrevista socioeconômica e demográfica e para avaliação física encontram-se nos Anexos 4 e 5.

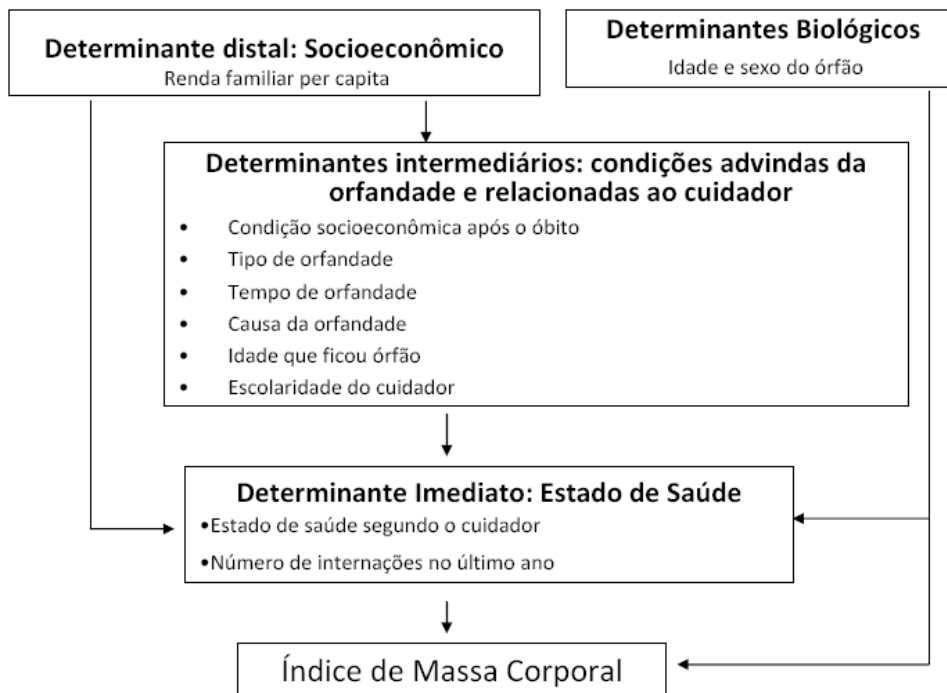
3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, procurou-se identificar as principais diferenças entre órfãos por aids e homicídios. Nesta fase, comparam-se as proporções ou médias das variáveis independentes entre os grupos de órfãos com uso do Teste F ou da regressão linear simples.

Para estimar os fatores associados aos escores *Z* do IMC-para-idade e altura-para-idade, as variáveis foram organizadas em blocos hierárquicos de acordo com o modelo conceitual do estado nutricional de crianças, adaptados do UNICEF (1990). A análise hierárquica foi conduzida segundo os critérios de VICTORA *et al.* (1997).

Para o IMC, o bloco distal dos determinantes foi composto pelas informações socioeconômica (renda domiciliar mensal per capita) e biológicas (sexo e idade). O bloco de determinantes intermediários reuniu informações relacionadas aos cuidados dispensados com a criança/adolescente, representadas pelas variáveis relacionadas à orfandade: tipo de orfandade, tempo da orfandade, causa da orfandade, idade que ficou órfão e condição econômica após o óbito do falecido. Incluiu-se também a escolaridade do cuidador neste bloco. Devido à ausência de informações sobre os padrões alimentares e atividade física dos órfãos, no bloco imediato inseriram-se somente as informações sobre o estado de saúde atual e internação no ano anterior à entrevista domiciliar (Figura 3).

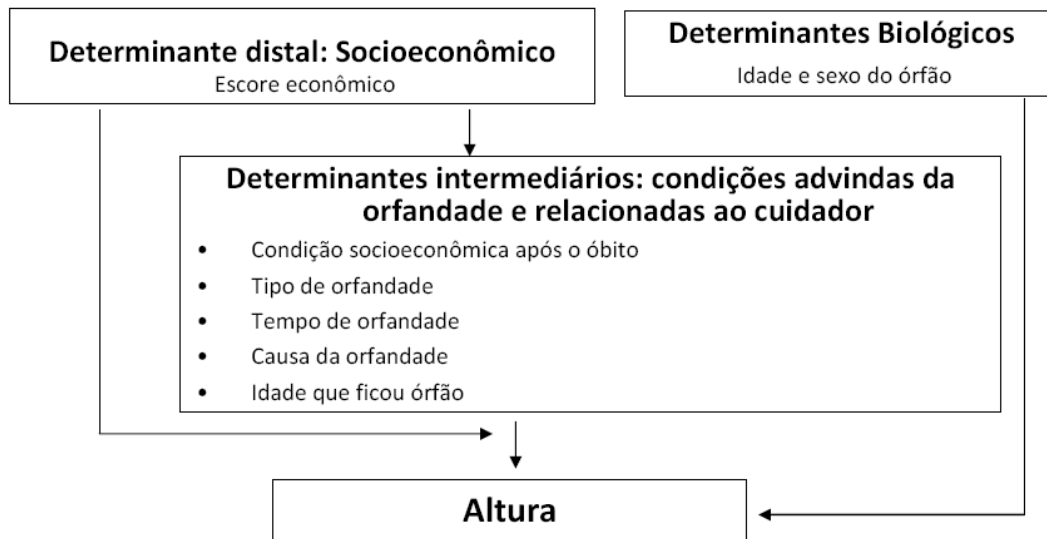
Figura 3 – Determinantes distais, intermediários e imediatos do índice de massa corporal-para-idade em órfãos.



Para a altura, procurou-se selecionar as informações que melhor sintetizassem os eventos passados do órfão, considerando que o índice altura-para-idade permite a leitura retrospectiva do estado nutricional. Neste caso, o bloco distal foi composto pelas informações biológicas e pelo escore econômico, ou seja, pelo patrimônio acumulado pela família até o momento da entrevista. Considerando que as crianças que se tornaram órfãs em idade mais nova (nas quais o crescimento é mais acelerado) ou estavam órfãs há mais tempo (sofrendo continuamente as conseqüências negativas da orfandade até restringir o crescimento normal), o bloco intermediário foi composto também pelas variáveis relacionadas à orfandade e pela informação sobre a condição econômica após o óbito. O bloco imediato de variáveis sobre a saúde

também foi excluído por não possibilitar a análise temporal com o desfecho de interesse (Figura 4).

Figura 4 – Determinantes distais, intermediários e imediatos da altura-para-idade em órfãos.



Em cada bloco hierárquico, realizou-se análise de regressão linear múltipla para selecionar as variáveis associadas aos desfechos de interesse ao nível de 20%. As variáveis pré-selecionadas do bloco distal foram incluídas nos blocos inferiores. Consideraram-se associadas aos índices nutricionais as variáveis com nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com uso da família de comandos *Survey* do *software Stata* versão 10, a qual considera as diferentes ponderações amostrais decorrentes do ajuste para não resposta. As estimativas foram apresentadas em valores de média e erro padrão (EP).

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes foi redigido tendo em vista a Resolução 196/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) (Anexo 5).

Os projetos amplos e o presente estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Of. Coep/226/03, Of. Coep/238/05 e Of. Coep/26/2008) (Anexo 6).

Especial atenção foi dada a confidencialidade na coleta de dados para que ninguém, a não ser o cuidador atual, conhecesse os objetivos e instrumentos da pesquisa. Assegurou-se para todos os sujeitos que a participação era voluntária. Vedou-se o contato por telefone, carta ou recados por outras pessoas que não o seu responsável legal.

Situações detectadas como falta de necessidades de atenção psicossocial, inadequações do estado nutricional ou outras situações de natureza jurídico-legal foram encaminhadas à rede de serviços de São Paulo.

4. ARTIGO

Estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios residentes no município de São Paulo.

Artigo original a ser submetido à revista *Tropical Medicine & International Health*

Original Article

**Nutritional status of orphans due to AIDS or homicides residing in the
city of Sao Paulo – Brazil**

Bronhara B¹, Conde WL², França-Junior I³.

Bruna Bronhara, MD. Department of Nutrition, School of Public Health, University of Sao Paulo. Address: Avenida Dr. Arnaldo, 715. CEP: 01246-904. São Paulo/SP - Brasil.
email: brunabronhara@usp.br.

Wolney Lisboa Conde, PhD. Department of Nutrition, School of Public Health, University of Sao Paulo. Address: Avenida Dr. Arnaldo, 715. CEP: 01246-904. São Paulo/SP - Brasil.
email:wolney@usp.br

Ivan França Junior, PhD. Department of Maternal-infant Health, School of Public Health, University of Sao Paulo. Address: Departamento Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo, 715. CEP: 01246-904. São Paulo/SP - Brasil. Telephone: (55) (11) 3061-7703. E-mail: ifjunior@usp.br.

RESUMO

Objetivo - Avaliar o estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios residentes em São Paulo e estimar a associação de índices nutricionais com variáveis relacionadas à orfandade. **Métodos** - Estudo transversal de base domiciliar que utilizou amostra representativa de 484 indivíduos de 5 a 14 anos que perderam um ou ambos os pais durante os anos de 2000 e 2004 devido à aids ou homicídios no município de São Paulo. A avaliação nutricional foi feita com o índice de massa corporal-para-idade e da altura-para-idade. A associação entre índices nutricionais e variáveis relacionadas à orfandade foi estimada em análise hierárquica, com uso de modelo de regressão linear múltiplo. **Resultados** – Órfãos por aids ou homicídios diferiram quanto às características da orfandade e à idade média. As condições econômicas, domiciliares, o estado de saúde e o estado nutricional foram semelhantes entre os grupos. O déficit de IMC ocorreu em 1,3% das crianças abaixo de 10 anos e em 2,1% dos adolescentes. O déficit de altura ocorreu em 0,7% das crianças e em 4,0% dos adolescentes. O excesso de peso ocorreu em 19% e 20% das crianças e adolescentes, respectivamente. A análise hierárquica indicou ausência de efeito das variáveis relacionadas à orfandade sobre o IMC ou a altura; o principal determinante do estado nutricional foi de natureza econômica. **Conclusão** – Órfãos por aids ou homicídios de São Paulo apresentaram estado nutricional semelhante e majoritariamente influenciado pela situação econômica. O perfil nutricional identificado no grupo, caracterizado pelo excesso de peso, sugere que órfãos de São Paulo não apresentam riscos adicionais decorrentes da orfandade.

Descritores: Crianças órfãs; Estado Nutricional; Antropometria; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre orfandade e suas conseqüências para a saúde e nutrição de crianças foram conduzidos, em sua maioria, em países africanos, muitos dos quais envolvidos em conflitos armados (Siaens *et al.* 2003; Rivers *et al.* 2008) ou com elevada prevalência de HIV/Aids na população (Siaens *et al.* 2003; Lindblade *et al.* 2003; UNAIDS *et al.* 2004; Sarker *et al.* 2005; Sharma 2005; Rivers *et al.* 2008).

A saúde e a nutrição das crianças podem ser afetadas em virtude do impacto econômico causado pela perda do adulto economicamente ativo (Ainsworth & Semali 2003; Sharma 2005; UNICEF 2005; Kikafunda & Namusoke 2006), redução dos cuidados dispensados à criança pela perda do cuidador primário (Lindblade *et al.* 2003; UNICEF 2005), maior exposição à discriminação, inclusive da qualidade alimentar, na nova família (Sharma 2005), traumas psicológicos (He & Ji 2007), entre outros. O documento do UNICEF (2005) aborda, ainda, os riscos de estigma e discriminação associados ao HIV/Aids, os quais podem ampliar os efeitos negativos sobre a saúde da criança, por isolá-la do convívio social ou acesso a serviços de saúde no momento que ela mais precisa de cuidados e apoio.

Os estudos que verificam as associações entre condições advindas da orfandade* e desfechos nutricionais usualmente utilizam como variável dependente os índices peso-para-altura, altura-para-idade, peso-para-idade e, com menor frequência, índice de massa corporal (IMC)-para-idade, dobras cutâneas e circunferências corporais. Os resultados destes estudos mostraram que nem sempre a magnitude e a direção destas

* ser órfão, tipo da orfandade, tempo da orfandade entre outras variáveis

associações foram as mesmas (Lindblade *et al.* 2003; Sarker *et al.* 2005; Watts *et al.* 2007; He & Ji 2007; Rivers *et al.* 2008).

Não foram localizados estudos nacionais ou internacionais com análises sobre as condições nutricionais dos órfãos brasileiros. Enquanto na África subsaariana a mortalidade de adultos está fortemente influenciada pela epidemia da aids (UNAIDS *et al.* 2004), no Brasil a mortalidade entre jovens associa-se a elevadas taxas de homicídios (Brazilian Ministry of Health, 2007). Nos dois casos, a relação com o aumento da orfandade é direta e a gravidade, proporcional ao impacto dos fatores causais em cada contexto social.

Assim, com este trabalho, buscou-se avaliar o estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios e estimar a associação entre índices nutricionais e variáveis relacionadas à orfandade.

MÉTODOS

Estudo transversal de base domiciliar que utilizou dados dos projetos “*Impactos das mortes por homicídios e aids na saúde e nos direitos de crianças e jovens na cidade de São Paulo*” e “*Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/Aids: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo*”, ambos com órfãos de 0 a 24 anos de idade.

A amostra foi sorteada em dois estágios, formando-se conglomerados em cada etapa, a partir do banco de dados do Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade do Município de São Paulo (Pro-Aim). Esta base contém registro e localização domiciliar dos óbitos por aids e homicídios ocorridos entre 2000 e 2004. A

partir deste banco, procedeu-se ao contato com familiares e o rastreamento dos órfãos por meio de visitas domiciliares. Por razões econômicas, inicialmente a avaliação antropométrica dos menores de 15 anos foi realizada apenas em 50% da amostra. Tal critério foi alterado para órfãos por aids em função do reduzido grupo localizado. Assim, a avaliação antropométrica passou a ser realizada com todos os órfãos por aids localizados durante o trabalho de campo. Os critérios de elegibilidade foram: ser filho de indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, ser residente em São Paulo e ter endereço possível de ser localizado pelo banco de dados do Pro-Aim. Os registros selecionados totalizaram 1908 e 2138 óbitos por aids e homicídios, respectivamente. Informações detalhadas sobre o planejamento e execução da amostra encontram-se em outro trabalho (Barros 2007).

A amostra utilizada neste trabalho foi ponderada para a ausência de resposta observada nos dois estudos principais. Sinteticamente, as principais perdas ocorreram em função de endereço não localizado, informante não conhecida o falecido ou informante não sabia informar se o caso tinha deixado filhos, totalizando 33% para os endereços da amostra de homicídios e 26% para aids. Dentre os órfãos de 5 a 14 anos completos selecionados para o presente estudo, observaram-se perdas na fase de avaliação antropométrica por recusas ou institucionalização em 17% e 3% dos órfãos por aids e homicídios, respectivamente. A amostra final totalizou 269 órfãos por aids e 215 órfãos por homicídios.

A coleta dos dados ocorreu em 2006 e 2007. As medidas de peso e estatura foram coletadas conforme os procedimentos recomendados por Lohman *et al* (1988). Cada medida foi realizada duas vezes seguidas e tomou-se a média dos valores. O índice de massa corporal foi calculado como: $\text{peso}/\text{altura}^2$. O estado nutricional foi

classificado segundo os valores críticos correspondentes ao IMC adulto de 17,5 kg/m² (desnutrição) e 25 kg/m² (excesso de peso), propostos por Conde e Monteiro (2006). Os valores da altura foram convertidos escores Z da altura para idade dos valores de referência WHO-2007 (De Onis *et al.* 2007). Valores abaixo de -2 escores Z foram considerados déficit de crescimento (WHO 1995).

As variáveis independentes selecionadas foram: idade do órfão, sexo e cor da pele do órfão, renda domiciliar mensal per capita, escore econômico, declaração da condição econômica da família após o óbito, grupo de idade do cuidador, sexo do cuidador, escolaridade do cuidador, morar em casa de alvenaria, coleta de lixo domiciliar, presença de água canalizada, estado de saúde atual do órfão segundo a percepção do cuidador, internações realizadas nos últimos 12 meses, tipo de orfandade, tempo de orfandade em anos, idade que a criança/adolescente ficou órfão em anos, principal cuidador e causa da orfandade (aids ou homicídios).

