



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

CHILDREN'S AND FAMILY MEMBERS PROFILE ATTENDED BY THE SERVICE OF PEDIATRIC PULMONOLOGY OF CHILDREN'S HOSPITAL

PERFIL DAS CRIANÇAS E FAMILIARES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL INFANTIL

PERFIL DE LOS NIÑOS Y FAMILIARES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DEL NIÑO

Vanessa de Souza Bonilha¹, Wiliam Wegner², Elemara Frantz³

ABSTRACT

Objective: drawing the profile of patients and family members attended by the Service of Pediatric Pulmonology of Hospital Criança Santo Antônio (HCSA). **Method:** it's a quantitative, epidemiologic and descriptive research with cross-sectional outline. The data collection was performed in April-May 2009 by applying a questionnaire with open and closed questions to the subjects responsible for the children. The project was approved by the Research Ethics Committee of Santa Casa (Protocol 2085/09). A total of 60 questionnaires were applied and the results were analyzed statistically. Results: there was predominance of patients of masculine sex (58.3%), within the age frame between 4 and 9 years old, from the city of Porto Alegre (43.3%). The main caregiver is the mother; 88,3% of the caregivers always perform the care to their children, 36,6% of them never meet difficulties upon doing the care, 35,00% never meet difficulties in the treatment of the child while 46,6% always meet their expectancies regarding the guidelines provided by the team. **Conclusion:** the caregivers develop daily care to their children with respiratory problem and present difficulties to manage them. One perceives the need of the team performance both in health education strategies and in support to the families. **Descriptors:** health profile; child; caregivers; health education; nursing.

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil dos pacientes e familiares atendidos pelo Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital Criança Santo Antônio (HCSA). **Método:** pesquisa quantitativa, epidemiológica-descritiva, com delineamento transversal. A coleta de dados foi realizada no período de abril-maio/2009, com a aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas investigado junto aos responsáveis pelas crianças). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa (Protocolo 2085/09). Foram aplicados 60 questionários sendo que os resultados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** houve o predomínio de pacientes do sexo masculino (58,3%), na faixa etária entre 4 a 9 anos, procedentes de Porto Alegre (43,3%). A cuidadora principal é a mãe, sendo que 88,3% dos cuidadores sempre desenvolvem cuidados aos filhos, 36,6% nunca encontra dificuldade neste cuidado, 35% nunca encontra dificuldade no tratamento da criança e 46,6% sempre atendem suas expectativas referentes às orientações realizadas pela equipe. **Conclusão:** os cuidadores desenvolvem cuidados diários aos seus filhos com problema respiratório e apresentam dificuldades no manejo desses. Percebe-se a necessidade da atuação da equipe nas estratégias de educação em saúde e apoio às famílias. **Descritores:** perfil de saúde; criança; cuidadores; educação em saúde; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil de los pacientes y familiares atendidos por el Servicio de Neumología Pediátrica del Hospital Criança Santo Antônio (HCSA). **Método:** pesquisa cuantitativa, epidemiológica y descriptiva, con delineamiento transversal. La recolección de datos fue realizada en el período de abril-mayo/2009, mediante la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas junto a los responsables por los niños. El proyecto recibió la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Santa Casa (Protocolo 2085/09). Fueron aplicados 60 cuestionarios siendo que los resultados fueron analizados estadísticamente. **Resultados:** hubo el predominio de pacientes del sexo masculino (58,3%), en la faja etaria entre 4 y 9 años, procedentes de Porto Alegre (43,3%). La cuidadora principal es la madre, siendo que 88,3% de los cuidadores siempre desenvuelven cuidados a los hijos, 36,6% nunca encuentran dificultades en este cuidado, 35% nunca encuentran dificultades en el tratamiento del niño y 46,6% siempre atienden sus expectativas referentes a las orientaciones realizadas por el equipo. **Conclusión:** los cuidadores desenvuelven cuidados diarios a sus hijos con problema respiratorio y presentan dificultades en su manejo. Se percibe la necesidad de la actuación del equipo en las estrategias de educación en salud y el apoyo a las familias. **Descriptor:** perfil de salud; niño; cuidadores; educación en salud; enfermería.

¹Enfermeira. Centro Universitário Metodista IPA. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: vanessabonilha@terra.com.br; ²Enfermeiro. Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPA. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: wiliamwegner@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPA. Mestre em Ciências da Saúde. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: elemarafrantz@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são mais frequentes durante a infância, sendo a infecção respiratória aguda a principal causa de internação hospitalar em crianças menores de cinco anos em países em desenvolvimento, contudo as precárias condições de vida e a falta de acesso a serviços de saúde são fatores determinantes na ocorrência destas¹. Elas representam cerca de 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento, desempenhando um papel de destaque na morbidade da população, além de ser a frequente causa de absenteísmo na escola e no trabalho onde exercem expressiva pressão sobre os serviços de saúde.¹⁻² As doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 1.521.558 internações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul em todas as faixas etárias no período de 1998 a 2007. Sendo que aproximadamente 36% dessas compreendem a faixa etária infantil de 0 a 9 anos e 15,2% dos casos ocorreram em Porto Alegre/RS.³

Entretanto, o Brasil ainda é um país carente de dados epidemiológicos consistentes, isto dificulta o planejamento e a execução de medidas preventivas. Em relação às doenças respiratórias, os dados epidemiológicos mais abrangentes são aqueles publicados pelo Ministério da Saúde, a partir da listagem estatística do Sistema Único de Saúde, mesmo assim são registrados índices elevados de morbimortalidade.

Na área da criança e adolescente este cenário também se consolida, principalmente pela variabilidade climática e características territoriais diversas que predispõem a alterações diversas na saúde. O enfermeiro deve estar envolvido diretamente no acompanhamento destas crianças e na realização de ações educativas para ampliar a capacidade do cuidador/responsável em fornecer um cuidado saudável e adequado a estes pacientes com doenças respiratórias.⁴

A prevenção e o tratamento adequado as doenças respiratórias é evidentemente um grande instrumento para a redução destes índices de morbimortalidade, e para que isto aconteça é importante a realização de ações educativas de saúde desenvolvidas para pacientes e familiares.