Optou-se pela Classificação Econômica Brasil – 2008 (CCEB-2008) ^{*}, a qual utiliza informações sobre bens materiais (televisão, rádio, geladeira, entre outros) e escolaridade do chefe do domicílio para criar uma pontuação e assim classificar os domicílios em classes econômicas. No entanto, a ausência de informações sobre freezer e escolaridade do chefe da família na base de dados do presente estudo impôs a necessidade de adaptar esta classificação. Assim, calculou-se a variável *escore econômico*, a qual continha a pontuação obtida de acordo com os bens materiais do domicílio (exceto freezer). O escore econômico máximo possível de ser obtido no presente estudo, utilizando a pontuação do CCEB-2008, foi de 36 pontos.

^{*}Disponível em <http://www.abep.org/codigosguias/AdocaoCCEB2008.pdf>

A renda domiciliar mensal *per capita* não estava disponível em 30 casos, os quais foram imputados a partir da regressão linear simples entre renda e *escore* econômico realizada nos demais casos.

As diferenças de médias ou proporções entre órfãos por aids e homicídios segundo as variáveis independentes foram analisadas com uso do Teste F ou da regressão linear simples.

Para estimar os fatores associados aos escores Z do IMC-para-idade e altura-para-idade, as variáveis foram organizadas em blocos hierárquicos de acordo com o modelo conceitual do estado nutricional de crianças, adaptados do UNICEF (1990).

Para o IMC, o bloco distal dos determinantes foi composto pelas informações socioeconômica (renda domiciliar mensal *per capita*) e biológicas (sexo e idade). O bloco de determinantes intermediários reuniu informações relacionadas aos cuidados dispensados com a criança/adolescente, representadas pelas variáveis relacionadas à orfandade: tipo de orfandade, tempo da orfandade, causa da orfandade, idade que ficou órfão e condição econômica após o óbito do falecido. Incluiu-se também a escolaridade do cuidador neste bloco. Devido à ausência de informações sobre os padrões alimentares e atividade física dos órfãos, no bloco imediato inseriram-se somente as informações sobre o estado de saúde atual e internação no ano anterior à entrevista domiciliar.

Para a altura, procurou-se selecionar as informações que melhor sintetizassem os eventos passados do órfão, considerando que o índice altura-para-idade permite a leitura retrospectiva do estado nutricional. Neste caso, o bloco distal foi composto pelas informações biológicas e pelo *escore* econômico, ou seja, pelo patrimônio acumulado pela família até o momento da entrevista. Considerando que as crianças que se tornaram

órfãs em idade mais nova (nas quais o crescimento é mais acelerado) ou estavam órfãs há mais tempo (sofrendo continuamente as conseqüências negativas da orfandade até restringir o crescimento normal), o bloco intermediário foi composto também pelas variáveis relacionadas à orfandade e pela informação sobre a condição econômica após o óbito. O bloco imediato de variáveis sobre a saúde também foi excluído por não possibilitar a análise temporal com o desfecho de interesse.

Foi investigada, também, a interação entre escore econômico ou renda domiciliar mensal *per capita* e a variável *alteração da condição econômica da família após o óbito*.

Em cada bloco hierárquico, realizou-se análise de regressão linear múltipla para selecionar as variáveis associadas aos desfechos de interesse ao nível de 20%. As variáveis pré-selecionadas do bloco distal foram incluídas nos blocos inferiores. Consideraram-se fator de risco aquelas com nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas com uso do comando *Survey* do *software Stata*, o qual analisa os dados levando em conta o delineamento complexo da amostra. As estimativas foram apresentadas em valores de média e erro padrão (EP).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes foi redigido tendo em vista a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Os aspectos demográficos, socioeconômicos e domiciliares dos órfãos e seus cuidadores, segundo a causa da orfandade, estão descritos na Tabela 1. Órfãos por aids

eram mais velhos que órfãos por homicídios e cuidados principalmente por pessoas de maior idade. A maior parte dos cuidadores era do sexo feminino, principalmente entre órfãos por homicídios.

Tabela 1 – Órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídios, residentes no município de São Paulo, segundo aspectos demográficos, socioeconômicos e domiciliares. São Paulo, 2006-07.

Aspectos	Categorias	Órfãos de 5 a 14 anos			p
		Total n=484	Causa da orfandade		
			Aids n=269	Homicídios n=215	
Demográficos					
<i>Órfão</i>					
Grupo etário					
	5 a 9 anos	55,1	40,6	50,6	0,00
	10 a 14 anos	44,9	59,4	39,4	
Sexo					
	Masculino	47,0	47,1	47,0	0,97
	Feminino	53,0	52,9	53,0	
Cor de Pele					
	Branco	37,0	42,7	34,9	0,36
	Preto	8,1	10,4	7,3	
	Amarelo	0,4	0,0	0,5	
	Pardo+indígena*	54,5	46,9	57,3	
<i>Cuidador</i>					
Grupo etário					
	17 a 24 anos	7,5	3,9	8,8	0,01
	25 a 60 anos	84,1	79,6	85,8	
	61 anos ou mais	8,4	16,5	5,4	
Sexo					
	Masculino	4,5	9,0	2,7	0,03
	Feminino	95,5	91,0	97,3	
Socioeconômicos					
Anos de estudo do cuidador					
	Nenhum	7,3	6,1	7,7	0,04
	1 --3 anos	12,0	16,1	10,4	
	4 --7 anos	33,4	42,0	30,1	
	8 --11 anos	43,5	31,1	48,3	
	12 anos ou mais	3,9	4,6	3,6	

Salário mínimo <i>per capita</i> **	0 -- ¼	28,4	25,9	29,3	0,62
	¼ -- ½	33,1	32,6	33,2	
	½ -- 1	27,4	27,3	27,4	
	1 -- 2	9,2	10,7	8,6	
	> = 2	2,0	3,5	1,4	
Escore econômico ***	3 a 6 pontos	12,1	14,3	11,2	0,70
	7 a 10 pontos	59,7	57,8	60,5	
	11 a 14 pontos	26,1	24,7	26,6	
	15 a 18 pontos	2,2	3,3	1,7	
Domiciliares					
Vive em casa de alvenaria?					
	Sim	91,7	91,6	91,7	0,97
Há coleta de lixo domiciliar?					
	Sim	99,6	100,0	99,5	0,54
A água é canalizada?					
	Sim	99,6	99,7	99,5	0,80

* A categoria *indígena* apresentou 4 casos, assim foi inserida na categoria *parda*

** Calculado de acordo com o salário mínimo durante o período da coleta de dados (R\$ 350,00)

*** Escore econômico calculado segundo as ponderações dos critérios de Classificação Econômica Brasileiro de 2008. Disponível em: <http://abep.org/codigosguias/AdocaoCCEB2008.pdf>

Em média, os cuidadores apresentaram 6,7 (EP:0,3) anos de escolaridade. Cuidadores de órfãos por homicídios tinham um ano de estudo a mais que cuidadores de órfãos por aids ($p < 0,05$). A média do escore econômico foi de 9,2 (EP:0,2) pontos, a qual correspondeu a 25% do total possível de ser obtido.

Grande parte dos órfãos, de ambos os grupos, concentrou-se nas categorias inferiores de salário mínimo e escore econômico. A frequência de famílias morando em casa de alvenaria, com coleta de lixo regular e canalização da água foi praticamente universal (Tabela 1).

Os aspectos relacionados à orfandade estão descritos na Tabela 2. A orfandade paterna foi mais freqüente entre órfãos por homicídios. A orfandade por homicídios em ocorreu em idade mais precoce que aquela observada nos órfãos por aids, o que resultou

em maior tempo de orfandade entre órfãos por homicídios. O cuidado pela mãe foi mais freqüente em órfãos por homicídios.

Tabela 2 - Órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídios, residentes no município de São Paulo, segundo aspectos relacionados à orfandade. São Paulo, 2006-07.

Aspectos	Categorias	Órfãos de 5 a 14 anos			p
		Total n=484	Causa da orfandade		
			Aids n=269	Homicídios n=215	
Tipo de orfandade					
	Paterna	75,8	50,5	85,4	0,00
	Materna	15,7	28,5	10,8	
	Ambos os pais	8,5	21,0	3,8	
Idade na orfandade					
	0 -- 2 anos	28,6	16,4	33,2	0,00
	3 -- 5 anos	34,2	27,6	36,7	
	6 -- 13 anos	37,2	56,0	30,1	
Tempo da orfandade					
	1 -- 3 anos	28,8	42,2	23,8	0,00
	3 -- 5 anos	31,8	31,5	31,9	
	5 -- 7 anos	39,4	26,3	44,3	
Principal cuidador					
	Mãe	60,2	43,3	66,5	0,00
	Avó materna	7,7	11,1	6,5	
	Tios maternos	15,2	17,6	14,2	
	Outros parentes	16,9	28,0	12,8	

A declaração de queda na condição econômica da família do órfão após o óbito ocorreu em 36,5% dos órfãos por aids e 47,5% dos órfãos por homicídios ($p < 0,05$).

A Tabela 3 apresenta as freqüências dos indicadores de saúde e nutrição. A freqüência de estado de saúde inadequado, de ocorrência de internações e de déficit de

altura ou peso foi baixa em ambos os grupos. A frequência do excesso de peso foi aproximadamente 10 vezes as frequências de déficits e mostrou-se similar entre órfãos por aids e homicídios.

Tabela 3 - Indicadores (%) de nutrição e de saúde dos órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídios, residentes no município de São Paulo. São Paulo, 2006-07.

Aspectos	Categorias	Órfãos de 5 a 14 anos			p
		Total n=484	Causa da orfandade		
			Aids n=269	Homicídios n=215	
<i>Estado Nutricional</i>					
Altura-para-idade					
	Déficit de altura	2,2	3,1	1,8	0,52
IMC-para-idade					
	Déficit de peso	1,6	2,0	1,5	0,74
	Excesso de peso	19,5	22,0	18,6	0,30
<i>Estado de Saúde</i>					
Estado de saúde atual					
	Regular/ruim	15,4	15,9	15,2	0,85
Internação no ano anterior à entrevista					
	Sim	4,4	4,8	4,3	0,81

O déficit de IMC ocorreu em 1,2% das crianças abaixo de 10 anos e em 2,1% dos adolescentes. O déficit de altura ocorreu em 0,7% das crianças e em 4,0% dos adolescentes. O excesso de peso ocorreu em 19% e 20% das crianças e adolescentes, respectivamente. Nenhuma destas características diferiu segundo o sexo ($p>0,05$).

Os efeitos brutos e ajustados dos determinantes biológicos, econômicos e da orfandade selecionados para os modelos múltiplos do IMC e da altura estão descritos na Tabela 4.

No modelo do IMC, selecionaram-se para a análise múltipla o bloco distal e a variável tipo de orfandade do bloco intermediário, a qual se associou ao IMC após o controle simultâneo para as demais variáveis deste nível. Nenhuma das variáveis imediatas utilizadas associou-se ao IMC. O modelo múltiplo final indicou que IMC-para-idade associou-se ao salário mínimo, após ajuste para idade, sexo e tipo da orfandade. O coeficiente de determinação do modelo foi baixo e correspondeu a 3,5%.

No bloco distal da altura-para-idade, observou-se que o índice nutricional associou-se diretamente ao escore econômico e inversamente à idade do órfão. No bloco intermediário, observou-se que a altura associou-se ao tipo de orfandade, causa da orfandade e situação econômica após o óbito ao ajustar para as demais variáveis do bloco. O modelo múltiplo final indicou que a altura-para-idade associou-se ao escore econômico e a idade do órfão, ajustados pelas demais variáveis intermediárias selecionadas (Tabela 4). O coeficiente de determinação correspondeu a 11,25%.

A declaração sobre a condição econômica após o óbito não mostrou interação com nível econômico (renda domiciliar mensal *per capita* ou escore econômico) do órfão.

Tabela 4 - Efeitos dos determinantes nutricionais nos índices antropométricos de órfãos de 5 a 14 anos, por aids ou homicídio, residentes no município de São Paulo. São Paulo, 2006-07.

Determinantes do Estado Nutricional	Categorias	coeficiente b	p	coeficiente b ajustado	p
<i>Z-score do IMC-para-idade</i>					
Bloco 1a - Distal: variáveis socioeconômicas					
	Salário Mínimo <i>per capita</i>				
	0 -- ¼ (<i>baseline</i>)				
	¼ -- ½	-0,11	0,55	-0,14	0,41
	½ -- 1	0,17	0,33	0,14	0,40
	1 -- 2	-0,12	0,61	-0,09	0,70
	> = 2	0,73	0,02	0,70	0,03
Bloco 1b - Variáveis biológicas					
	Idade cronológica do órfão	-0,02	0,30	-0,02	0,42
	Sexo do órfão				
	Masculino (<i>baseline</i>)				
	Feminino	-0,05	0,65	-0,05	0,61
Bloco 2 - Intermediário: variáveis da orfandade					
	Tipo de orfandade				
	Ambos os pais (<i>baseline</i>)				
	Paterna	0,27	0,09	0,15	0,36
	Materna	-0,16	0,38	-0,19	0,33
<i>Z-score da altura-para-idade</i>					
Bloco 1a - Distal: variáveis socioeconômicas					
	Escore Econômico				
	1º terço (<i>baseline</i>)				
	2º terço	0,53	0,00	0,50	0,01

	3º terço	0,46	0,01	0,45	0,01
Bloco 1b - Variáveis biológicas					
	Idade cronológica do órfão	-0,08	0,00	-0,08	0,00
	Sexo do órfão (Masculino como <i>baseline</i>)	-0,03	0,76	0,00	0,99
Bloco 2 - Intermediário: variáveis da orfandade					
	Tipo de orfandade (Ambos como <i>baseline</i>)				
	Paterna	-0,43	0,15	-0,47	0,06
	Materna	-0,45	0,09	-0,41	0,07
	Causa da orfandade				
	aids (<i>baseline</i>)				
	Homicídios	0,26	0,11	0,14	0,35
	Condição econômica após o óbito				
	Melhorou (<i>baseline</i>)				
	Não mudou	-0,21	0,34	-0,24	0,20
	Piorou	-0,35	0,11	-0,16	0,40

DISCUSSÃO

Tanto quanto se pode investigar na literatura, este é o primeiro estudo com informações sobre a condição nutricional de órfãos do Brasil. Os achados mostraram baixas prevalências de déficits de peso e de altura e elevada prevalência de excesso de peso. Além disso, os índices nutricionais não se modificaram em função dos aspectos relacionados à orfandade.

As diferenças detectadas entre os grupos de crianças poderiam, inicialmente, sugerir maior vulnerabilidade nutricional entre órfãos por homicídios por serem mais novos, terem perdido principalmente o pai, por apresentarem a maior frequência de relato sobre a piora da condição econômica após o óbito e pelo maior tempo da orfandade. Contudo, as análises dos indicadores nutricionais utilizados não apontaram para esta direção.

O índice altura-para-idade sintetiza a história prévia da criança. Em geral, o déficit associa-se à deficiência de nutrientes, infecções repetidas ou contínuas, estímulo psicossocial insuficiente ou pobreza, entre outros (Frongillo 1999). Neste estudo, a altura mostrou-se adequada para ambos os grupos e os resultados obtidos com a análise hierárquica indicaram ainda que o principal determinante da altura foi de natureza econômica.

Outros aspectos importantes observados foram: a) em média, as crianças ficaram órfãs em idade maior que dois anos, época posterior a um dos períodos mais críticos do crescimento humano e b) não houve associação entre a alteração da condição econômica após o óbito e os valores Z de altura, nem mesmo após o teste de interação com nível econômico da criança. Os resultados sugeriram que, embora grande parte dos cuidadores tenha relatado piora da condição econômica após o

óbito, especialmente entre órfãos por homicídios, esta não foi de magnitude a afetar o crescimento infantil. O escore econômico associou-se à altura da criança independentemente das condições relacionadas à orfandade. Segundo Rivers *et al.* (2008), o impacto negativo deste aspecto advindo da orfandade pode ter sido amenizado por vantagens nutricionais adquiridas no útero ou no início da vida da criança.