É relevante considerar o reconhecimento das dificuldades dos pacientes, melhorar a educação em saúde realizada pelo profissional ao paciente e orientar ações possíveis para a realização de um controle ambiental adequado.⁵

A educação em saúde no processo pedagógico concebe o homem como o principal sujeito responsável por sua realidade, e as suas necessidades de saúde podem ser solucionadas, a partir de ações conscientes e participativas, organizadas conforme sua história, cultura e modo de vida, promovendo assim mudança nas relações, nos processos, na saúde e principalmente nas pessoas.⁶ Na atenção a saúde da criança é fundamental instrumentalizar a família e os cuidadores a desenvolverem esta perspectiva de educação como processo emancipatório.

O cuidado centrado na família é de extrema importância, pois esta representa uma constante na vida da criança. Capacitar às famílias e criar oportunidades para que esta revele suas aptidões e competências e possa incorporar novas práticas para o atendimento das necessidades da criança e da família.⁷

Os programas educacionais sem dúvida alguma são considerados a melhor forma de prevenção, e para que estes sejam qualificados e eficientes surge à necessidade de se traçar o perfil dos pacientes atendidos por um serviço que atenda crianças com problemas pneumológicos.

Observa-se que um serviço ambulatorial está organizado em torno das especialidades e os profissionais de saúde que atuam neste cenário centralizam suas ações especificamente nas parcelas pré-determinadas pelo serviço e sistema de saúde. Entretanto, surge a necessidade de reorganizar os serviços ambulatoriais a partir da perspectiva da promoção da saúde. A prática profissional com o enfoque curativo e biologicista da atenção ambulatorial limitam o cuidado na saúde da criança e família.

Identifica-se na prática cotidiana que os serviços ambulatoriais atendem uma demanda diversa e heterogênea, a qual necessita ser reconhecida para o planejamento de ações efetivas e eficazes. Entretanto, visualizam-se as práticas centradas nas queixas principais e condutas centralizadas unicamente no tratamento medicamentoso. Devido isto, questiona-se que o ambulatório seria um espaço propício para ações de educação em saúde.

A partir do tema de pesquisa ao qual foi delimitado tem-se como questão de pesquisa a seguinte indagação: Qual o perfil das crianças e familiares atendidos no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital Criança Santo Antônio (HCSA)?

A análise do perfil socioeconômico, demográfico e ambiental e as incapacidades físicas em decorrência da doença, demonstram que estes aspectos podem interferir na qualidade de vida do grupo estudado e é preciso então olhar para o outro lado oculto da doença.⁸

OBJETIVOS

- Verificar o perfil das crianças e familiares atendidos pelo serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital Criança Santo Antônio (HCSA).
- Traçar o perfil das crianças e familiares atendidos no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica, descrever as características da criança e da família cuidadora.
- Identificar as facilidades e dificuldades dos usuários do serviço quanto aos cuidados domiciliares.

MÉTODO

Pesquisa de natureza quantitativa, epidemiológica-descritiva, com delineamento transversal.

A pesquisa quantitativa possui como principal foco proporcionar as respostas mais exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão pesquisada e proporcionar resultados replicáveis. Além disso, busca identificar e descrever as variáveis investigadas. Os delineamentos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição. Além de que todas as medições são feitas em um único momento, sem período de acompanhamento. Também são econômicos e fáceis de controlar, pois são obtidos durante um período de coleta de dados.⁹⁻¹⁰

Nesta pesquisa fizeram parte todos os usuários em acompanhamento no serviço de Pneumologia Pediátrica no Ambulatório do Hospital Criança Santo Antônio (HCSA) no período de abril a maio de 2009. A amostra foi composta por 60 crianças em acompanhamento na instituição.

O ambulatório desta instituição atende estes pacientes a partir de uma agenda sempre nas quintas-feiras à tarde. As unidades de internação acolhem estas crianças quando existe alguma intercorrência com a saúde da criança ou por algum procedimento específico. O número de crianças cadastrados no serviço no período da pesquisa é de 91 pacientes no geral e de todas as idades. O Ambulatório do HCSA atende criança de zero a dezoito anos em todas as especialidades médicas. O atendimento é organizado por agendamento para aqueles com vínculo prévio

ao serviço e contra-referência da rede básica. Além da equipe médica, a fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional desenvolvem consultas nesse espaço. A atuação do enfermeiro nesse espaço encontra-se centralizado ao gerenciamento e organização do serviço e a equipe de enfermagem volta suas ações em procedimentos.

Os critérios de inclusão da amostra foram: ter a crianças de zero a 12 anos com doenças respiratórias, estar acompanhada de um responsável legal e que frequente o Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital Criança Santo Antônio (HCSA) por no mínimo um mês. Os critérios de exclusão foram: crianças com idade superior a estipulada, sem acompanhante legal (menor de idade, tia, avó, vizinha, entre outros) e que não tenha vínculo com o serviço.

A coleta de dados foi conduzida pelos pesquisadores e o instrumento de coleta de dados foi construído a partir de um questionário com questões fechadas e duas questões abertas realizada com as crianças e os familiares. As respostas referentes às questões fechadas foram criadas a partir de uma escala.

Para a organização das informações adquiridas com a entrevista, adaptamos um questionário que aborda não só as questões fechadas e abertas referentes ao cuidado e tratamento da criança com doença respiratória, mas que contempla as características da pessoa, do lugar e do tempo, ou seja, variáveis da epidemiologia descritiva. Utilizamos as variáveis demográficas referente ao usuário, que são: sexo e idade, as variáveis sociais do cuidador: estado civil, escolaridade, renda, número de filhos e composição familiar.