No período ao qual correspondeu a infância dos órfãos deste estudo, a cidade de São Paulo caracterizou-se por apresentar ambiente de menor risco ao crescimento das crianças. Os principais determinantes da redução dos déficits nutricionais em crianças foram o aumento do poder aquisitivo das famílias, da escolaridade das mães, melhoria das condições de moradia, saneamento do meio, maior acesso aos serviços básicos de saúde e antecedentes reprodutivos adequados (Monteiro & Conde 2000). As mudanças positivas no cenário brasileiro persistiram e, recentemente, a prevalência de baixa estatura é praticamente ausente no país (Monteiro *et al.* 2009). Essas condições criaram rede de proteção pública que reduziu a exposição das crianças aos déficits nutricionais, as quais provavelmente alcançaram até mesmo grupos de crianças vulneráveis aos agravos de saúde como órfãos de São Paulo.

O IMC, por outro lado, revelou informações sobre o estado nutricional atual dos órfãos. Este índice representa o balanço entre as necessidades e a ingestão total energética, as quais são influenciadas por fatores mais complexos e inter-relacionados, como estabilidade política e situação econômica ou fatores imediatos como presença de doenças (UNICEF 1990). O desequilíbrio entre a necessidade e a ingestão energética influencia diretamente e em curto prazo os componentes corporais e, portanto, a massa corporal (Norgan 1990). Órfãos de São Paulo

apresentaram baixas prevalências de déficit de IMC e elevada prevalência de excesso de peso, indicativo de balanço energético positivo no grupo. Além disso, a análise hierárquica mostrou ausência de efeito dos aspectos relacionados à orfandade e que, assim como para altura, o principal determinante do IMC-para-idade foi de natureza econômica.

O perfil identificado entre órfãos de São Paulo difere daquele observado em estudos com órfãos de países da África subsaariana. Nesses trabalhos, as frequências de déficit de peso variaram de 21% no Zimbábue (Watts *et al.* 2007) a 47% no distrito de Rakai, em Uganda (Kikafunda & Namusoke 2006). Além disso, aspectos relacionados à orfandade, como maior tempo de orfandade e orfandade de ambos os pais, mostraram-se como agravantes do estado nutricional de órfãos africanos em alguns estudos (Lindblade *et al.* 2003, Watts *et al.* 2007), diferentemente do presente trabalho.

O estado nutricional de órfãos de São Paulo foi semelhante ao observado em pesquisa representativa com crianças e adolescentes brasileiros (IBGE 2006). A elevada prevalência do excesso de peso sugere que parte dos fenômenos identificados no presente estudo está mais alinhada à transição nutricional do que às condições adquiridas com a orfandade. De modo geral, a transição nutricional caracteriza-se pela modificação do perfil nutricional de uma população decorrente das mudanças do padrão dietético e de atividade física. Esta mudança é determinada basicamente pelas mudanças econômicas, demográficas, ambientais e culturais em uma sociedade e tem ocorrido principalmente entre os mais pobres (Popkin 2002).

A principal limitação deste estudo foi a elevada perda amostral pelo desconhecimento do paradeiro dos órfãos, a qual pôde ser parcialmente corrigida

com uso de pesos e ajuste para não resposta. É importante destacar que a alteração do critério de seleção da sub-amostra para avaliação antropométrica entre órfãos por aids foi uma decisão metodológica que possivelmente não ocasionou viés de seleção. A principal evidência é que não foram observadas diferenças nas características socioeconômicas, demográficas, relacionadas à orfandade e à saúde (sexo, idade, salário mínimo per capita, anos de estudo do cuidador, tipo de orfandade, tempo da orfandade, região de moradia em São Paulo, estado de saúde) entre os órfãos selecionados e os não selecionados ($p>0,05$) – análise não apresentada.

Os resultados do presente estudo sugerem que os índices nutricionais de órfãos por aids ou homicídios do município de São Paulo não possuem riscos adicionais em função daqueles aspectos relacionados à orfandade. Os resultados do perfil nutricional dos órfãos de São Paulo diferem daqueles observados entre órfãos da África subsaariana. O estado nutricional identificado no presente estudo é compatível com a transição nutricional vivenciada pelas demais crianças e adolescentes brasileiros. A prevenção da obesidade como objetivo das políticas de alimentação e nutrição deve se estender também a grupos vulneráveis como o de órfãos do presente estudo. A condução de estudos com grupos controle (não órfãos) possibilitará análises mais detalhadas sobre o efeito da orfandade nas condições de nutrição e vida das crianças brasileiras.

REFERÊNCIAS

Ainsworth M & Semali I (2003) *The Impact of Adult Deaths on Children's Health in North Somalia*. Washington, D.C: World Bank.

Barros CRSB (2007) *Muscular strength of low limb in children orphaned by AIDS*. Master Dissertation. School of Public Health : University of Sao Paulo.

Conde WL & Monteiro CA (2006) Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)* **82**, 266-272.

De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J (2007) Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* **85**, 660-667.

Frongillo EAJr (1999) Symposium: Causes and Etiology of Stunting. Introduction. *J Nutr* **129**, 529S-530S.

He Z & Ji C (2007) Nutritional status, psychological well-being and the quality of life of AIDS orphans in rural Henan Province, China. *Trop Med Int Health* **12**, 1180-1190.

IBGE - Brazilian Institute of Geography and Statistics (2006) *Family Budget Survey 2002-2003 (POF) - Antropometry and nutritional status of children and adolescents in Brazil*. Rio de Janeiro: IBGE.

Kikafunda JK & Namusoke HK (2006) Nutritional status of HIV/AIDS orphaned children in households headed by the elderly in Rakai District, South Western, Uganda. *AJFAND* **6**, 1-18.

Lindblade KA, Odhiambo F, Rosen DH, DeCock KM (2003) Health and nutritional status of orphans <6 years old cared for by relatives in western Kenya. *Trop Med Int Health* **8**, 67-72.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R (1988) *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, IL: Human Kinetics Books. 177 p.

Brazilian Ministry of Health. National Health Foundation. National Center for Epidemiology. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. [Acesso em 06/08/2007] Dados disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

Monteiro CA, Conde WL (2000) Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública* **34**, S41-S51.

Monteiro CA, Benicio MHA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL (2009) Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007. *Revista de Saúde Pública* **43**, 1-8.

Norgan NG (1990) Body mass index and body energy stores in developing countries. *Eur J Clin Nutr* **44**, 79-84.

Popkin BM (2002) The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences! *Mal J Nutr* **8** (1): 109-124.

Rivers J, Mason J, Silvestre E, Gillespie S, Mahy M, Monasch R (2008) Impact of orphanhood on underweight prevalence in sub-Saharan Africa. *Food Nutr Bull* **29**, 32-42.

Sarker M, Neckermann C, Muller O (2005) Assessing the health status of young AIDS and other orphans in Kampala, Uganda. *Trop Med Int Health* **10**, 210-215.

Sharma M (2005) *Orphans in Malawi: prevalence, outcomes, and targeting of services*. International Food Policy Research Institute. Washington, DC: World Bank.

Siaens C, Subbarao K, Wodon Q (2003) *Are orphans especially vulnerable? Evidence from Rwanda*. Washington, DC: World Bank.

UNAIDS - The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, USAIDS - The United States Agency for International Development's, UNICEF - United Nations Children's Fund (2004) *Children on the brick - A joint report of new orphan estimates and a framework for action*. UNICEF report, New York.

UNICEF - United Nations Children's Fund (1990) *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. UNICEF report, New York, 1990.

UNICEF - United Nations Children's Fund (2005) *Situação Mundial da Infância*. Disponível em: <http://www.UNICEF.org> [15/10/2006].

Watts H, Gregson S, Saito S, Lopman B, Beasley M, Monasch R (2007) Poorer health and nutritional outcomes in orphans and vulnerable young children not explained by greater exposure to extreme poverty in Zimbabwe. *Trop Med Int Health* **12**, 584-593.

WHO - World Health Organization (1995) *Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, Switzerland. 463 p. (Report of a WHO Expert Committee. Technical report series,854).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho mostrou que órfãos por aids e homicídios apresentam perfil nutricional semelhante, caracterizado por baixas prevalências de déficits de peso e de altura e elevada prevalência de excesso de peso. Este perfil difere de outros estudos com órfãos africanos, nos quais a orfandade mostra-se ainda como agravante da desnutrição.

O estado nutricional de órfãos de São Paulo foi semelhante ao de crianças e adolescentes brasileiros. As condições detectadas como, por exemplo, o acesso praticamente universal à água tratada e a canalização de esgoto, provavelmente reduziram substancialmente a exposição aos déficits nutricionais nos períodos mais críticos do crescimento infantil.

O perfil nutricional identificado em órfãos de São Paulo é compatível com a transição nutricional brasileira, a qual, nos últimos anos, se caracterizou pela mudança do perfil nutricional da população em direção à obesidade. Outras análises baseadas na medida da impedância corporal destes órfãos confirmaram a tendência à obesidade, principalmente no sexo feminino. O artigo com estas informações está sendo finalizado e posteriormente será submetido para publicação em revista científica.

A prevenção da obesidade como objetivo das políticas de alimentação e nutrição deve se estender também a grupos vulneráveis como o de órfãos do presente estudo. A condução de estudos com grupos controle (não órfãos) possibilitará análises mais detalhadas sobre o efeito da orfandade nas condições de nutrição e vida das crianças brasileiras.

6 REFERÊNCIAS

- Bernal RTI. Plano de amostragem da pesquisa de órfãos no município de São Paulo. São Paulo, 2009.
- Crampim AC et al. The long-term impact of HIV and orphanhood on the mortality and physical well-being of children in rural Malawi. *AIDS*. 2003; 17:389-397.
- De Onis M, Blossner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr*. 2000; 72:1032-9.
- De Onis M, Frongillo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bull World Health Organ*. 2000; 78:1222-33.
- Doring M, França-Junior I, Stella I. Factors associated with institutionalization of orphans due to aids in a population-based survey in Porto Alegre, Brazil. *AIDS*. 2005;19 (Suppl 4): 59-63.
- França-Júnior I; Doring M; Stella IM. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (Suppl): 23-30.
- Habitch JPC. Standardization of quantitative epidemiological methods in the field. *Bol Of Sanit Panam (OSP)*. 1974; 76 (5):375-84.
- Minayo MCS. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(2):375-383.
- Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS;2005.p.10-33.
- Ministério da Saúde. Resolução CNS 196/1996 e suas complementares. Disponível em <URL: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>.
- Mishra V, Arnold F, Otieno F, Cross A, Hong R. Education and nutritional status of orphans and children of HIV-infected parents in Kenya. *AIDS Educ Prev*. 2007;19(5): 383-395.
- Monasch R, Boerma JT. Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*. 2004; 18(Suppl 2): 55-65.
- Panpanich R, Brabin B, Gonani A, Graham S. Are orphans at increased risk of malnutrition in Malawi? *Ann Trop Paediatr*. 1999; 19(3): 279-85.

Pelletier DL, Frongillo EA, Schroeder DG, Habicht JP. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bull World Health Organ.* 1995; 73(4): 443-448.

Souza ER, Lima MLC, Veiga JPC. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS;2005.p.171-196.

Valente FLS. Fome e desnutrição: determinantes sociais. 2.ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26(1):224-227.

World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Recommendations for preventing excess weight gain and obesity. Geneva, 2003. (WHO- Technical Report Series 916).

ANEXOS

ANEXO 1

BANCO DE DADOS DO PRO-AIM COM REGISTROS DOS
ÓBITOS OCORRIDOS ENTRE 2000 E 2004 DEVIDO À AIDS
OU HOMICÍDIOS EM SÃO PAULO

Bancos de dados e total de indivíduos elegíveis para o sorteio amostral

O bando de dados utilizado no presente estudo cobriu os óbitos ocorridos entre 2000 e 2004.

Neste período, o banco de dados dos óbitos por homicídios apresentou 28.518 registros. Destes, 2.597 eram menores de 18 anos, 494 residentes em outros municípios, 2.028 tinham endereço ignorado e 762 apresentavam informações insuficientes ou preenchimento incorreto dos dados (o que impossibilitou a localização do domicílio). O total de indivíduos elegíveis para o sorteio amostral referente aos homicídios foi de 22.637.

O banco de óbitos por aids apresentou no período estudado 6.571 registros, dos quais 161 eram casos menores de 18 anos, 48 eram residentes em outros municípios, 133 apresentavam endereço ignorado e 432 continham informações insuficientes sobre endereço ou preenchimento incorreto dos dados. O total de indivíduos elegíveis para o sorteio amostral referente à aids foi de 5.977.

ANEXO 2

PROCESSO DE AMOSTRAGEM DOS ÓRFÃOS POR AIDS OU
HOMICÍDIOS EM SÃO PAULO

Processo de amostragem

Inicialmente, agruparam-se os quatro primeiros dígitos do CEP segundo a proximidade geográfica para formar, assim, os conglomerados para fins de sorteio (unidades primárias de amostragem – UPAs).

Procedimento de sorteio da amostra de órfãos por homicídios

Os registros de óbitos por homicídio distribuíram-se em 276 UPAs, com aproximadamente 81 óbitos por unidade. A UPA com tamanho inferior a 40 endereços foi agrupada com o CEP mais próximo e os óbitos sem a informação do CEP foram agrupados em um estrato. O desenho da amostra é composto por quatro estratos: dois formados por duas UPAs auto-representativas[♦], um formado pelas demais UPAs e um formado pelos endereços sem CEP.

No primeiro e segundo estratos, o sorteio da amostra foi por conglomerados em único estágio com partilha proporcional ao tamanho. Sortearam-se 45 e 50 endereços em cada UPA auto-representativa. No terceiro estrato, o sorteio por conglomerados foi em dois estágios com partilha proporcional ao tamanho. No primeiro estágio, sortearam-se 48 UPAs e, no segundo, 40 endereços. No quarto estágio sortearam-se 123 endereços. A amostra final é equiprobabilística e foi composta por 2.138 endereços.

[♦] UPAs auto-representativas: unidades primárias grandes que não necessitaram de sorteio amostral (probabilidade de ser selecionado igual a 1).

Por questões econômicas, sorteou-se ainda sub-amostra correspondente a 50% do total da amostra final para avaliação antropométrica dos órfãos menores de 15 anos.

Procedimento de sorteio da amostra de órfãos por aids

Os registros de óbitos por aids distribuíram-se em 124 UPAs, com aproximadamente 45 óbitos por unidade. A UPA com tamanho inferior a 40 endereços também foi agrupada com o CEP mais próximo, formando UPAs que representassem um grupo de CEPs de quatro dígitos. Os óbitos sem a informação do CEP foram agrupados em um estrato. O desenho da amostra foi composto por dois estratos, o primeiro formado por UPAs com CEP e o segundo pelos endereços sem CEP.

A amostra de registros de óbitos por aids também foi sorteada pelo processo de conglomerados em dois estágios com probabilidade proporcional ao tamanho. No primeiro estrato, sortearam-se 50 UPAs no primeiro estágio e 40 endereços no segundo estágio, totalizando 2.000 endereços. No segundo estrato sortearam-se 81 casos. A amostra final foi equi-probabilística composta por 2.081 endereços.