O serviço de Pneumologia Pediátrica do SUS funciona todas as quintas-feiras das 13h30min às 15h30min. Para a realização da coleta dos dados, os pesquisadores chegavam mais cedo para identificar os pacientes previamente a consulta médica. A aplicação dos questionários aconteceu na sala de espera que não se demonstrou ser um espaço calmo e tranquilo para o diálogo com os familiares que acompanhavam a criança no momento da consulta.

Os dados coletados pela entrevista foram digitados em uma planilha eletrônica no software Microsoft Excel® e após a apuração dos dados foram elaboradas tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa. Utilizou-se a estatística descritiva para a análise dos dados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Santa Casa e aprovado sob nº 2085/09. Antes de iniciar a coleta de dados, cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma dessas cópias ficou para o participante, enquanto a outra com os pesquisadores. Nessa ocasião, foram esclarecidas as questões referentes ao anonimato, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ao informante do questionário. Todos os aspectos éticos foram seguidos segundo as Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisa Resolução 196/96 envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ocorrência de morbidades hospitalares por problemas respiratórios acontecem por existirem fatores associados, como idade da criança, estação do ano, condições de vida e problemas preexistentes. Estes fatores fazem parte das variáveis representadas na tabela 1.

A tabela 1 apresenta a frequência absoluta e a relativa das variáveis relativas às características sócio-demográficas das crianças acompanhadas pelo serviço.

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas das crianças que fazem acompanhamento no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Porto Alegre, 2009.

Variáveis sócio-demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	35	58,33%
Feminino	25	41,66%
Idade da criança		
0-1 ano	07	11,66%
1-4 anos	14	23,33%
4-9 anos	20	33,33%
9-12 anos	19	31,66%
Procedência		
Capital (Porto Alegre)	26	43,33%
Região Metropolitana	16	26,66%
Interior	18	30,0%

Fonte: Pesquisa direta. Legenda: N = total de crianças por subcategorias; % = prevalência

O sexo masculino foi o mais prevalente com 58,3% da amostra pesquisada. Observa-se que faixa etária que prevaleceu entre os pacientes atendidos pelo serviço neste período se situa entre 4 a 9 anos com 33,3% dos pacientes e 31,6% entre 9 a 12 anos. Assim, identifica-se 64,9% das crianças na faixa etária 4 a 12 anos.

Quanto a procedência, a maioria (43,33%) destes pacientes é da capital Porto Alegre.

A tabela 2 apresenta a distribuição da prevalência em relação a patologia, tempo de diagnóstico, tempo de acompanhamento, periodicidade da consulta e medicamentos em uso.

Tabela 2. Distribuição da prevalência do acompanhamento ambulatorial, segundo variáveis patologias, diagnóstico, acompanhamento, periodicidade e tratamento entre as crianças. Porto Alegre, 2009.

Variáveis	N	%
Doença		
Pneumonia	17	28,33%
Asma	08	13,33%
Tuberculose	04	6,66%
Fibrose Cística	05	8,33%
Hipogamaglobulinemia	03	5,0%
Bronquiectasias	08	13,33%
Outras doenças do Aparelho Respiratório	15	25,0%
Tempo de Diagnóstico		
0-1 mês	04	6,66%
1-6 meses	05	8,33%
6-12 meses	11	18,33%
Mais de 1 ano	40	66,66%
Tempo de Acompanhamento		
0-1 ano	22	36,66%
1-6 anos	20	33,33%
Mais de 6 anos	18	30,0%
Periodicidade da Consulta		
Mensal	14	23,33%
Bimestral	23	38,33%
Trimestral	23	38,33%
Medicamentos em uso		
Broncodilatador	08	13,3%
Antiinflamatório	02	3,3%
Antibiótico	07	11,66%
Associações destes medicamentos	30	50,0%
Nenhum	13	21,66%

Fonte: Pesquisa direta

As principais doenças que acometem as crianças atendidas no serviço pesquisado são:

pneumonia (28,33%), outras doenças do Aparelho Respiratório (25,0%), asma e

bronquiectasias com (13,33%) cada. Identificou-se que 66,6% dos pacientes em estudo apresentam diagnóstico a mais de um ano, mas 36,6% das crianças tem acompanhamento na instituição a menos de um ano. A frequência das consultas é bimestralmente com 38,3% ou trimestralmente com o mesmo percentual.

O tratamento utilizado pela maioria destes pacientes (50,0%) agrega associações de medicamentos, ou seja, broncodilatadores,

antiinflamatórios e/ou antibióticos usados em conjunto.

A tabela 3 apresenta a frequência absoluta e relativa para representar as variáveis relativas à caracterização dos cuidadores dos usuários. A relação destas variáveis corresponde ao cuidador da criança, renda familiar, escolaridade deste cuidador, estado civil, composição familiar e número de filhos. Foram consideradas casadas pessoas que tinham um parceiro estável residindo na mesma moradia.

Tabela 3. Distribuição da caracterização dos cuidadores das crianças, segundo variáveis sociais do cuidador no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Porto Alegre, 2009.

Variáveis	N	%
Cuidador		
Mãe	43	71,66%
Pai	01	1,66%
Ambos	12	20,0%
Outros	04	6,66%
Renda Familiar		
Menos de 1 salário	09	15%
Até 1 salário	11	18,33%
De 1-3 salários	37	61,66%
Acima de 3 salários	03	5%
Escolaridade		
0-4 anos de estudo	11	18,33%
5-8 anos de estudo	30	50%
9-11 anos de estudo	17	28,33%
Mais de 11 anos de estudo	02	3,33%
Estado Civil		
Casado (a)	37	61,66%
Solteiro (a)	17	28,33%
Viúvo (a)	06	10,0%
Composição Familiar		
Até 3 pessoas	12	20,0%
De 4-6 pessoas	38	63,33%
Mais de 6 pessoas	10	16,66%
Número de Filhos		
1 filho (a)	10	16,66%
1-3 filhos	37	61,66%
Mais de 3 filhos	13	21,66%

Fonte: Pesquisa direta

Observa-se que o cuidador principal é a mãe, com 71,66% da amostra pesquisada. A renda familiar da maioria dos cuidadores (61,66%) compreende de 1 a 3 salários mínimos e 50,0% com escolaridade de 5 a 8 anos de estudo. A maior parte destas cuidadoras são casadas (61,66%), com uma composição familiar (63,33%) de 4 a 6 pessoas, e 61,66% possuem de 1 a 3 filhos.

Na tabela 4 está apresentada à relação das perguntas fechadas realizadas aos participantes da pesquisa referente aos

cuidados desenvolvidos a partir da doença da criança. Também foi abordado quanto à dificuldade neste cuidado, no tratamento da doença e nas expectativas quanto às orientações oferecidas pela equipe. Esta tabela contempla as perguntas, juntamente com as respostas adquiridas a partir do questionário. Apresentada assim, por valores numéricos e percentuais representativo.

Tabela 4. Distribuição da prevalência quanto às facilidades e dificuldades encontradas pelo cuidador no tratamento das crianças no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Porto Alegre, 2009.

Perguntas	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Você desenvolve cuidados a partir da doença do seu filho?	53	88,3	03	5	02	3,3	01	1,66	01	1,66	—	
2. Você encontra dificuldades no cuidado da criança?	16	26,6	03	5	03	5	08	13,3	08	13,3	22	36,6
3. As orientações oferecidas pela equipe de saúde atendem as suas expectativas?	28	46,6	27	45	03	5	02	3,3	—		—	
4. Você encontra dificuldade na realização do tratamento do seu filho?	06	10	05	8,3	11	18,3	11	18,3	06	10	21	35

Fonte: Pesquisa direta Legenda: (a) Sempre; (b) Quase Sempre; (c) Com Frequência; (d) Algumas Vezes; (e) Raramente; (f) Nunca; N = total de crianças por subcategorias; (%) = prevalência

O estudo evidenciou que 88,3% dos cuidadores desenvolvem cuidados a partir da doença do filho e 36,6% nunca encontram dificuldade no cuidado destes. Ao somatório das demais respostas temos que mais de 63% apresenta alguma dificuldade em relação ao cuidado do seu filho. As orientações oferecidas pela equipe de saúde, conforme estudo (46,6%) sempre e (45,0%) quase sempre atendem as expectativas dos cuidadores, ou seja, mais de 90% dos entrevistados estão satisfeitos com a equipe de saúde. Quanto há dificuldade ao tratamento da criança, 35,0% nunca encontram dificuldade, enquanto 18,3% têm com frequência e outros 18,3% algumas vezes apresentam algum tipo de dificuldade. Estes resultados sem dúvidas nos surpreendem, pois não condizem com a realidade dos cuidadores e com estudos existentes sobre o assunto. Talvez isto tenha relação com a possibilidade de acesso ao serviço e a oportunidade de atenção, já que à maioria dos pacientes atendidos provêm de fora do território deste serviço.

Na primeira questão aberta realizada que solicita para o cuidador comentar alguma facilidade e dificuldade no cuidado da criança com problemas respiratórios, temos dentre as respostas a facilidades ao acesso, outros ao transporte e ao tratamento disponibilizado gratuitamente pela unidade de saúde da sua cidade.

Entretanto, a maioria refere que não tem ou não sabe de nenhuma facilidade ao cuidado. Quanto à dificuldade, alguns dizem que possuem quanto ao custo do tratamento, alimentação, transporte, distância da sua casa a instituição de acompanhamento, a indisponibilidade de horário para as consultas devido ao trabalho, falta de materiais adequados as crianças no mercado e falta de medicações disponíveis gratuitamente. Além disso, muitas vezes ao serem questionados quanto algum tipo de cuidado aos seus filhos, os cuidadores demonstraram desconhecimento ou dificuldade em responder e/ou compreender.

Na segunda questão foi solicitado que o entrevistado relate qual a melhor maneira de cuidar do seu filho com problemas respiratórios. Evidenciou-se que a maioria não sabia a melhor maneira, outros gostariam de um atendimento frequente na instituição, ter um tratamento adequado ou ter conhecimento da doença do seu filho.

A educação em saúde sem dúvidas seria o melhor caminho para o desenvolvimento de habilidades e conhecimento quanto à doença do filho. Este serviço no qual foi desenvolvida

a pesquisa apresenta carências relacionadas ao acolhimento e a promoção em saúde voltada aos pacientes e familiares, mas existia um projeto de extensão que desenvolvia essas ações. O projeto de extensão intitulado "Atenção Integral no Cuidado a Criança e Família no Ambulatório de Pediátrico do HCSA" tinha o intuito de uma ação conjunta entre equipe médica e demais integrantes da equipe de saúde para habilitar a família e a própria criança para o cuidado domiciliar, evitando com isso complicações e retorno indevidos, além da reinserção social da criança e família no seu cotidiano. Atualmente, o projeto está desativado por falta de recursos e parceria entre as instituições envolvidas.

DISCUSSÃO

O Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 1997-2007 registrou 548.152 internações de crianças de 0-9anos por doenças do Aparelho Respiratório. Sendo que 307.105 das internações são do sexo masculino e 241.036 são do sexo feminino.³

As doenças Respiratórias correspondem aos principais motivos de internação de crianças nesta faixa etária, ou seja, 41,8% das internações gerais. Sendo que as mais atingidas são as crianças menores de 1 ano, estas englobam 47% do total de casos. Entretanto, mesmo com estes dados, observa-se que a morbidade por doenças respiratória diminuiu sua incidência nos últimos 10 anos em aproximadamente 40%.³

A prevalência de morbidade por doenças respiratórias no Rio Grande do Sul está mais presente no sexo masculino (58%) do que no feminino (42%), sendo que as crianças menores de 1 ano são as mais atingidas. Não foi diferente na população pesquisada, pois o sexo masculino prevaleceu com 58,3% para 41,6% do sexo feminino.³

A morbi-mortalidade masculina é demonstrada pela maioria dos indicadores tradicionais de saúde. A existência desse diferencial entre sexo, sendo o sexo masculino em maior prevalência em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens.¹¹ Este fato ocorre devido à exposição externa, pois o menino sai mais para rua para brincar, os hábitos e estilos de vida, herança cultural, processos de socialização são diferentes nos sexos, ou seja, possuem aspectos culturais e comportamentais diferentes.^{7,12}