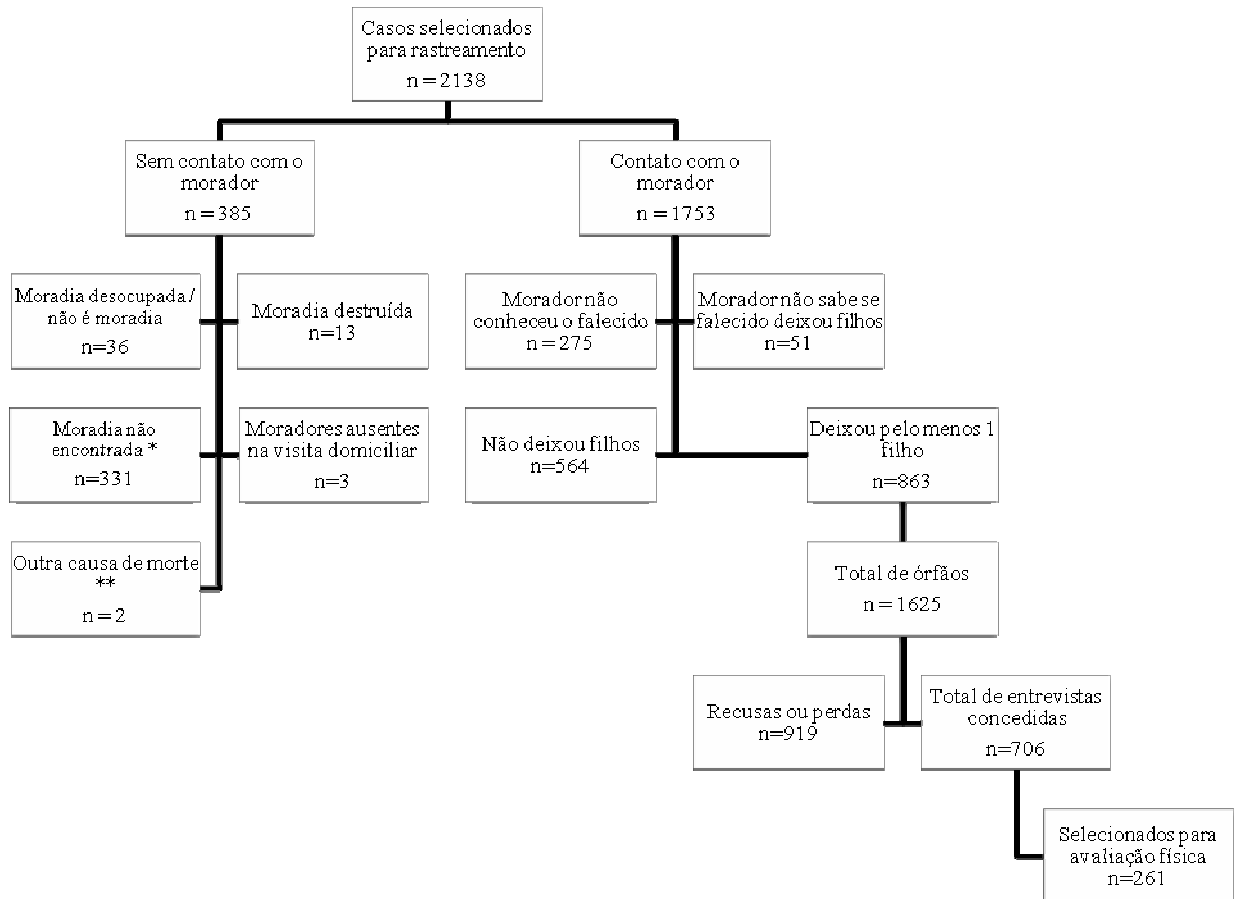
Para avaliação antropométrica dos menores de 15 anos, inicialmente também foi sorteada amostra correspondente a 50% do total, porém tal critério foi alterado para órfãos por aids em função do reduzido grupo localizado. Assim, a avaliação antropométrica passou a ser realizada com todos os órfãos por aids localizados durante o trabalho de campo. Posteriormente, analisaram-se as diferenças nas

variáveis socioeconômicas, demográficas, relacionadas à orfandade e à saúde entre o grupo não selecionado e o grupo selecionado para a avaliação antropométrica.

ANEXO 3

FLUXOGRAMAS DO RASTREAMENTO DA AMOSTRA DOS
ÓRFÃOS POR AIDS OU HOMICÍDIOS DE SÃO PAULO

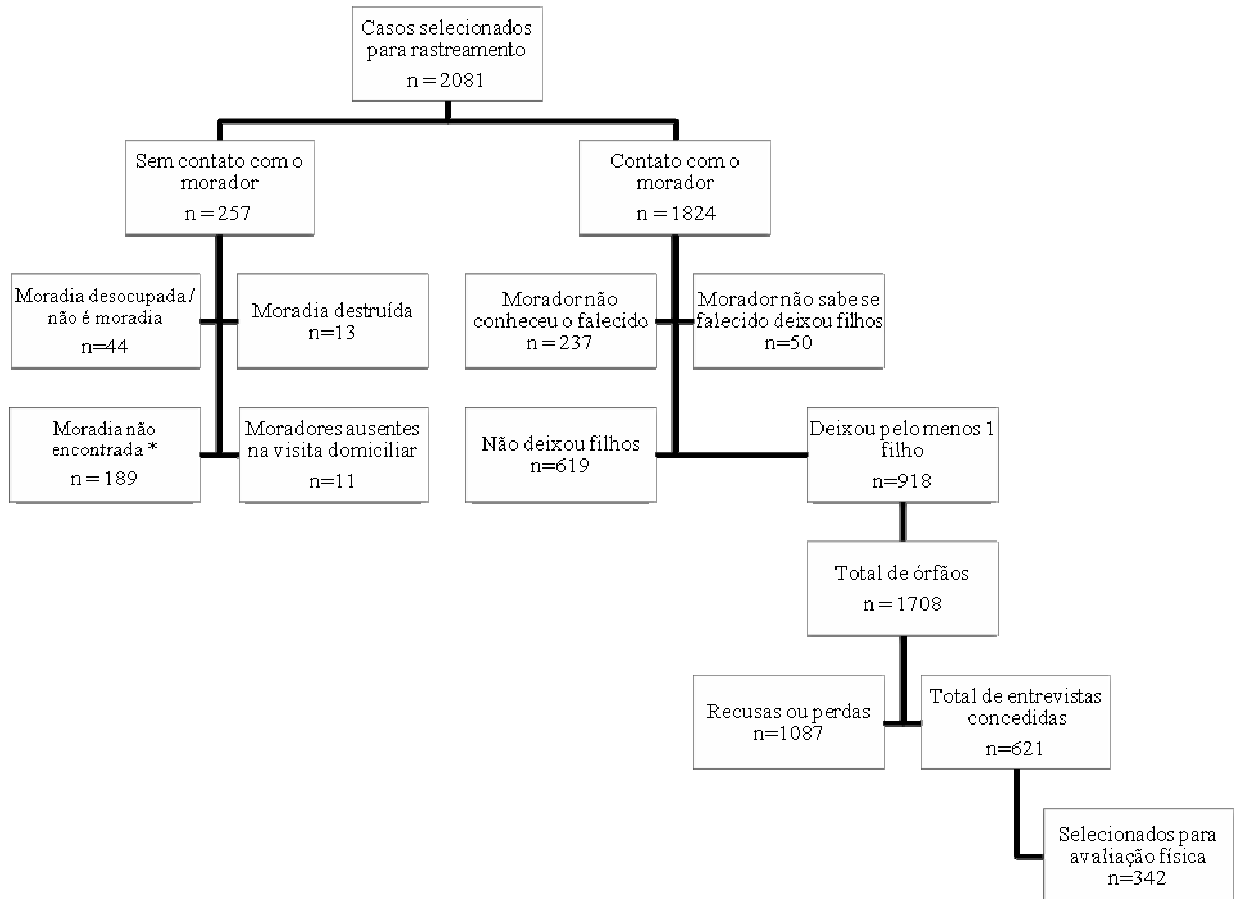
Figura 1 - Fluxograma do rastreamento dos órfãos por homicídios (HO). São Paulo, 2007.



* Ou moradia inacessível

**Causa de óbito identificada incorretamente como homicídios pelo PRO-AIM. Causa real de óbito revelada pelos familiares do caso selecionado durante a visita domiciliar.

Figura 2 - Fluxograma do rastreamento dos órfãos por aids (AI). São Paulo, 2007.



* Ou moradia inacessível

Figura 3 - Fluxograma do resultado final da amostra dos órfãos por homicídios (HO). São Paulo, 2007.

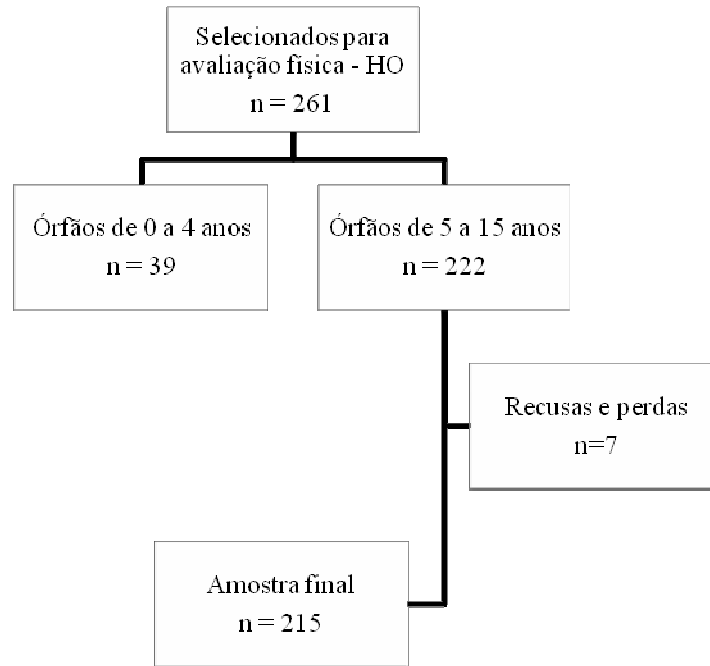
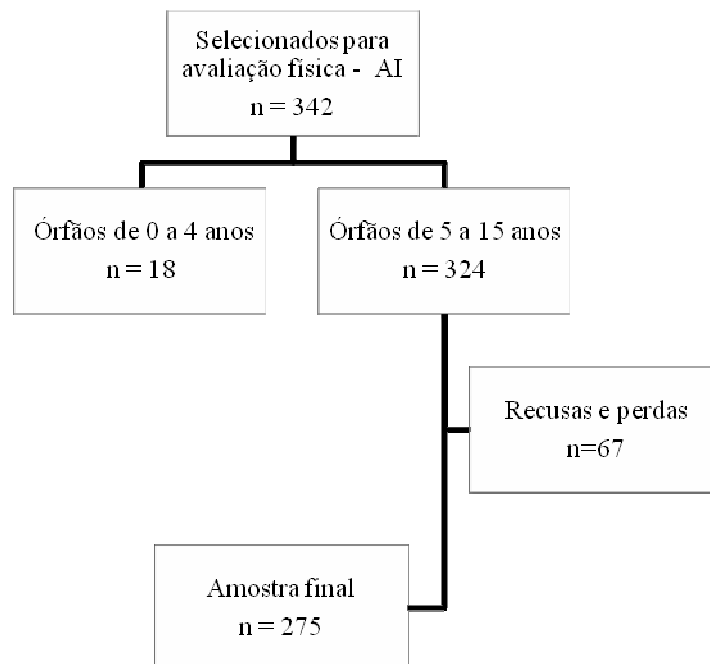


Figura 4 - Fluxograma do resultado final da amostra dos órfãos por aids (AI). São Paulo, 2007.



ANEXO 4

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTAS
SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1.	Número do questionário:	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Entrevistador (a):	2. ____
3.	Data da entrevista: ___/___/___	3. ___/___/___
4.	Identificação da criança/adolescente: _____ (SOMENTE O PRIMEIRO NOME)	4. _____
4a.	Identificação do responsável pela criança/adolescente: _____ (SOMENTE O PRIMEIRO NOME)	4a. _____
5.	Identificação da pessoa falecida: _____ (NOME COMPLETO)	5. _____
II. VARIÁVEIS RELACIONADAS À CRIANÇA/ADOLESCENTE		
6.	Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	6. ____
7.	Data de nascimento: ___/___/___ (dd/mm/aa) (CASO NÃO SAIBA, ANOTAR A IDADE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE NO MOMENTO DA ENTREVISTA)	7. ___/___/___
7a.	Idade _____ (meses/anos)	7a. ____
7b.	Local do nascimento: _____	7b. _____
7c.	Estado do nascimento: _____	7c. ____
8.	Qual a cor da pele do (a) _____? (criança/adolescente) 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	8. ____

III. CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E COM AMIGOS

9.	Quem mora atualmente com o (a) _____? (criança/adolescente)	9.
	A) Mãe } (PULAR PARA 13) ()	A) ____
	B) Pai } ()	B) ____
	C) Irmã ()	C) ____
	D) Irmão ()	D) ____
	E) Tios paternos ()	E) ____
	F) Tios maternos ()	F) ____
	G) Avó paterna ()	G) ____
	H) Avó materna ()	H) ____
	I) Avô paterno ()	I) ____
	J) Avô materno ()	J) ____
	K) Amigos da família ()	K) ____
	L) Outros adultos não parentes consanguíneos ()	L) ____
	M) Família substituta ()	M) ____
	N) Instituição (casa de apoio, abrigo e orfanato) ()	N) ____
	O) Primos ()	O) ____
	P) Vizinhos ()	P) ____
	Q) Outros. Qual? _____ () (especificar)	Q) ____
10.	Por que o (a) _____ está com você? (criança/adolescente)	10.
	A) Porque eu quis ()	A) ____
	B) Porque ela quis ()	B) ____
	C) Porque é da minha família, meu sangue ()	C) ____
	D) Dificuldades socioeconômicas, de quem? _____ ()	D) ____
	E) Perda do poder familiar ()	E) ____
	F) Já cuidava antes da perda de algum dos pais ()	F) ____
	G) Necessidades de saúde, de quem? _____ ()	G) ____
	H) Outra _____ () (especificar)	H) ____

11.	Qual a situação jurídica do (a) _____? (SOMENTE UMA OPÇÃO) (criança/adolescente) 1. Guarda 2. Tutela 3. Adoção 4. Outra _____ (PULAR PARA 13) (especificar)	11. _____
12.	Quem é o responsável legal pelo (a) _____? (SOMENTE UMA OPÇÃO) (criança/adolescente) 1. Irmã 10. Primos (as) 2. Irmão 11. Amigos da família 3. Tios maternos 12. Vizinhos 4. Tios paternos 13. Adultos não parentes consanguíneos 5. Avó materna 14. Instituição 6. Avó paterna 15. Ninguém (vive sozinho) 7. Avó materno 16. Outro. Qual? _____ 8. Avó paterno (especificar) 9. Família substituta	12. _____
13.	Quem é o principal cuidador do (a) _____? (criança/adolescente) 1. Mãe } (PULAR PARA 16) 10. Avó paterno 2. Pai } 11. Família substituta 3. Irmã 12. Primos (as) 4. Irmão 13. Amigos da família 5. Tios maternos 14. Vizinhos 6. Tios paternos 15. Adultos não parentes consanguíneos 7. Avó materna 16. Instituição 8. Avó paterna 17. Ninguém (vive sozinho) (PULAR PARA 16) 9. Avó materno 18. Outros. Qual? _____ (especificar)	13. _____
14.	Há quanto tempo o (a) _____ está sob o seu cuidado? _____ (meses/anos) (criança/adolescente)	14. _____
15.	Quem decidiu que você seria o cuidador do (a) _____? (MÚLTIPLAS OPÇÕES) (criança/adolescente) A) Você mesmo () B) Ele (a) mesmo (a) () C) Pai () D) Mãe () E) Irmão () F) Irmã () G) Tios paternos () H) Tios maternos () I) Avó materna () J) Avó paterna () K) Avó materno () L) Avó paterno () M) Outro. Qual? _____ () (especificar)	15. _____ A) _____ B) _____ C) _____ D) _____ E) _____ F) _____ G) _____ H) _____ I) _____ J) _____ K) _____ L) _____ M) _____

16.	O (a) _____ morou, ficou sob cuidado de outra pessoa? (criança/adolescente) 1. Sim 2. Não (PULAR PARA 17)	16. _____
16a.	Se sim, preencha o quadro abaixo: (REGISTRAR TODO O TEMPO DE VIDA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE) a. _____ a1 _____ a2 _____ a3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou b. _____ b1 _____ b2 _____ b3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou c. _____ c1 _____ c2 _____ c3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou d. _____ d1 _____ d2 _____ d3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou e. _____ e1 _____ e2 _____ e3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou f. _____ f1 _____ f2 _____ f3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou g. _____ g1 _____ g2 _____ g3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou h. _____ h1 _____ h2 _____ h3 _____ Nome Sexo Parentesco Até que idade ficou 9. Não sabe informar.	16a. _____ a1 _____ a2 _____ a3 _____ b1 _____ b2 _____ b3 _____ c1 _____ c2 _____ c3 _____ d1 _____ d2 _____ d3 _____ e1 _____ e2 _____ e3 _____ f1 _____ f2 _____ f3 _____ g1 _____ g2 _____ g3 _____ h1 _____ h2 _____ h3 _____
17.	O (a) _____ vivia com os pais quando o (a) _____ faleceu? (criança/adolescente) (nome da pessoa falecida) 1. Sim 2. Não (PULAR PARA 17 b) 9. Não sabe	17. _____
17a.	Se sim, com quem? (APÓS RESPONDER, PULAR PARA 18) 1. Pai 2. Mãe 3. Ambos	17a. _____
17b.	Se não, há quanto tempo o (a) _____ não vivia com os pais? _____ (meses/anos) (criança/adolescente)	17b. _____
17c.	Se não, com quem o (a) _____ vivia neste período? (criança/adolescente) 1. Sozinho 8. Avó materno 2. Irmão 9. Avó paterno 3. Irmã 10. Instituição (casa de apoio, abrigo, orfanato) 4. Tios maternos 11. Amigos 5. Tios paternos 12. Famílias substitutas 6. Avó materna 13. Primos 7. Avó paterna 14. Outro. Qual? _____ (especificar)	17c. _____
18.	Quem cuidou do (a) _____ após a morte do (a) _____? (criança/adolescente) (nome da pessoa falecida) a. _____ Nome Parentesco	18. _____