As crianças menores de 1 ano são as mais atingidas quanto às doenças respiratórias

devido a condições como imaturidade imunológica e calibre reduzido da via aérea, o que favorecem a evolução do quadro de infecções virais para formas graves, com disfunção respiratória significativa. O agente predominante é o vírus respiratório sincicial (VRS) em função de ser o mais frequente dentre as infecções respiratórias agudas de vias aéreas inferiores, tais como bronquiolite e pneumonia.¹³⁻⁴

As crianças menores de 1 ano apresentam facilidade na respiração oral em detrimento da nasal, o que impede que as fossas nasais realizem suas funções de filtração e umidificação do ar inspirado. Além de que a troca de bico entre crianças, principalmente frequentadoras de creche, facilita a contaminação de secreções respiratórias.¹⁵

As doenças respiratórias são uma causa importante de enfermidade infantil, principalmente entre crianças de 0 a 5 anos, pois além de causar um dano direto a saúde da criança, também necessita de esforço adicional por parte da família quanto ao cuidado e a atenção ao enfermo.¹⁶

Já na amostra pesquisada a faixa etária mais atingida ficou com quase 65% dos entrevistados com idade de 4 a 12 anos. Talvez seja pelo fato de que neste local em estudo a maior parte destes pacientes são crônicos, o que cria um vínculo mais duradouro com a instituição.

Conforme o estudo 43,33% dos pacientes é procedente de Porto Alegre, mas as somas dos que moram no interior e região metropolitana equivale a 56,6% mais da metade dos pacientes atendidos na instituição está fora da capital. Sabemos que a população residente do interior e regiões pouco urbanizadas, tende a buscar atendimentos especializados e qualificados em grandes centros, principalmente por não dispor destes recursos na sua cidade de origem.

Os itinerários terapêuticos são os caminhos percorridos na busca de soluções para problemas de saúde, em geral, pouco conhecidos, não sendo um tema prioritário durante a formação profissional em saúde e, também, pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores, gestores ou formuladores de políticas.¹⁷

A pesquisa aponta que a maior prevalência das patologias encontradas nas crianças em acompanhamento na instituição foi devido à pneumonia com 28% do total da amostra. Apesar dos resultados não houve grandes diferenças entre as outras doenças do aparelho respiratório com 25%, esta abrange

os pacientes com doenças crônicas, alterações genéticas e outros.

A patologia do aparelho respiratório de maior ocorrência nas crianças corresponde a pneumonia com mais de 46% do total das internações de crianças de 0-9 anos por doenças do Aparelho Respiratório no Rio Grande do Sul nos anos de 1997 a 2007. Mas pode-se observar conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) que houve uma queda significativa nos últimos anos nos casos de Pneumonia.³

A pneumonia é comum na infância, mas ocorre com frequência entre os lactentes e no início da infância, sendo potencialmente grave. Existem vários fatores de risco que contribuem para o aumento da incidência e da gravidade das pneumonias, sendo a prematuridade, desnutrição, baixo nível socioeconômico, tabagismo passivo e frequência em creches. As internações por pneumonias podem estar apresentando queda devido à melhora na atenção básica à saúde e tratamento ambulatorial.¹⁸⁻⁹

Conforme os dados do Ministério da Saúde, a segunda maior causa de morbidade respiratória é a asma com 23% do total de casos de doenças respiratórias em crianças de 0 a 9 anos.³ A asma é um problema de saúde pública, considerada a segunda causa mundial de morbidade infantil, que afeta uma parcela significativa da população, com elevado custo social e econômico. Verifica-se que os asmáticos faltam mais ao trabalho e a escola e sofrem mais internações hospitalares, fato importante no orçamento dos serviços de saúde.²⁰⁻¹

Observa-se na amostra pesquisada que 66,6% dos pacientes tiveram diagnóstico da doença a mais de um ano, sendo que 36,6% fazem acompanhamento a menos de um ano na instituição. Contudo, se analisarmos e levarmos em conta as outras categorias do tempo de acompanhamento, ou seja, o somatório destas se tem 63,3% do total da amostra com acompanhamento na instituição por mais de um ano e com atendimento bimestral (38,3%) ou trimestral (38,3%). Este fato comprova que a maioria dos pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia do Hospital da Criança Santo Antônio são crianças que apresentam doenças respiratórias crônicas.

As doenças crônicas do aparelho respiratório são definidas como uma condição que afeta as funções do indivíduo em suas atividades diárias por mais de três meses, causa hospitalização durante um mês por ano ou requer o uso de dispositivos especiais de adaptação e sobrevivência.²² As crianças

requerem cuidados especiais por parte dos profissionais e da família, a qual muitas vezes apresenta um sentimento de negação à doença do filho no início, mas evoluem para a forma positiva, com esperança e confiança, obtidas com o apoio e suporte profissional e social.²³

Dos pacientes estudados, 50% fazem uso de associação de medicamentos, utilizam antiinflamatório, broncodilatador e antibióticos simultaneamente. Os fármacos constituem a mais eficaz medida preventiva de crises e a única forma de tratamento de quadros instalados. O tratamento com agonista beta-2 para alívio dos sintomas e ação antiinflamatória são os corticóides inalatórios, ou antileucotrienos por via oral. Os broncodilatadores oferecem alívio dos sintomas e os antibióticos quando necessários devem ser usados.²⁴

Discutindo o cuidado da criança pela família o estudo apresenta a mãe (71,6%) como a principal cuidadora da criança. Sabemos que a mulher desempenha a função materna como ninguém, mas não podemos esquecer que o pai é extremamente importante, pois faz parte da tríade mãe-pai-filho, os quais irão garantir e promover o desenvolvimento psicossocial da criança.