19.	Após a morte do pai/mãe da criança, você sentiu diferença nesses aspectos: (LER TODAS AS OPÇÕES)	19.																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. MELHOROU</th> <th>2. PIOROU</th> <th>3. NÃO TEVE DIFERENÇA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>B) RELAÇÕES FAMILIARES E COM OS AMIGOS</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>C) MUDANÇA DE MORADIA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>D) ESTADO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>E) OUTROS _____ (especificar)</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>		1. MELHOROU	2. PIOROU	3. NÃO TEVE DIFERENÇA	A) CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	()	()	()	B) RELAÇÕES FAMILIARES E COM OS AMIGOS	()	()	()	C) MUDANÇA DE MORADIA	()	()	()	D) ESTADO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO	()	()	()	E) OUTROS _____ (especificar)	()	()	()	<p>A) _____</p> <p>B) _____</p> <p>C) _____</p> <p>D) _____</p> <p>E) _____</p>
	1. MELHOROU	2. PIOROU	3. NÃO TEVE DIFERENÇA																							
A) CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	()	()	()																							
B) RELAÇÕES FAMILIARES E COM OS AMIGOS	()	()	()																							
C) MUDANÇA DE MORADIA	()	()	()																							
D) ESTADO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO	()	()	()																							
E) OUTROS _____ (especificar)	()	()	()																							
19a	Agora queremos saber sobre sua sensação de segurança pessoal em relação à violência. O quanto você sente a criança/adolescente em risco/ameaçado? (LER AS OPÇÕES E ESCOLHER APENAS UMA)	19a																								
	<ol style="list-style-type: none"> NÃO SINTO A CRIANÇA/ADOLESCENTE AMEAÇADO (A) OU EM RISCO SINTO QUE ELE (A) CORRE POUCO RISCO SINTO QUE ELE (A) CORRE ALGUM RISCO SINTO ELE (A) MUITO AMEAÇADO OU EM RISCO 	_____																								
19b	Você lembra alguma situação que sentiu a segurança do (a) _____ ameaçada por violência? (DESCREVA) (criança/adolescente) (ANOTAR O QUE ACONTECEU, ONDE, PESSOAS ENVOLVIDAS E SENTIMENTOS DO ENTREVISTADO E DE QUEM COMETEU O ATO)																									
	_____ _____ _____																									
19	Em quem ou quais instituições você procuraria apoio em situação de risco?	19c																								
	<ol style="list-style-type: none"> _____ _____ _____ 	<p>19c1 _____</p> <p>19c2 _____</p> <p>19c3 _____</p>																								
20.	Pensando nas amigas do (a) _____, onde ele (a) fez seus/suas melhores amigos/amigas? (criança/adolescente)	20.																								
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A) Escola</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>B) Igreja</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>C) Família</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>D) Rua/vizinhança</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>E) Instituição (casa de apoio, abrigo, orfanato)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>F) Associação/ONG</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>G) Trabalho</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>H) Clube</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>I) Área de esporte</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>J) Outros: _____ (especificar)</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	A) Escola	()	B) Igreja	()	C) Família	()	D) Rua/vizinhança	()	E) Instituição (casa de apoio, abrigo, orfanato)	()	F) Associação/ONG	()	G) Trabalho	()	H) Clube	()	I) Área de esporte	()	J) Outros: _____ (especificar)	()	<p>A) _____</p> <p>B) _____</p> <p>C) _____</p> <p>D) _____</p> <p>E) _____</p> <p>F) _____</p> <p>G) _____</p> <p>H) _____</p> <p>I) _____</p> <p>J) _____</p>				
A) Escola	()																									
B) Igreja	()																									
C) Família	()																									
D) Rua/vizinhança	()																									
E) Instituição (casa de apoio, abrigo, orfanato)	()																									
F) Associação/ONG	()																									
G) Trabalho	()																									
H) Clube	()																									
I) Área de esporte	()																									
J) Outros: _____ (especificar)	()																									

DA 21 A 23C APLICA-SE APENAS PARA CRIANÇAS ACIMA DE 5 ANOS. CASO CONTRÁRIO, PULE PARA QUESTÃO 24.

21.	Com que frequência o (a) _____ costuma fazer as seguintes tarefas domésticas na sua casa: (criança/adolescente) (LER TODAS AS OPÇÕES)	21.																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SEMPRE</th> <th>DE VEZ EM QUANDO</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) VARRER E LIMPAR A CASA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>B) CUIDAR DE IRMÃOS OU OUTROS</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>C) AQUECER/FAZER COMIDA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>D) LAVAR SOMENTE A LOUÇA QUE USOU</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>E) FAZER COMPRAS (MANTIMENTOS)</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>F) PAGAR CONTAS (ÁGUA, LUZ ETC.)</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>G) LAVAR LOUÇAS DA CASA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>H) SAIR PARA COMPRAR PÃO E LEITE</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>I) LAVAR E PASSAR ROUPAS DA CASA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>J) SERVIR E RETIRAR A MESA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>K) LIMPEZA DE PISO DA COZINHA, FOGÃO E GELADEIRA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>L) ARRUMAR A CAMA</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>		SEMPRE	DE VEZ EM QUANDO	NUNCA	A) VARRER E LIMPAR A CASA	()	()	()	B) CUIDAR DE IRMÃOS OU OUTROS	()	()	()	C) AQUECER/FAZER COMIDA	()	()	()	D) LAVAR SOMENTE A LOUÇA QUE USOU	()	()	()	E) FAZER COMPRAS (MANTIMENTOS)	()	()	()	F) PAGAR CONTAS (ÁGUA, LUZ ETC.)	()	()	()	G) LAVAR LOUÇAS DA CASA	()	()	()	H) SAIR PARA COMPRAR PÃO E LEITE	()	()	()	I) LAVAR E PASSAR ROUPAS DA CASA	()	()	()	J) SERVIR E RETIRAR A MESA	()	()	()	K) LIMPEZA DE PISO DA COZINHA, FOGÃO E GELADEIRA	()	()	()	L) ARRUMAR A CAMA	()	()	()	<p>A) _____</p> <p>B) _____</p> <p>C) _____</p> <p>D) _____</p> <p>E) _____</p> <p>F) _____</p> <p>G) _____</p> <p>H) _____</p> <p>I) _____</p> <p>J) _____</p> <p>K) _____</p> <p>L) _____</p>
	SEMPRE	DE VEZ EM QUANDO	NUNCA																																																			
A) VARRER E LIMPAR A CASA	()	()	()																																																			
B) CUIDAR DE IRMÃOS OU OUTROS	()	()	()																																																			
C) AQUECER/FAZER COMIDA	()	()	()																																																			
D) LAVAR SOMENTE A LOUÇA QUE USOU	()	()	()																																																			
E) FAZER COMPRAS (MANTIMENTOS)	()	()	()																																																			
F) PAGAR CONTAS (ÁGUA, LUZ ETC.)	()	()	()																																																			
G) LAVAR LOUÇAS DA CASA	()	()	()																																																			
H) SAIR PARA COMPRAR PÃO E LEITE	()	()	()																																																			
I) LAVAR E PASSAR ROUPAS DA CASA	()	()	()																																																			
J) SERVIR E RETIRAR A MESA	()	()	()																																																			
K) LIMPEZA DE PISO DA COZINHA, FOGÃO E GELADEIRA	()	()	()																																																			
L) ARRUMAR A CAMA	()	()	()																																																			
22.	Gostaria que você me dissesse se o (a) _____ (criança/adolescente) participa/participou de alguma associação, entidade, grupos, clube, partido ou comunidade: 1. Sim 2. Não (PULA PARA 24)	22. _____																																																				

22a	Se sim, quais?	22a
	A) Associação comunitária de moradores ou sociedade de amigos do bairro ()	A) _____
	B) Associação de defesa do consumidor ()	B) _____
	C) Partido político (se sim) Qual? _____ ()	C) _____
	D) Grupo de defesa do meio ambiente ou ecológico ()	D) _____
	E) Sindicato de trabalhadores ()	E) _____
	F) Associação profissional ()	F) _____
	G) Classes trabalhadoras ()	G) _____
	H) Entidade ou grupo ligado ao movimento negro ou contra o racismo ()	H) _____
	I) Associação ou entidade ligada ao movimento indígena ()	I) _____
	J) Organização de mulheres ou entidade ligada ao movimento feminista ()	J) _____
	K) Organização de homossexuais ou entidade ligada ao movimento GLBSTT ()	K) _____
	L) Associação estudantil, grêmio, centro acadêmico ou união de estudantes ()	L) _____
	M) Clube ou associação esportiva, recreativa ou de lazer ()	M) _____
	N) Grupo ou associação de assistência social/caridade ()	N) _____
	O) Cooperativa de crédito, de produção, de serviço ou de consumo ()	O) _____
	P) Associação ou conselho ligado à educação ou à saúde ()	P) _____
	Q) Associação de sem-teto ou de movimento por moradia ()	Q) _____
	R) Associação ou movimento de sem-terra ()	R) _____
	S) Entidade de portadores de deficiência física ou de necessidades especiais ()	S) _____
	T) Rádio comunitária ()	T) _____
	U) ONG (s) AIDS ()	U) _____
	V) Grupo religioso ()	V) _____
	X) Outros ()	X) _____
23.	Você acha que o (a) _____ é/foi tratado com preconceito/discriminação em algumas destas entidades ou grupos? (criança/adolescente)	23.
	1. Sim	
	2. Não (PULAR PARA 24)	
	9. Não sabe	

23a	Se sim, onde?	23a
	A) Associação comunitária de moradores ou sociedade de amigos do bairro ()	A) _____
	B) Associação de defesa do consumidor ()	B) _____
	C) Partido político (se sim) Qual? _____ ()	C) _____
	D) Grupo de defesa do meio ambiente ou ecológico ()	D) _____
	E) Sindicato de trabalhadores ()	E) _____
	F) Associação profissional ()	F) _____
	G) Classes trabalhadoras ()	G) _____
	H) Entidade ou grupo ligado ao movimento negro ou contra o racismo ()	H) _____
	I) Associação ou entidade ligada ao movimento indígena ()	I) _____
	J) Organização de mulheres ou entidade ligada ao movimento feminista ()	J) _____
	K) Organização de homossexuais ou entidade ligada ao movimento GLBSTT ()	K) _____
	L) Associação estudantil, grêmio, centro acadêmico ou união de estudantes ()	L) _____
	M) Clube ou associação esportiva, recreativa ou de lazer ()	M) _____
	N) Grupo ou associação de assistência social/caridade ()	N) _____
	O) Cooperativa de crédito, de produção, de serviço ou de consumo ()	O) _____
	P) Associação ou conselho ligado à educação ou à saúde ()	P) _____
	Q) Associação de sem-teto ou de movimento por moradia ()	Q) _____
	R) Associação ou movimento de sem-terra ()	R) _____
	S) Entidade de portadores de deficiência física ou de necessidades especiais ()	S) _____
	T) Rádio comunitária ()	T) _____
	U) ONG (s) AIDS ()	U) _____
	V) Grupo religioso ()	V) _____
	X) Outros ()	X) _____
23b	Se sim, por quem?	23b
	A) Usuários ()	A) _____
	B) Profissionais _____ ()	B) _____
	C) Funcionários de segurança/limpeza ()	C) _____
	D) Outros: _____ ()	D) _____

33.	Possui em casa: (LER TODAS AS OPÇÕES)										33.	
	QUANTIDADE	NÃO TEM	1	2	3	4	5	6	7	8		
	A) AUTOMÓVEL DE PASSEIO											A) _____
	B) TELEVISÃO COLORIDA											B) _____
	C) BANHEIRO											C) _____
	D) EMPREGADA MENSALISTA											D) _____
	E) RADIO											E) _____
	F) MAQUINA DE LAVAR ROUPA											F) _____
	G) VÍDEO CASSETE/DVD											G) _____
	H) ASPIRADOR DE PÓ											H) _____
I) GELADEIRA										I) _____		
34.	Nº de pessoas que vivem na mesma casa: _____ (REGISTRAR O NÚMERO DE PESSOAS, INCLUSIVE O ENTREVISTADO).										34. _____	
35.	Como é a casa que você mora? (LER TODAS AS OPÇÕES)										35. _____	
	1. CASA DE ALVENARIA					6. CASA DE APOIO						
	2. BARRACO					7. OUTRA: _____						
	3. APARTAMENTO					(especificar)						
	4. QUARTO/CASA CÔMODOS					9. Não sabe						
	5. CASA MISTA (alvenaria + madeira)					8. Não quer informar						
36.	Sua casa é: (LER TODAS AS OPÇÕES)										36. _____	
	1. PRÓPRIA					4. CEDIDA						
	2. PRÓPRIA EM AQUISIÇÃO					5. OUTROS: _____						
	3. ALUGADA					(especificar)						
37.	O lixo deste domicílio é:										37. _____	
	1. COLETADO											
	2. JOGADO EM RIO											
	3. JOGADO EM TERRENO BALDIO/RUA											
	4. OUTRO DESTINO. QUAL? _____											
	(especificar)											
38.	A água utilizada neste domicílio chega canalizada?										38. _____	
	1. Sim					2. Não						
39.	A forma de abastecimento de água utilizada neste domicílio é:										39. _____	
	1. REDE GERAL/REDE PÚBLICA					2. POÇO OU NASCENTE						
	3. OUTRO. QUAL? _____											
	(especificar)											
40.	Quantos cômodos (peças) tem sua casa? _____ cômodos.										40. _____	
	(Contar sala, dormitório, cozinha e banheiro, mesmo se esse for fora de casa e anotar o número)											
	88. Não quer informar											
41.	Quantos cômodos são usados para dormir? (anotar o número) _____ cômodos.										41. _____	
42.	Atualmente você trabalha em:										42. _____	
	1. Trabalho regular					5. Afastado por benefício						
	2. Trabalho regular e estudo					6. Aposentado						
	3. Trabalho bico					7. Procurando emprego						
	4. Trabalho bico e estuda					8. Não trabalha						
					9. Dona de casa							
					10. Estuda							
					11. Outro _____							
					(especificar)							
					(OPÇÕES DE 7 A 10 PULAR PARA 45)							

43.	Há quanto tempo está no trabalho atual? _____ meses/anos 888. Não quer informar	43. _____
44.	Quanto <u>you</u> ganha por mês? R\$ _____ (ANOTAR EM REAIS)	44. _____
	8. Não quer informar	
45.	No último mês, quanto somou a renda familiar, incluindo você?	45. _____
	Renda familiar R\$ _____ (ANOTAR EM REAIS)	
	9. Não sabe	
	8. Não quer informar	
46.	Quantas pessoas vivem com esta renda? _____ pessoas (COLOCAR O NUMERO DE PESSOAS)	46. _____
	(INCLUIR CRIANÇAS, IDOSOS, ADULTOS QUE NÃO TRABALHAM E OUTRAS PESSOAS QUE NÃO MORAM NA CASA, MAS QUE SÃO SUSTENTADOS COM ESTE DINHEIRO)	
	99. Não sabe informar	
	88. Não quer informar	
SE A MÃE FOR A CUIDADORA ATUAL, PULAR PARA SEÇÃO VI		
V. VARIÁVEIS RELACIONADAS À MÃE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE		
47.	Situação da mãe 1. Viva 2. Óbito (PULAR PARA 47c) 9. Não sabe	47. _____
47a	Se viva: Data de nascimento: ___/___/___	47a ___/___/___
	(CASO NÃO SAIBA A DATA DE NASCIMENTO, ANOTAR A IDADE)	
47b	Idade _____ anos 99. Não sabe	47b _____
47c	Se óbito: Data: ___/___/___	47c ___/___/___
47d	(CASO NÃO SAIBA A DATA DE FALECIMENTO, ANOTAR A IDADE)	47d _____
	Idade _____ anos 99. Não sabe	
48.	Local de nascimento: _____ (cidade)	48. _____
48a	Estado de nascimento: _____	48a _____
	NS Não sabe	
49.	Quanto tempo morou ou mora na capital? _____ (ano/mês)	49. _____
	999. Não sabe	
50.	Qual a cor da pele da mãe?	50. _____
	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
	9. Não sabe 8. Não quer informar	
51.	Estado Marital da mãe	51. _____
	1. Solteiro 2. Casado 3. União Estável 4. Viúva 5. Separada/Divorciada	

52.	Qual a última série que a mãe completou? ____ série ____ grau 99. Não sabe	52. ____
53.	Condições sorológicas da mãe para o HIV: 1. Soronegativa para o HIV 2. Soropositiva para o HIV 9. Não sabe	53. ____

SE O PAI FOR O CUIDADOR ATUAL, PULAR PARA A SEÇÃO VII

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PAI DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

54.	Situação do pai 1. Vivo 2. Óbito (PULAR PARA 54c) 9. Não sabe	54. ____
54a	Se vivo: Data de nascimento: ____/____/____ (CASO NÃO SAIBA A DATA DE NASCIMENTO, ANOTAR A IDADE)	54a ____/____/____
54b	Idade ____ anos 99. Não sabe	54b ____
54c	Se óbito: Data: ____/____/____	54c ____/____/____
54d	(CASO NÃO SAIBA A DATA DE FALECIMENTO, ANOTAR A IDADE) Idade ____ anos 99. Não sabe	54d ____
55.	Local de nascimento: _____ (cidade)	55. _____
55a	Estado de nascimento: _____ NS Não sabe	55a ____
56.	Quanto tempo morou ou mora na capital? _____ (ano/mês) 999. Não sabe	56. ____
57.	Qual a cor da pele do pai? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 9. Não sabe 8. Não quer informar	57. ____
58.	Estado Marital do pai 1. Solteiro 2. Casado 3. União Estável 4. Viúvo 5. Separado/Divorciado	58. ____
59.	Qual a última série que o pai completou? ____ série ____ grau 99. Não sabe	59. ____
60.	Condições sorológicas do pai para o HIV: 1. Soronegativo para o HIV 2. Soropositivo para o HIV 9. Não sabe	60. ____

VII. EDUCAÇÃO

61.	O (a) _____ freqüenta a escola/ creche? (criança/adolescente) 1. Sim (SE SIM, PULAR PARA A QUESTÃO 62) 2. Não	61. ____
61a	Se não, desde quando? _____ idade. 88. Não se aplica (PULAR PARA 63)	61a. ____

61b	Se não, por quê? (ASSINALAR O PORQUÊ DE NÃO FREQUENTAR, INDICANDO QUEM TEVE O IMPEDIMENTO)	61b.
	1. Cuidador 2. Criança/adolescente 3. Ambos	
	A) Trabalho () () ()	A) ____
	B) É longe () () ()	B) ____
	C) É perigoso () () ()	C) ____
	D) Tem medo () () ()	D) ____
	E) Não gosta / perdeu o interesse () () ()	E) ____
	F) Cuidar familiares () () ()	F) ____
	G) Tem dificuldades () () ()	G) ____
	H) Outra: _____ () () () (especificar)	H) ____
62.	Você tem ou teve alguma dificuldade para colocar o (a) _____ na escola ou creche? (criança/adolescente) 1. Sim 2. Não (PULAR PARA 63)	62. ____
62a.	Se sim, qual? A) Falta de vagas () B) Preconceito () C) Dificuldade financeira () D) outra: _____ () (especificar)	62a A) ____ B) ____ C) ____ D) ____
(SE CRIANÇA MENOR DE 7 ANOS, PULAR PARA QUESTÃO 81)		
63.	Qual a série que o (a) _____ (criança/adolescente) está freqüentando agora ou a última que freqüentou? _____ (série/grau)	63. ____
64.	O (a) _____ sabe ler e escrever? (criança/adolescente) 1. Sim 2. Não	64. ____
65.	O (a) _____ tem ou teve alguma dificuldade na escola? (criança/adolescente) 1. Sim 2. Não (PULAR PARA 66) 9. Não sabe	65. ____

65a	Se sim, quais? (MÚLTIPLAS OPÇÕES)	65a
	A) Aprendizagem ()	A) _____
	B) Repetência ()	B) _____
	C) Preconceito/discriminação ()	C) _____
	D) Relacionamento ()	D) _____
	E) Faltas por doença ()	E) _____
	F) Brigas ()	F) _____
	G) Violência ()	G) _____
	H) Outras: _____ () (especificar)	H) _____
66.	O (a) _____ lê com frequência? (criança/adolescente) (LER TODAS AS OPÇÕES)	66.
	1. DIARIAMENTE 2. COM FREQUÊNCIA 3. DE VEZ EM QUANDO 4. RARAMENTE 5. NUNCA	
	A) JORNAL () () () () ()	A) _____
	B) REVISTA () () () () ()	B) _____
	C) LIVRO () () () () ()	C) _____
	D) OUTROS _____ () () () () () (especificar)	D) _____
67.	Houve algum momento na vida que o (a) _____ faltou muito à escola? (criança/adolescente)	67. _____
	1. Sim 2. Não (PULAR PARA QUESTÃO 69)	
68.	Por que o (a) _____ faltava muito à escola? (MÚLTIPLAS OPÇÕES) (criança/adolescente)	68
	A) Doença dos pais ()	A) _____
	B) Morte dos pais ()	B) _____
	C) Doença da criança ()	C) _____
	D) Preconceito ()	D) _____
	E) Trabalho da criança ()	E) _____
	F) Trabalho do cuidador ()	F) _____
	G) Não gostava da escola ()	G) _____
	H) Outro: _____ () (especificar)	H) _____

69.	O (a) _____ já repetiu de ano na escola? (criança/adolescente)	69. _____
	1. Sim 2. Não (PULAR PARA 70)	
69a	Se sim, quantas? _____ (ANOTAR O NÚMERO)	69a _____
70.	O (a) _____ abandonou a escola alguma vez? (criança/adolescente)	70. _____
	1. Sim 2. Não (PULAR PARA 72)	
71.	Por que o (a) _____ abandonou a escola? (criança/adolescente)	71.
	A) Doença dos pais ()	A) _____
	B) Morte dos pais ()	B) _____
	C) Doença da criança ()	C) _____
	D) Preconceito ()	D) _____
	E) Trabalho ()	E) _____
	F) Outro: _____ () (especificar)	F) _____
72.	Você acha que o ensino da escola (atual/última) que o (a) _____ estuda ou estudou é: (criança/adolescente) (LER TODAS AS OPÇÕES)	72. _____
	1. MUITO BOM 2. BOM 3. REGULAR 4. RUIM 5. MUITO RUIM	
73.	A escola (atual/última) que o (a) _____ estuda ou estudou é: (LER AS OPÇÕES) (criança/adolescente)	73. _____
	1. PARTICULAR 2. PÚBLICA	
74.	Você faz algum pagamento para a escola?	74.
	A) Matrícula ()	A) _____
	B) Taxas (APM) ()	B) _____
	C) Mensalidade ()	C) _____
	D) Nenhum ()	D) _____
75.	O que o (a) _____ aprende ou vive nesta escola (última/atual) é/foi: (criança/adolescente) (LER TODAS AS OPÇÕES)	75.
	1. MUITO IMPORTANTE 2. MAIS OU MENOS IMPORTANTE 3. NADA IMPORTANTE	
	A) PARA O FUTURO PROFISSIONAL DELE (A) () () ()	A) _____
	B) (SE TRABALHA) PARA CONSEGUIR TRABALHO () () ()	B) _____
	C) PARA AS COISAS QUE ELE (A) FAZ NO SEU DIA A DIA () () ()	C) _____
	D) PARA ELE (A) ENTENDER A REALIDADE () () ()	D) _____
	E) PARA ELE (A) FAZER AMIGOS (AS) () () ()	E) _____

76.	A escola (atual/última) faz periodicamente reuniões, individuais ou em grupo, com os pais? (SE 2 OU 9 PULAR PARA 79) 1. Sim 2. Não 9. Não sabe	76. ____
77.	Você ou alguém da família participa de alguma reunião da escola? 1. SEMPRE 2. ÀS VEZES 3. RARAMENTE 4. NUNCA (PULAR PARA 79)	77. ____
78.	Em alguma destas reuniões, já foi conversado com <u>você ou alguém da família</u> : (LER TODAS AS OPÇÕES) A) PROPOSTA DE ENSINO 1.Sim 2. Não 3. Não sabe () () ()	78. A) ____
	B) O MOTIVO PELO QUAL A CRIANÇA/ADOLESCENTE PERDEU UM OU AMBOS OS PAIS () () ()	B) ____
	C) SOBRE A POSSIBILIDADE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE TER AIDS () () ()	C) ____
79.	Na escola em que o (a) _____ estuda, há conversas/aulas <u>com os alunos</u> sobre os seguintes assuntos: (criança/adolescente) (LER TODAS AS OPÇÕES) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe A) GRAVIDEZ () () ()	79. A) ____
	B) DST/AIDS () () ()	B) ____
	C) PRECONCEITO/DISCRIMINAÇÃO () () ()	C) ____
	D) VIOLÊNCIA () () ()	D) ____
	E) USO DE DROGAS () () ()	E) ____
	F) SEXUALIDADE/NAMORO () () ()	F) ____
80.	Você acha que a escola deveria conversar sobre: (LER TODAS AS OPÇÕES) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe A) GRAVIDEZ () () ()	80. A) ____
	B) DST/AIDS () () ()	B) ____
	C) PRECONCEITO/DISCRIMINAÇÃO () () ()	C) ____
	D) VIOLÊNCIA () () ()	D) ____
	E) USO DE DROGAS () () ()	E) ____
	F) SEXUALIDADE/NAMORO () () ()	F) ____
81.	Você sabe informar se a escola recebe crianças/adolescentes com problemas físicos e mentais? (LER TODAS AS OPÇÕES) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe A) USUÁRIOS DE CADEIRAS DE RODAS () () ()	81. A) ____
	B) DEFICIÊNCIAS AUDITIVA OU VISUAL () () ()	B) ____
	C) DOENÇAS CRÔNICAS (ASMA, DIABETES, AIDS) () () ()	C) ____
	D) DEFICIÊNCIA MENTAL () () ()	D) ____
	E) OUTROS _____ (especificar) () () ()	E) ____

82.	Você acha que o (a) _____ é/foi tratado com preconceito/discriminação na escola (atual/última)? (criança/adolescente) (SE RESPOSTA 2 OU 9 PULAR PARA 83) 1. Sim 2. Não 9. Não sabe	82. ____
82a	Se sim, por quem? A) Colegas () B) Funcionários () C) Professor (es) () D) Outros educadores () E) Pais de outros alunos () F) Outros _____ (especificar) ()	82a A) ____ B) ____ C) ____ D) ____ E) ____ F) ____
82b	Se sim, por quê? A) Condição econômica/pobreza () B) Preconceito racial () C) Desempenho escolar () D) Característica do corpo (obesidade, magreza, feio etc.) () E) Preconceito dirigido à criança/adolescente (drogas, sexo, sorologia entre outras) () F) Preconceito dirigido aos familiares (drogas, sexo, sorologia entre outras) () G) Outro _____ (especificar) ()	82b A) ____ B) ____ C) ____ D) ____ E) ____ F) ____ G) ____
82c	Como foi a situação? (ANOTAR O LOCAL DA ESCOLA/QUAL FOI O ATO/QUAL O SENTIMENTO DO ENTREVISTADO E DA PESSOA QUE COMETEU O ATO)	

88.	Como você/algumém leva o (a) _____ ao serviço de saúde? (criança/adolescente) 1. Carro próprio 2. Transporte público (ônibus, trem, metrô) 3. Ambulância 4. A pé 5. Outro: _____ (especificar) 9. Não sabe	88. _____
89.	O serviço onde o (a) _____ é acompanhado (a) lhe oferece algum outro tipo de apoio além da assistência médica? (criança/adolescente) SE A RESPOSTA FOR 2 OU 9 PULAR PARA 90) 1. Sim 2. Não 9. Não sabe	89. _____
89a	Se sim, qual? A) Dentista () B) Psicóloga () C) Terapia ocupacional () D) Assistente social () E) Nutricionista () F) Outros _____ () (especificar) G) Não quer informar ()	89a A) _____ B) _____ C) _____ D) _____ E) _____ F) _____ G) _____
90.	Qual o tipo de serviço de saúde que o (a) _____ usualmente frequênta? (criança/adolescente) 1. S.U.S. 2. PARTICULAR 3. CONVÊNIO 4. OUTRO: _____ (especificar) 5. Não frequênta	90. _____
91.	O (A) _____ possui algum tipo de convênio de assistência à saúde, além do S.U.S.? (criança/adolescente) (NÃO LEIA, APENAS CIRCULE O ITEM SELECIONADO) 1. Não 2. Usa somente convênio 3. Usa parcialmente, pois não cobre todas as intercorrências da doença 4. Possui, mas prefere usar o sistema público 5. Possui, mas não pode usar, não cobre AIDS 6. Sim, mas você não quer usar com medo dele (a) ser discriminado (a) 7. Usa os dois sistemas 9. Não sabe informar 8. Não quer informar	91. _____

92.	Você acha que o (a) _____ é/foi tratado com preconceito/discriminação em algum serviço de saúde? (criança/adolescente) 1. Sim 2. Não 9. Não sabe (SE A RESPOSTA FOR 2 OU 9 PULAR PARA 93)	92. _____
92a	Se sim, onde? A) UBS () B) Serviços especializados () C) Referência de encaminhamento () D) Hospital público () E) Convênio () F) Outros _____ () (especificar)	92a A) _____ B) _____ C) _____ D) _____ E) _____ F) _____
92b	Se sim, por quem? A) Usuários () B) Profissionais de saúde _____ () C) Funcionários da segurança / limpeza () D) Outros _____ () (especificar)	92b A) _____ B) _____ C) _____ D) _____
92c	Se sim, por quê? A) Condição econômica/pobreza () B) Preconceito racial () C) Condições de saúde () D) Característica do corpo (obesidade, magreza, feio etc) () E) Preconceito dirigido à criança/adolescente (drogas, sexo, sorologia etc) () F) Preconceito dirigido aos familiares (drogas, sexo, sorologia entre outras) () G) Outros _____ () (especificar)	92c A) _____ B) _____ C) _____ D) _____ E) _____ F) _____ G) _____

IX - LAZER

93.	O (a) _____ costuma brincar? (criança/adolescente) 1. Sim (PULAR PARA 94) 2. Não	93. _____
-----	--	-----------

93a	Por que não brinca? A) Não tem amigos ()	93a. A) _____
	B) Não gosta ()	B) _____
	C) Cuidador/pai/mãe não deixam ()	C) _____
	D) Trabalha ()	D) _____
	E) Não tem tempo ()	E) _____
	F) Prefere ver TV ()	F) _____
	G) Prefere ficar no computador ()	G) _____
	H) Não tem vontade ()	H) _____
	I) Por doença ()	I) _____
	J) Outra _____ () (especificar)	J) _____
	<i>(APÓS RESPONDER ESTA QUESTÃO PULAR PARA 95)</i>	
94a	Se brinca, onde? A) Rua ()	94a A) _____
	B) Escola/creche ()	B) _____
	C) Instituição ()	C) _____
	D) Própria casa ()	D) _____
	E) Casa de amigos (as) ()	E) _____
	F) Casa de familiares ()	F) _____
	G) Parque ()	G) _____
	H) Igreja ()	H) _____
	I) Praça ()	I) _____
	J) Clube/Centro Esportivo ()	J) _____
	K) Outros _____ () (especificar)	K) _____
94b	Com quem? A) Amigos (as) ()	94b A) _____
	B) Irmão (as) ()	B) _____
	C) Primos (as) / Outros parentes ()	C) _____
	D) Com adultos ()	D) _____
	E) Sozinho ()	E) _____
	F) Vizinhos ()	F) _____
	G) Outros: _____ () (especificar)	G) _____