A mulher é a personagem principal para tratar de questões de saúde e doença, sendo ela quem cuida da criança e toma a decisão de procurar o serviço de saúde quando necessário, e, também, quem tem contato mais frequentes com a equipe de saúde.²⁵ Entretanto, tem se observado que a maior parte das cuidadoras leigas abandona o cuidado com sua própria saúde para se dedicar exclusivamente a criança doente. Visto que esta é uma das dificuldades enfrentadas por estas cuidadoras, pois o sistema de saúde não prevê assistência aos acompanhantes que participam do cuidado ao próximo.²⁶

Outra variável analisada foi à renda familiar dos cuidadores que segundo a pesquisa a maior parte, possui uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. A renda familiar constitui um importante critério de reconhecimento da população, pois a associação entre renda e saúde está nitidamente ligada, tanto no nível individual quanto coletivo. A baixa renda leva há uma alta prevalência de algumas doenças, condições ambientais deficientes e menores graus de instruções. A renda é um fator risco para a saúde.²⁷

O grau de instrução também foi analisado no grupo de cuidadores pesquisados, e aponta-se que a maioria possui de 5 a 8 anos de

estudo, o que é relativamente um resultado bom, pois a maioria possui instrução o suficiente para ter um bom entendimento quanto aos cuidados à criança com doença respiratória. Reforça-se que o grau de instrução também está nitidamente relacionado ao nível de saúde das pessoas, pois quanto maior o nível de escolaridade, maior é a expectativa de vida. A maior escolaridade propiciaria um conjunto de ações relacionadas ao cuidado mais adequado da criança e ao conhecimento de medidas preventivas de saúde, as quais reduzem a morbidade por doença respiratória.¹⁵

Sabe-se que o estado civil da população está associado à saúde, mas no Brasil está constatação é de difícil comprovação devido à carência de dados sobre o tema. A variável estado civil na pesquisa está demonstrada com uma maior prevalência de casados (61,6%) ou moram com companheiros por união estável, o que sugere uma melhor perspectiva de vida quando a criança tem um convívio em família. Sabemos que a família ao cuidar de uma criança apresenta maiores despesas e mudanças no ciclo de vida e caso haja problemas de saúde, a necessidade é ainda maior. Então, quando estas dificuldades são compartilhadas entre o casal existe uma melhor disposição de enfrentamento da doença da criança.

A composição familiar é uma variável importante a partir do momento em que a maior parte da população é carente. O número pode interferir na qualidade de vida da família, pois quanto maior a composição familiar (mãe, pai, filhos e agregados) maior é os gastos desta. Na população pesquisada, 63,3% das famílias tem de 4 a 6 pessoas na sua composição e 61,6% de 1 a 3 filhos na família.

Na composição familiar, muitas vezes o pai não está presente, com isso a mãe desempenha o papel de chefe da família. Também se pode observar que além de um contingente de filhos, agora enteados, netos e bisnetos, outros são agregados às essas famílias, vivendo sob responsabilidade da mulher.²⁵

Em relação ao cuidado desenvolvido pelos cuidadores as crianças com doenças respiratórias, observa-se que a maioria desenvolve cuidados a partir da doença do seu filho. A família passa por um período de adaptação e neste processo de adaptação está à busca de conhecimento da doença pela família, a aquisição de habilidades e a busca por recursos físicos, emocionais e financeiros. Ela desenvolve na vida diária, uma dinâmica para atender as necessidades da criança que apresenta problema de saúde, essas vão além

do realizado rotineiramente. Algumas crianças necessitam de cuidados especiais, o que demandam maior esforço e envolvimento dos membros das famílias para atender essas especificidades.^{22,28}

A pesquisa demonstrou que em 36,6% da amostra estudada, os cuidadores não apresentam dificuldade no cuidado a criança, mas os demais entrevistados (26,6%) referem que sempre apresentam alguma dificuldade no cuidado do filho. Este resultado não era esperado, já que só pelo fato de haver doença na família poderia haver uma mudança na rotina diária destas pessoas. Entretanto, pelo que pode-se observar dos cuidadores entrevistados, principalmente por serem as mães ao expor suas dificuldades poderiam estar negando o cuidado ao filho.

Dentre as dificuldades encontradas em outras pesquisas, pode-se ressaltar que a família despende muito tempo, energia física e emocional no cuidado da criança, além dos gastos com a doença, onerando as finanças da família e gerando descontrole da situação.^{22,28}

A equipe de saúde que atende a população estudada, segundo a maioria (46,6%) dos usuários e familiares sempre atende as expectativas nas orientações recebidas. Este resultado favorece consideravelmente um atendimento e acompanhamento satisfatório e confiável para a criança e o cuidador. Isto reforça a importância de um serviço de saúde e equipe organizados a partir de objetivos similares, os quais buscam garantir a atenção qualificada a criança e família.

Os pais e a equipe de saúde devem ter o mesmo objetivo, o restabelecimento da saúde da criança. Com isso, a equipe deve permitir a possibilidade do desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia de ambos na relação.²⁹

Os profissionais devem estar atentos a realidade dos usuários, auxiliar nas dificuldades e capacitar na realização de cuidados necessários para a sua sobrevivência e melhora da qualidade de vida do paciente pediátrico no seu domicílio. Para isso, deve tornar a família capacitada para o cuidado, objetivando a redução do tempo de internação e a necessidade de reinternações frequentes.³⁰

Outra categoria analisada apresenta que a maioria da amostra nunca tem dificuldade no tratamento da doença da criança, o que nos surpreende, pois a maioria da população possui necessidades tanto referentes à doença quanto socioeconômicas. Alguns usuários e familiares relataram ter dificuldades no transporte, pois muitos residem a longas

distâncias do serviço de saúde. Outros relataram a dificuldade de adquirir a medicação gratuita e o custo ser muito alto para aqueles que possuem uma renda relativamente baixa. Poucos relataram quanto à necessidade de terem um atendimento adequado e qualificado nas proximidades do lar.