94c	Com que frequência ele (a) brinca? 1. DIARIAMENTE 2. ALGUMAS VEZES POR SEMANA 3. RARAMENTE	94c _____
95.	Quais atividades de lazer o _____ fez de 2º a 6º feira, no último mês? (criança/adolescente)	95.
	A) Assistir televisão ()	A) _____
	B) Jogar no computador / Videogame / Usar internet ()	B) _____
	C) Tocar instrumentos ou cantar ()	C) _____
	D) Ouvir rádio / música ()	D) _____
	E) Falar no telefone ()	E) _____
	F) Encontrar amigos (as) ()	F) _____
	G) Namorar / Ficar ()	G) _____
	H) Jogar futebol ()	H) _____
	I) Praticar algum outro esporte ()	I) _____
	J) Sair para comer ()	J) _____
	K) Brincar ()	K) _____
	L) Grupo de música / teatro / dança ()	L) _____
	M) Lan House ()	M) _____
	N) Ler revista / Gibi ()	N) _____
	O) Ler jornal ()	O) _____
	P) Bicicleta / Patins / Skate ()	P) _____
	Q) Culinária ()	Q) _____
	R) Desenhar ()	R) _____
	S) Biblioteca ()	S) _____
	T) Outros _____ () (especificar)	T) _____
95a	Com quem? A) Amigos (as) ()	95a A) _____
	B) Irmão (as) ()	B) _____
	C) Primos (as) / Outros parentes ()	C) _____
	D) Com adultos ()	D) _____
	E) Sozinho ()	E) _____
	F) Vizinhos ()	F) _____
	G) Namorado (a) / ficante ()	G) _____
	H) Outros: _____ () (especificar)	H) _____

96.	E nos finais de semana do último mês, quais o (a) _____ fez? (criança/adolescente)	96.
	A) Assistir televisão ()	A) _____
	B) Jogar no computador / Videogame / Usar internet ()	B) _____
	C) Tocar instrumentos ou cantar ()	C) _____
	D) Ouvir rádio / música ()	D) _____
	E) Falar no telefone ()	E) _____
	F) Encontrar amigos (as) ()	F) _____
	G) Namorar / Ficar ()	G) _____
	H) Jogar futebol ()	H) _____
	I) Praticar algum outro esporte ()	I) _____
	J) Sair para comer ()	J) _____
	K) Brincar ()	K) _____
	L) Grupo de música / teatro / dança ()	L) _____
	M) Lan House ()	M) _____
	N) Ler revista / Gibi ()	N) _____
	O) Ler jornal ()	O) _____
	P) Bicicleta / Patins / Skate ()	P) _____
	Q) Culinária ()	Q) _____
	R) Desenhar ()	R) _____
	S) Biblioteca ()	S) _____
	T) Outros _____ () (especificar)	T) _____
96a	Com quem?	96a
	A) Amigos (as) ()	A) _____
	B) Irmão (as) ()	B) _____
	C) Primos (as) / Outros parentes ()	C) _____
	D) Com adultos ()	D) _____
	E) Sozinho ()	E) _____
	F) Vizinhos ()	F) _____
	G) Namorado (a) / ficante ()	G) _____
	H) Outros: _____ () (especificar)	H) _____

97.	Agora vou falar algumas atividades e passeios e gostaria que você me dissesse quais o (a) _____ fez? (criança/adolescente)				97.
	(LER TODAS AS OPÇÕES)				
		1. Sim, nos últimos 30 dias	2. Sim, mas não nos últimos 30 dias	3. Nunca	
	A) CINEMA ()	()	()	()	A) _____
	B) TEATRO ()	()	()	()	B) _____
	C) SHOW DE MÚSICA ()	()	()	()	C) _____
	D) CONCERTO DE MÚSICA CLÁSSICA ()	()	()	()	D) _____
	E) MUSEU DE ARTE ()	()	()	()	E) _____
	F) ESPETÁCULO DE DANÇA / BALLET ()	()	()	()	F) _____
	G) CIRCO ()	()	()	()	G) _____
	H) JOGO DE FUTEBOL EM ESTÁDIO ()	()	()	()	H) _____
	I) OUTRO EVENTO ESPORTIVO PAGO ()	()	()	()	I) _____
	J) BIBLIOTECA (SEM SER DA ESCOLA) ()	()	()	()	J) _____
	K) FLIPERAMA / LAN HOUSE ()	()	()	()	K) _____
	L) PASSEAR EM PRAÇA OU PARQUE PÚBLICO ()	()	()	()	L) _____
	M) PASSEAR EM SHOPPING CENTER ()	()	()	()	M) _____
	N) PLAYCENTER OU PARQUE DE DIVERSÕES ()	()	()	()	N) _____
	O) PASSAR O DIA EM CLUBE ()	()	()	()	O) _____
	P) VIAJAR EM FIM DE SEMANA ()	()	()	()	P) _____
	Q) IR À PRAIA PERTO / REPRESA ()	()	()	()	Q) _____
	R) DANÇAR EM BAILE / DANCETERIA ()	()	()	()	R) _____
	S) QUADRA DE ESCOLA DE SAMBA ()	()	()	()	S) _____
	T) FESTA EM CASA DE AMIGO/A ()	()	()	()	T) _____
	U) BAR COM AMIGO/A/S ()	()	()	()	U) _____
	V) RESTAURANTE / LANCHONETE COM AMIGO/A/S ()	()	()	()	V) _____
	W) PATINAR / SKATE / BICICLETA EM PISTA OU LOCAL PÚBLICO ()	()	()	()	W) _____
	X) JOGAR BOLICHE ()	()	()	()	X) _____
	Y) MISSA, CULTO OU SESSÃO ESPÍRITA ()	()	()	()	Y) _____

97a	Com quem?	97a
	A) Amigos (as) ()	A) _____
	B) Irmão (as) ()	B) _____
	C) Primos (as) / Outros parentes ()	C) _____
	D) Com adultos - parentes ()	D) _____
	E) Com adultos - não parentes ()	E) _____
	F) Sozinho ()	F) _____
	G) Vizinhos ()	G) _____
	H) Namorado (a) / ficante ()	H) _____
	I) Outros: _____ () (especificar)	I) _____
98.	Você acha que o (a) _____ é / foi tratado com preconceito / discriminação em alguma atividade de lazer? (criança/adolescente)	98. _____
	1. Sim 2. Não 9. Não sabe (SE RESPOSTA 2 OU 9 PULAR PARA 99)	

98a.	Se sim, onde?	98a
	A) Cinema () () ()	A) _____
	B) Teatro () () ()	B) _____
	C) Show de música () () ()	C) _____
	D) Concerto de música clássica () () ()	D) _____
	E) Museu de arte () () ()	E) _____
	F) Espetáculo de dança / ballet () () ()	F) _____
	G) Jogo de futebol em estádio () () ()	G) _____
	H) Circo () () ()	H) _____
	I) Outro evento esportivo não pago () () ()	I) _____
	J) Biblioteca (sem ser da escola) () () ()	J) _____
	K) Fliperama / Lan House () () ()	K) _____
	L) Passear em praça ou parque público () () ()	L) _____
	M) Passear em shopping center () () ()	M) _____
	N) Playcenter ou parque de diversões () () ()	N) _____
	O) Passar o dia no clube () () ()	O) _____
	P) Viajar em fim de semana () () ()	P) _____
	Q) Ir à praia perto / represa () () ()	Q) _____
	R) Dançar em baile / danceteria () () ()	R) _____
	S) Quadra de escola de samba () () ()	S) _____
	T) Festa em casa de amigo/a () () ()	T) _____
	U) Bar com amigo/as () () ()	U) _____
	V) Restaurante / lanchonete com amigo/as () () ()	V) _____
	W) Patinar / skate / bicicleta em pista ou local público () () ()	W) _____
	X) Jogar boliche () () ()	X) _____
	Y) Missa, culto ou sessão espírita () () ()	Y) _____
98b	Se sim, por quem?	98b
	A) Colegas / amigos ()	A) _____
	B) Profissionais envolvidos _____ (especificar) ()	B) _____
	C) Pais / responsáveis de outros alunos ()	C) _____
	D) Outros _____ (especificar) ()	D) _____

98c	Por quê?		98c
	A) Condição econômica/pobreza	()	A) _____
	B) Preconceito racial	()	B) _____
	C) Condições de saúde	()	C) _____
	D) Característica do corpo (obesidade, magreza, feio, etc)	()	D) _____
	E) Preconceito dirigido à criança/adolescente (drogas, sexo, sorologia, entre outras)	()	E) _____
	F) Preconceito dirigido aos familiares (drogas, sexo, sorologia, entre outras)	()	F) _____
	G) Outros _____ (especificar)	()	G) _____

X – SUPORTE SOCIAL

99.	Você ou alguém da sua casa recebe algum benefício público ou privado? BENEFÍCIOS/DISTRIBUIÇÃO	PÚBLICO	PRIVADO	99.
	A) Cesta Básica	()	()	A) _____
	B) Roupas	()	()	B) _____
	C) Vale Transporte	()	()	C) _____
	D) Cartão Alimentação	()	()	D) _____
	E) Bolsa Escola	()	()	E) _____
	F) Bolsa Alimentação	()	()	F) _____
	G) Auxílio Gás	()	()	G) _____
	H) Renda Mínima	()	()	H) _____
	I) Leite	()	()	I) _____
	J) Renda Cidadã	()	()	J) _____
	K) Lei Orgânica de Assistência Social/Benefício de prestação continuada	()	()	K) _____
	L) Isenção de Tarifas de Transportes	()	()	L) _____
	M) Outros _____ (especificar)	()	()	M) _____
	N) Nenhum	()		N) _____
	O) Não quer informar	()		O) _____
	P) Não sabe	()		P) _____

99a.	Que tipo de apoio você gostaria de receber para melhorar a qualidade de vida do (a) _____? (criança/adolescente)	99 a1. _____
	1. _____	99 a2. _____
	2. _____	99 a3. _____
	3. _____	99 a4. _____
	4. _____	
	9. Não sabe informar	8. Não quer informar

XI – PLANOS DE FUTURO

100.	O que você imagina que _____ estará fazendo aos <u>15 anos</u> ? (criança/adolescente)	100a
100a	1. Resposta espontânea	
	A) Não consigo imaginar	A) _____
	B) Trabalhando	B) _____
	C) Estudando	C) _____
	D) Namorando	D) _____
	E) Casando	E) _____
	F) Com filhos	F) _____
	G) Com muitos amigos	G) _____
	H) Morando com o cuidador	H) _____
	I) Com saúde	I) _____
	J) Convivendo com preconceito	J) _____
	K) Outros _____ (especificar)	K) _____
	(LER TODAS AS OPÇÕES)	
100b	2. Resposta Induzida	100b
		Sim Não Não sei
	A) TRABALHANDO	() () ()
	B) ESTUDANDO	() () ()
	C) NAMORANDO	() () ()
	D) CASANDO	() () ()
	E) COM FILHOS	() () ()
	F) COM MUITOS AMIGOS	() () ()
	G) MORANDO COM O CUIDADOR	() () ()
	H) COM SAÚDE	() () ()
	I) CONVIVENDO COM PRECONCEITO	() () ()
	J) ELE (A) VAI CONTAR PARA ALGUÉM SOBRE HIV/AIDS EM SUA VIDA	() () ()

101.	O que você imagina que _____ estará fazendo aos <u>24 anos</u> ? (criança/adolescente) <i>(LER TODAS AS OPÇÕES)</i>	101a
101a	1. Resposta induzida	
	Sim Não Não sei	
	A) TRABALHANDO () () ()	A) _____
	B) ESTUDANDO () () ()	B) _____
	C) NAMORANDO () () ()	C) _____
	D) CASANDO () () ()	D) _____
	E) COM FILHOS () () ()	E) _____
	F) COM MUITOS AMIGOS () () ()	F) _____
	G) MORANDO COM O CUIDADOR () () ()	G) _____
	H) COM SAÚDE () () ()	H) _____
	I) CONVIVENDO COM PRECONCEITO () () ()	I) _____
	J) ELE (A) VAI CONTAR PARA ALGUÉM SOBRE HIV/AIDS EM SUA VIDA () () ()	J) _____

XI – SITUAÇÃO EM RELAÇÃO AO HIV

Agora neste bloco faremos algumas perguntas sobre HIV/AIDS que podem ser um pouco desconfortáveis. Não estaremos aqui para apontar atitudes certas ou erradas, apenas queremos conhecer essas informações, por serem importantes.

102.	O (a) _____ já fez teste para o HIV (teste de AIDS) na vida? (criança/adolescente) <i>(SE RESPOSTAS 9 OU 8 PULAR PARA 113)</i>	102. _____
	1. Sim 2. Não (PULAR PARA 112) 9. Não sabe 8. Não quer informar	
102a	Se sim, quantas vezes você fez o teste? _____ (Número)	102a _____
103.	Você poderia nos dizer o resultado do último teste para o HIV (teste de AIDS) do (a) _____? (criança/adolescente)	103. _____
	1. Soronegativo (a) para o HIV 2. Soropositivo (a) para o HIV 9. Não sabe 8. Não quer informar	
104.	Que idade o (a) _____ tinha ao fazer este último teste? _____ anos/meses (criança/adolescente)	104. _____
	999. Não sabe 888. Não quer informar	
105.	Onde o (a) _____ fez o último teste? (criança/adolescente)	105. _____
	1. Rede pública de saúde (Posto/Hospital/Pronto Socorro) 6. Em laboratório de análises clínicas 2. Centro de Testagem / Aconselhamento 7. Outras instituições privadas 3. No local de doação de sangue 8. Outro local. Qual? _____ (especificar) 4. Na empresa onde trabalha 99. Não sabe 5. Em local indicado pelo plano de saúde da empresa 88. Recusou-se a responder	

106.	Quem decidiu fazer o teste no (a) _____ ? (criança/adolescente)	106.
	A) Mãe ()	A) _____
	B) Pai ()	B) _____
	C) Irmão ()	C) _____
	D) Irmã ()	D) _____
	E) Tios maternos ()	E) _____
	F) Tios paternos ()	F) _____
	G) Avó materna ()	G) _____
	H) Avó paterna ()	H) _____
	I) Avó materno ()	I) _____
	J) Avó paterno ()	J) _____
	K) Profissional de saúde ()	K) _____
	L) Família substituta ()	L) _____
	M) Primos (as) ()	M) _____
	N) Amigos da família ()	N) _____
	O) Adultos não parentes consangüíneos ()	O) _____
	P) Instituição ()	P) _____
	Q) Ele mesmo ()	Q) _____
	R) Eu mesmo (cuidador) ()	R) _____
	S) Outros _____ (especificar) ()	S) _____
	T) Não sabe ()	T) _____

107.	Por que foi decidido fazer o teste no (a) _____ ? (criança/adolescente)	107.
	A) Iniciativa dos pais/cuidadores ()	A) _____
	B) Iniciativa da criança/adolescente ()	B) _____
	C) Indicação médica ()	C) _____
	D) Doação de sangue ()	D) _____
	E) Consulta pré-natal ()	E) _____
	F) Hospitalização ()	F) _____
	G) Cirurgia ()	G) _____
	H) Achar que podia ter pego o vírus da AIDS ()	H) _____
	I) Por ter usado drogas injetáveis (como cocaína) ()	I) _____
	J) Por ter aplicado silicone ()	J) _____
	K) Por ter injetado anabolizante (para ficar forte / aumentar os músculos) ()	K) _____
	L) Problemas de saúde ()	L) _____
	M) Solicitação do emprego ()	M) _____
	N) Parceiro (a) solicitou ()	N) _____
	O) Outros. Quais? _____ (especificar) ()	O) _____
	P) Não sabe ()	P) _____
	Q) Não quer informar ()	Q) _____
108.	Você chegou a conversar sobre o assunto no serviço que realizou o teste?	108. _____
	1. Sim, tive uma sessão de conversa individual	
	2. Sim, tive uma sessão em grupo	
	3. Não, não tive nenhuma orientação	
	4. Não, não sabia que o (a) _____ estava sendo testado (criança/adolescente)	
	9. Não sabe	
	8. Não quer informar	

109.	Com quem estava o (a) _____ ao fazer o teste? (criança/adolescente)	109.
	A) Mãe ()	A) _____
	B) Pai ()	B) _____
	C) Irmão ()	C) _____
	D) Irmã ()	D) _____
	F) Avó paterna ()	F) _____
	G) Avô materno ()	G) _____
	H) Avô paterno ()	H) _____
	I) Tios maternos ()	I) _____
	J) Tios paternos ()	J) _____
	K) Parceiro afetivo-sexual ()	K) _____
	L) Cuidador atual (você) ()	L) _____
	M) Outro _____ (especificar) ()	M) _____
	N) Não quer informar ()	N) _____
110.	Quando você recebeu o resultado do exame do (a) _____ qual foi a atitude do profissional que lhe atendeu? (criança/adolescente)	110. _____
	1. Só entregou o resultado e não disse nada	
	2. Conversou na mesma hora sobre o assunto	
	3. Marcou nova consulta para conversar sobre o assunto	
	4. Encaminhou diretamente para outro serviço com carta e/ou consulta marcada	
	5. Orientou para que procurasse outro serviço, sem dar carta e/ou marcação de consulta	
	6. Recebeu pelo correio	
	7. A equipe foi/veio na casa com o resultado	
	9. Não sabe	
	8. Não quer informar	
111.	Como você se sentiu tratado (a) pelo serviço no momento em que lhe foi dado o resultado do teste anti-HIV do (a) _____ ? (criança/adolescente)	111. _____
	(LER AS OPÇÕES E ESCOLHER A ATITUDE QUE PREDOMINOU NA SITUAÇÃO)	
	1. COM APOIO E ATENÇÃO	
	2. COM INDIFERENÇA	
	3. COM DISCRIMINAÇÃO	
	4. COM CRÍTICA, TOM DE ACUSAÇÃO	
	5. COM APOIO E DÓ	
	6. COM CRUELDADE	
	7. OUTRO _____ (especificar)	
	9. NÃO SABE	
	8. NÃO QUER INFORMAR	
	(APÓS RESPONDER ESTA PULAR PARA 113)	

112.	Se não fez o teste, porquê?	112.																																																						
	A) É pouco provável que ele (a) tenha sido exposto (a) ao HIV ()	A) _____																																																						
	B) Tinha medo de descobrir que ele (a) era HIV positivo ()	B) _____																																																						
	C) Não queria pensar sobre HIV ou sobre HIV positivo ()	C) _____																																																						
	D) Tinha receio que o nome dele (a) pudesse ser comunicado ao governo caso seu resultado fosse positivo ()	D) _____																																																						
	E) Ele (a) não gosta de agulhas ()	E) _____																																																						
	F) Não acredito que o resultado seja confidencial ()	F) _____																																																						
	G) Tinha medo que ele (a) perdesse o emprego, o seguro, a casa, os amigos, a família, se as pessoas soubessem que era HIV positivo ()	G) _____																																																						
	H) Não sabia onde fazer o teste ()	H) _____																																																						
	I) Outros _____ (especificar) ()	I) _____																																																						
	J) Não sabe ()	J) _____																																																						
	K) Não quer informar ()	K) _____																																																						
113.	Você já fez o teste para o HIV (teste da AIDS) na vida? (cuidador) (SE A RESPOSTA FOR 2, 8 OU 9 PULAR PARA 115)	113. _____																																																						
	1. Sim 2. Não 8. Não quer informar 9. Não sabe																																																							
114.	Você poderia nos dizer o resultado do seu teste para o HIV (teste da AIDS) ?	114. _____																																																						
	1. Soronegativo (a) para o HIV 2. Soropositivo (a) para o HIV 8. Não quer informar 9. Não sabe																																																							
115.	Agora vamos falar dos irmãos da criança/adolescente completando os dados abaixo:																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nome</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Mora na mesma casa?</th> <th colspan="3">HIV</th> </tr> <tr> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>(+)</th> <th>(-)</th> <th>Não sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115a</td> <td>115a1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>115b</td> <td>115b1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>115c</td> <td>115c1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>115d</td> <td>115d1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>115e</td> <td>115e1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>115f</td> <td>115f1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nome		Mora na mesma casa?		HIV			Sim	Não	(+)	(-)	Não sabe	115a	115a1						115b	115b1						115c	115c1						115d	115d1						115e	115e1						115f	115f1						115a _____ 115a1 _____ 115b _____ 115b1 _____ 115c _____ 115c1 _____ 115d _____ 115d1 _____ 115e _____ 115e1 _____ 115f _____ 115f1 _____
Nome				Mora na mesma casa?		HIV																																																		
		Sim	Não	(+)	(-)	Não sabe																																																		
115a	115a1																																																							
115b	115b1																																																							
115c	115c1																																																							
115d	115d1																																																							
115e	115e1																																																							
115f	115f1																																																							
	9. Não sabe 0. Não tem irmãos																																																							
116.	Pelo que você sabe ou ouviu falar, atualmente a AIDS:	116. _____																																																						
	1. É UMA DOENÇA CURÁVEL, QUALQUER PESSOA QUE TIVER O VÍRUS E TOMAR REMÉDIO FICA BOA 2. É CURÁVEL, MAS SÓ SE A PESSOA QUE PEGAR O VÍRUS COMEÇAR LOGO O TRATAMENTO 3. NÃO É CURÁVEL, MAS COM TRATAMENTO DÁ PARA CONTROLAR SUAS CONSEQUÊNCIAS E VIVER MAIS 4. CONTINUA SENDO FATAL, NÃO É CURÁVEL NEM DÁ PARA ADIAR A MORTE.																																																							

(SE CRIANÇA SOROPositivo PREENCHER QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO CASO CONTRÁRIO QUESTÕES FINAIS)

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO FÍSICA E
ANTROPOMÉTRICA



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira César
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3061-7703 / 3061-7127 Fax.: (011) 3085-0240

COLETA – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Nº de Identificação: _____

DATA: ___/___/___ AVALIADOR(A): _____

Nome: _____ Sexo () F () M

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Nascimento

A criança nasceu prematuro? () Sim () Não () Não sabe

Peso ao nascer		() não sabe
Comprimento ao nascer		() não sabe

Antropometria

MEDIDAS	1ª. coleta	2ª. coleta
Peso		
Estatura		
Dobras cutâneas:		
Tricipital		
Subescapular		
Supraílica		
Panturrilha medial		
Circunferências:		
Cintura		
Panturrilha		

Impedância Bioelétrica:

Resistência	Reactância

Teste de força

(Somente crianças entre 7 e 12 anos)

Salto Horizontal

1º salto	2º salto	3º salto

Maturação Sexual

(crianças e adolescentes entre 8 e 16 anos)

Data da Menarca: ___/___/___ Idade da Menarca _____ anos.

Assinale o número da foto que mais se parece com você:

(crianças e adolescentes entre 8 e 16 anos)

MENINAS: MAMAS M1 () M2 () M3 () M4 () M5 ()

PÊLOS P1 () P2 () P3 () P4 () P5 () P6 ()

MENINOS: GENITAIS G1 () G2 () G3 () G4 () G5 ()

PÊLOS P1 () P2 () P3 () P4 () P5 () P6 ()

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira César
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3061-7703 / 3066-7127 Fax.: (011) 3085-0240

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Cuidadores de Crianças (0 a 18 anos incompletos) e Jovens (18 a 24 anos))

Projeto de Pesquisa: Impactos das mortes por homicídios e aids na saúde e nos direitos de crianças e jovens na cidade de São Paulo

Pesquisador Responsável: Professor Ivan França Junior

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as situações de preconceito e discriminação que ocorrem com crianças e jovens que sejam filhos de alguém falecido, a partir de 2000 por aids ou homicídios na cidade de São Paulo.

Com base nos resultados, pretende-se contribuir para a melhoria das políticas de proteção dos direitos das crianças e jovens nesta situação, com impactos na qualidade de vida dessas pessoas.

A coleta de informações será feita mediante sua participação em uma entrevista privada realizada por pessoas devidamente treinadas, respeitando todos os princípios éticos que não poderá ser presenciada por ninguém maior do que 2 anos de idade e durará cerca de 60 minutos.

Jovens de 15 a 18 anos serão entrevistados diretamente somente se o responsável concordar que ele participe, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Estes jovens responderão a entrevista após a leitura e assinatura do Termo de Assentimento.

Serão feitas perguntas sobre condições sociodemográficas de crianças, adolescentes, jovens e seus pais/cuidadores. Jovens (15 a 24 anos) serão questionados sobre namoro, conhecimento em relação aos métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis incluindo HIV/AIDS e sua prevenção bem como o início da vida sexual. Talvez falar desses assuntos possa incomodar, se isso acontecer, o jovem terá a liberdade para não responder as perguntas que não desejar.

Crianças e adolescentes (0 a 15 anos) participarão de avaliações físicas que serão compostas de medidas, de peso, altura, e da gordura corporal, teste força muscular e análise do desenvolvimento sexual. Nenhum procedimento deste estudo colocará os sujeitos em risco quanto a sua saúde física e/ou psicológica. Os testes e medidas serão apropriados para a faixa etária, entretanto poderá haver desconfortos nas medidas de gordura corporal.

A participação neste estudo é voluntária, e a sua recusa não implicará em nenhum prejuízo para você. Você poderá interromper a sua participação em qualquer momento da pesquisa, mesmo depois de terminadas as entrevistas.

Esta pesquisa é confidencial e ninguém – você ou outra pessoa de sua família - será identificado. Nenhum nome será divulgado pela pesquisa, garantindo o seu anonimato. Todos os materiais relativos a você (termo de consentimento, questionários e bancos de dados) serão mantidos em armários trancados à chave no escritório da coordenação da pesquisa. Garantimos que todas as informações sobre as crianças e jovens serão mantidas sob sigilo.

Informamos que é vedado o conhecimento das informações pessoais pelos entrevistadores, transcritores, e outros assistentes de pesquisa.

As informações dadas por você serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa. Você terá liberdade para ver os seus dados e também os resultados da pesquisa.

Você será reembolsado caso haja custos para seu transporte, alimentação ou outros, desde que provocados pela pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para esclarecer, a qualquer momento, as dúvidas relacionadas aos objetivos, à metodologia e outros aspectos da pesquisa.

Dessa forma, livre e devidamente esclarecido(a), aceito participar ou que o/a jovem participe da pesquisa acima referida.

São Paulo, ____ de _____ de 2006

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Dados para contato com o pesquisador: ✓

Prof. Dr. Ivan França Junior
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - São Paulo
Tel. 3061-7127 / 3061-7703 Fax 3085-0240
E-mail: ifjunior@usp.br ou orfao@fsp.usp.br

e

COMITÊS DE ÉTICA

Faculdade de Saúde Pública Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica – CEP – 01246-904 Telefones: 3066 7779 e-mail: coep@fsp.usp.br	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Rua General Jardim, 36 – 2º andar. Telefone: 3218-4043 e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br	Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS Rua Santa Cruz, 81 – Ambulatório, sala 11ª. Fone / Fax: 5087-9837 e-mail: cep@crt.saude.sp.gov.br
--	--	--

ANEXO 7

PARECERES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil

Telefones: (55-11) 3066-7779 - fone/fax (55-11) 3064-7314 - e-mail: mdgracas@usp.br

Of. COEP/226/03

10 de dezembro de 2003

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, em sua 10.ª/03 Sessão Ordinária, realizada em 09.12.03, homologou o Protocolo de Pesquisa n.º 1037, intitulado: "ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO RELACIONADOS AO HIV/AIDS: IMPACTOS DA EPIDEMIA EM CRIANÇAS E JOVENS NA CIDADE DE SÃO PAULO", apresentado pelo pesquisador Ivan França Junior.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/238/05

15 de dezembro de 2005

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP **analisou e provou** em sua 10.ª/05 Sessão Ordinária, realizada em 14.12.05 e, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **adendo** ao Protocolo de Pesquisa n.º 1321, intitulado: "IMPACTOS DAS MORTES POR HOMÍCIDIO E AIDS NA SAÚDE E NOS DIREITOS DE CRIANÇAS E JOVENS NA CIDADE DE SÃO PAULO", apresentado pelo pesquisador Ivan França Junior.

Atenciosamente,

**Eunice Aparecida Bianchi Galati
Professora Doutora**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 26 /2008

Protocolo 1734

Projeto de Pesquisa ESTADO NUTRICIONAL DE ÓRFÃOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisador(a) Bruna Bronhara

26 de FEVEREIRO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 1.ª/08 Sessão EXTRAORDINÁRIA, realizada em 22/02/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm. Sr.
Prof. Dr. WOLNEY LISBOA CONDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

CURRÍCULO LATTES



Bruna Bronhara


possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Alfenas (2005). Tem experiência na área de Nutrição em Saúde Pública e Epidemiologia Nutricional, atuando principalmente nos seguintes temas: composição corporal, adolescentes, estado nutricional.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 17/07/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/0031040804527082>

Links para
Outras Bases:
[SciELO - Artigos em texto completo](#) 

Dados Pessoais

Nome Bruna Bronhara

Nascimento 06/08/1983 - Itajubá/MG - Brasil

CPF 32656085810

Formação Acadêmica/Titulação

2007 Mestrado em Nutrição em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
Título: Composição corporal e fatores associados em crianças e adolescentes órfãos no Município de São Paulo
Orientador: Wolney Lisboa Conde
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

2002 - 2005 Graduação em Nutrição.
Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, Alfenas, Brasil
Título: Proporcionalidade Corporal na Avaliação Antropométrica de Adolescentes Pós-Menarca
Orientador: Valéria Cristina Ribeiro Vieira

Formação complementar

2002 - 2002 Extensão universitária em Projeto Acompanhar.
Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG, Brasil

2003 - 2003 Extensão universitária em Orientação Planejamento/Preparo da Merenda Escolar.
Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, Alfenas, Brasil

2004 - 2004 Extensão universitária em Aval. Antrop. Adolesc. e Treinamento Cantineiras.
Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, Alfenas, Brasil

2005 - 2005 Extensão universitária em Projeto Comer Bem é Radikal.
Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, Alfenas, Brasil

2007 - 2007 Curso de curta duração em Escrita Científica.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil

2009 - 2009 Curso de curta duração em Modelos de Multi-nível: teoria e prática.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil

Atuação profissional

1. Universidade de São Paulo - USP

Vínculo institucional

2007 - 2009 Vínculo: Integrante de Projeto , Enquadramento funcional: Auxiliar de Pesquisa, Regime: Parcial

Atividades

2007 - 2009 Projetos de pesquisa, Faculdade de Saúde Pública

*Participação em projetos:
Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação em São Paulo*



Wolney Lisboa Conde

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Pará (1991) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo, atuando no curso de graduação em Nutrição e no curso de pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia nutricional, transição nutricional, obesidade, determinantes do estado nutricional e antropometria.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 16/04/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/3019128679501921>



Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#)

[SciELO - artigos em texto](#)

[completo](#)

Dados pessoais

Nome	Wolney Lisboa Conde
Nome em citações bibliográficas	CONDE, W. L.;Popkin, Barry M.;Conde, Wolney L.;de Assis, M. A. A.
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Av. Dr. Arnaldo, 715 , Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações Cerqueira César 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667705 Fax: (11) 30667762 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/

Formação acadêmica/Titulação

- 2000 - 2004** Doutorado em [Saúde Pública](#) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE SISTEMA CLASSIFICATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS BASEADO NO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, *Ano de Obtenção:* 2004.
Orientador: Carlos Augusto Monteiro.
Palavras-chave: adolescente; IMC; padrão; criança; método; tendência secular.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia / *Especialidade:* Nutrição.
Setores de atividade: Nutrição e alimentação.
- 1992 - 1992** Especialização em Fipam .
Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil.
Título: O Complexo Agroindustrial e o Desenvolvimento Regional.
Orientador: José Marcelino.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, , .
- 1985 - 1991** Graduação em Nutrição .
Graduação em Nutrição. Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil.
Título: A Porta da Cozinha.
Orientador: Maria Angélica Mota-Maués.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Doutor, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

Atividades

05/2006 - Atual Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.

Projetos de pesquisa
[Análise dos parâmetros da curva brasileira do IMC para idade segundo valores da composição corporal](#)
[Desenvolvimento e validação de instrumentos para apoio a inquéritos nutricionais](#)
[Pesquisa Nacional Demografia e Saúde - 2006](#)

10/2004 - Atual Pesquisa e desenvolvimento , Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.

Linhas de pesquisa
[Técnicas e métodos diagnósticos na avaliação nutricional e alimentar de indivíduos e populações](#)
[Frequência, distribuição, determinantes e conseqüências de distúrbios nutricionais na população brasileira](#)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)