A busca por cuidados e tratamento, denominado itinerários terapêuticos são percorridos por diversas pessoas que estão à procura da solução dos seus problemas, sendo assim percorrem diferentes lugares e conversam com pessoa que consideram ter maior conhecimento a respeito da doença, que o escute e que possa compartilhar suas dúvidas e ansiedades.³¹ O sistema de referência e contra-referência serve para consolidar o SUS no Brasil, sendo a referência para onde o paciente é encaminhado para atendimentos mais complexos, e a contra-referência para os menos complexos e muitas vezes contra-referenciado ao serviço de saúde mais próximo do seu domicílio para serem acompanhados, monitorados e avaliados conforme a necessidade.³²

O custo do tratamento à doenças do aparelho respiratório são relativamente elevados, devido ao uso contínuo e associado de vários medicamentos. Os medicamentos de controle a longo prazo são os mais eficientes para o tratamento das doenças respiratórias, mas maioria dos medicamentos para controle em longo prazo deve ser usada diariamente, mesmo que paciente não tenha sintomas, o que exige disciplina e custo.³³

A garantia de acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade é essencial para assegurar a atenção às necessidades da população. Para isso, há a necessidade de uma aproximação dos serviços de saúde aos princípios do SUS, com a integração entre os serviços de saúde, instituições formadoras, trabalhadores que atuam no sistema e usuários.⁶

Analisando os dados das questões abertas e fechadas, observamos nos entrevistados que há uma insegurança quanto ao cuidado, tratamento e conhecimento da doença. Mesmo que a maioria referir que não possui dificuldade frente os cuidados ou tratamento, isto não se confirmou quando questionadas pelos pesquisadores sobre a doença e o cuidado do seu filho.

É importante o conhecimento da doença do filho, pois a aceitação da doença facilita o aumento do conhecimento sobre ela e habilita o cuidado para cuidar da criança. A família passa a se sentir segura a partir do momento em que começa a aprender a lidar com a

doença do filho e sente que está realizando um cuidado qualificado, com resultados visíveis, os quais levam a melhora no estado de saúde da criança.^{23,28,34}

Os familiares demonstram inúmeras dificuldades em compreender o processo saúde-adoecimento, tratamento e recuperação para cuidar dos seus filhos no domicílio. Percebe-se que durante a consulta médica algumas pessoas sentem-se confusas, reprimidas ou intimidadas para esclarecer as dúvidas sobre como cuidar dos filhos em casa, a fim de evitar retornos frequentes aos serviços de saúde.^{28,34}

A enfermagem tem o compromisso e instrumentos necessários para contribuir com a construção da cidadania nas práticas educativas desenvolvidas em grupos ou individualmente.³¹ Os pressupostos do cuidado centrado na família devem reconhecer as diversidades entre as estruturas e culturas familiares, suas necessidades de apoio e informação. Para isso, a educação em saúde tem como objetivo capacitar as famílias, revelando suas aptidões e competências.

A educação em saúde deve ser autêntica e libertadora, respeitando os familiares como seres com raízes e espaços temporais e tornando-os capazes de serem sujeitos ativos e reflexivos do cuidado a criança. A caracterização do perfil das crianças e familiares atendidas em um serviço possibilita as esferas administrativas, políticas, sociais e profissionais a repensar sua atuação e problematizar estratégias de educação em saúde significativas que viabilizem o direito de saúde.

CONCLUSÕES

Este estudo traçou o perfil das crianças e familiares atendidos pelo Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio, a partir da descrição das características das crianças e dos cuidadores, além de identificar as facilidades e dificuldades encontradas por estes.

Os resultados do estudo, além de atingir os objetivos propostos pelos pesquisadores servem para repensar questões referentes ao serviço e atenção em saúde disponibilizada à criança e família neste cenário.

Alguns fatos foram constatados com o estudo, o qual só veio a reforçar comprovações já existentes e estabelecer o perfil usuário do serviço. Houve uma maior prevalência de meninos com problemas respiratórios, com idade entre 4 e 9 anos e com diagnóstico da doença a mais de um ano

o que nos remete de que se trata de pacientes que apresentam cronicidade quanto ao seu estado de saúde.

Os cuidadores com maior prevalência foi à mãe, a qual muitas vezes deixa de ser cuidada e abre mão da sua vida para se dedicar a cuidar do filho com problemas respiratórios. Estes cuidadores apresentam dificuldades muitas vezes não identificadas por ele ou pela equipe de saúde. A escolaridade dos cuidadores chama a atenção quando discute-se o entendimento sobre o estado de saúde do filho, pois apesar do nível de instrução dos pais ser favorável, observa-se que eles apresentam dificuldades no cuidado ao filho e na compreensão de todo o contexto da doença respiratória, mesmo com a cronicidade dos filhos.

Muitas vezes por se tratar de pacientes crônicos, a equipe de saúde não valoriza as informações dedicadas à família cuidadora. Isto ocorre devido o envolvimento constante e adaptado da família com processo de saúde-doença do filho, o que não quer dizer que estes estão aptos e capacitados para este cuidado.

Os resultados referentes aos cuidados e tratamento da criança, além das dificuldades e facilidades encontradas pelos cuidadores estão: os cuidadores desenvolvem cuidados diários aos seus filhos, mas a maioria nunca encontra dificuldade para este cuidado e para o tratamento da doença, além de estarem satisfeitos quanto às orientações concedidas pela equipe de saúde.

Verifica-se a necessidade da atuação da equipe de saúde nas estratégias de educação em saúde e no apoio as famílias para minimizar as dificuldades no cuidado domiciliar. A enfermagem desempenha um papel importante na educação em saúde, devendo conhecer a família, a criança e todo o seu contexto social, a fim de proporcionar mudanças de atitude e de comportamento destes.

A educação em saúde deve fornecer aos cuidadores orientações para garantir o entendimento dos cuidados e conhecimento quanto ao processo de saúde-doença para promover a estas famílias uma melhoria da qualidade de vida e emancipação.

Os grupos de educação em saúde envolvendo a família poderiam ser praticas incorporadas neste serviço para subsidiar o cuidado sob uma nova ótica, na qual os cuidadores estariam instrumentalizados as questões que envolvem a saúde da criança com problemas respiratórios.

Concluiu-se com este estudo que os cuidadores desempenham cuidados e apresentam dificuldades muitas vezes desconhecidas pelos mesmos. A enfermagem deve atuar como uma facilitadora a fim de proporcionar à família a satisfação das suas necessidades e compreensão quanto à importância da sua participação no cuidado da criança.

Sugere-se a continuidade de estudo que aprofundem as variáveis estudadas, como por exemplo, estudos qualitativos que discutam o cuidado domiciliar e a atuação do enfermeiro nas questões de educação em saúde no acolhimento da criança e família em sala de espera.

REFERÊNCIAS

1. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF, Peres CA. Fatores Associados à Internação Hospitalar de Crianças Menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2002 Jun;36(3):285-91.
2. World Health Organization. The Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. 2000[acesso em 2008 Out 18]. Disponível em: <http://www.who.int/chd/publications/cdd/pofact77.htm>
3. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, Informações em saúde, Epidemiológicas e Morbidade. Morbidade Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2009[acesso em 2009 Maio 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mRs.def>
4. Caurio DP, Carvalho RMA, Madalosso AM. O que sabem e o que fazem? Como os familiares cuidam das crianças com infecções respiratórias agudas? *Bol Saúde*. 2003 Jul/Dez; 17(2): 133-46.
5. Bettencourt ARC, Oliveira MA, Fernandes ALG, Bogossian M. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. *J Pneumol* 2002. Jul/ Ago; 28(4): 193-200
6. Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Brum LM, Scola ML, Buogo M. Educação em Saúde: Um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. *Rev HCPA*. 2007; 27(2):25-7.
7. Winkelstein M. A criança com disfunção respiratória. In: Hockenberry MJ, Winkelstein W, editores. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
8. Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil de Pacientes com Hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003 Jan/Fev;36(1): 57-64.
9. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
10. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
11. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil Epidemiológico da Morbi-mortalidade Masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 35-46.
12. Paschoalick RC, Lacerda MR, Centa ML. Gênero Masculino e Saúde. *Cogitare Enferm*. 2006 Jan/Abr; 11(1): 80-86.
13. Albernaz EP, Menezes AMB, César JÁ, Victora CG, Barros FC, Halpern R. Fatores de risco Associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):485-93.
14. Macedo SEC, Menezes AMB, Post P, Albernaz E, Knorst M. Infecção pelo vírus respiratório sincicial em crianças menores de um ano de idade internadas por doença respiratória aguda em Pelotas, RS. *J Pneumol*. 2003 Jan/Fev; 29(1).
15. Macedo SEC, Menezes AMB, Post P, Albernaz E, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 351-358.
16. Benguigui Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. *Bol Pneumol Sanit*. 2002 Jan/Jun; 10(1): 13-21.
17. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1501-10.
18. Ibiapina CC, Alvim CG, Rocha FG, Costa GA. Pneumonias Comunitárias na infância: Etiologia, Diagnóstico e Tratamento. *Rev Med Minas Gerais*. 2004; 14(1): 19-25.
19. Toyoshima MTK, Ito GM, Gouveia N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. *Rev Assoc Med Bras*. 2005 Jul/ Ago; 51(4).
20. Ignacio TP. Asma Brônquica. In: Lopes AC. *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo: Roca; 2006.
21. Stein RT. Asma pediátrica: o impacto das internações hospitalares. *J Bras Pneumol*. 2006 Set/Out; 32(5).
22. Damião EBC, Angelo M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da

criança. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(1):66-71.

23. Viana V, Barbosa MC, Guimarães J. Doença Crônica na Criança: Factores familiares e qualidade de vida. Psicol Saúde Doenças. 2007; 8(1):117-27.

24. Amaral R, Fuchs FD. Antiasmáticos. In: Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC, editores. Farmacologia Clínica. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 769-786.

25. Castilho SG, Bercini LO. Acompanhamento de Saúde da Criança: concepções das famílias do Município de Cambirá, Paraná. Ciênc Cuid Saúde. 2005; 4(2): 129-38.

26. Wegner W, Pedro ENR. Concepções de Saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras-leigas, acompanhantes de Crianças Hospitalizadas. Rev Latino-Am Enferm. 2009; 17(1).

27. Pereira MG. Variáveis Relativas às Pessoas. In: Pereira, MG, editor. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.187-218.

28. Althoff CR, Renck LI, Sakae SVSS. Famílias de crianças que necessitam de cuidados especiais: o impacto sobre a vida familiar. Fam Saúde Desenv. 2005; 7(3): 221-29.

29. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Rev Latino-Am Enferm.2004; 12(2): 191-197.

30. Lima EC, Issi HB, Cachafeiro MEH, Hilling MG, Ribeiro NRR. Modelo de Cuidado Diferenciado de Enfermagem à Família. Fam Saúde Desenv. 2006; 8(2):168-77.

31. Silva DMGV, Souza SS, Meireles BS. O Itinerário Terapêutico de pessoas com Problemas Respiratórios Crônicos. Texto & Contexto Enferm. 2004; 13(1):50-56.

32. Frantinio JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e Contra referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. Ciênc cuid saúde. 2008; 7(1): 65-72.

33. Silva LMC, Silva LCC, Jacobi J. Educação do paciente em pneumologia. In: Silva LCC, editor. Condutas em Pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.p. 221-223.

34. Vasconcelos L M, Albuquerque IM N, Lopes RE, Oliveira CV, Viera NFC, Gubert FA. Puericulture: perception of mothers cared in the basic health unit of Sobral, Ceará, Brazil. Rev Enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2010 July/Sept[acesso em 2010 Out 20];4(3):154-59. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1074>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/10/27
Last received: 2011/06/13
Accepted: 2011/06/14
Publishing: 2011/07/01

Address for correspondence

William Wegner
Rua Jacinto Gomes, 635/202 – Santana
CEP: 90040-270 – Porto Alegre (RS), Brasil