

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA DE UM HOSPITAL DE
REFERENCIA EM RECIFE**

Graduando: **Daniel da Silva Dutra Filho**
Orientadora: **Ana Paula Guimarães de Araújo**
Co-orientadora: **Fabiana Cavalcanti Vieira**
Co-orientadora: **Juliane Neves Gonçalves Sardou**
Co-orientadora: **Maria Cecília Cedrim Costa**

Recife, 2013

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA DE UM HOSPITAL DE
REFERENCIA EM RECIFE**

Trabalho a ser submetido à banca de avaliação como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, realizado pelo estudante Daniel da Silva Dutra Filho, sob a orientação da Profa. Ana Paula Guimarães de Araújo e coorientação das fisioterapeutas Fabiana Cavalcanti Vieira, Juliane Neves Gonçalves Sardou e Maria Cecília Cedrim Costa.

Recife, 2013

PERFIL DOS USUÁRIOS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA DE UM HOSPITAL DE REFERENCIA EM RECIFE

PROFILE OF USERS OF RESPIRATORY PHYSIOTHERAPY CLINIC IN A HOSPITAL OF REFERENCE IN RECIFE

Araújo, Ana Paula Guimarães de¹, Vieira, Fabiana Cavalcanti², Sardou, Juliane Neves Gonçalves², Costa, Maria Cecília Cedrim², Filho, Daniel da Silva Dutra³.

¹Orientadora da pesquisa, Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Docente do curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, ²Co-orientadora da pesquisa, Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, ³Graduando do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Correspondência para:

Pesquisadora Responsável:

Ana Paula Guimarães de Araújo

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS , Departamento de Fisioterapia
Avenida Jean Emile Favre, nº 422, Imbiribeira, Recife- PE, CEP: 51.200-060
Contato: (81) 3035-7777 (comercial) / (81) 9904-5739
apgdearaujo@gmail.com

Graduando:

Daniel da Silva Dutra Filho

Contato: (81) 9650-9763
danielsdfilho@outlook.com

PERFIL DOS USUÁRIOS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA DE UM HOSPITAL DE REFERENCIA EM RECIFE

RESUMO

OBJETIVO: verificar o perfil dos pacientes do ambulatório de fisioterapia respiratória pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **MÉTODO:** Estudo descritivo, transversal. Amostra de 112 pacientes, que responderam questionário clínico-sócio-econômico com 34 questões objetivas. **RESULTADOS:** O perfil encontrado no estudo apresentou: maior frequência da faixa etária de 3 e 6 anos (19,6%), do sexo masculino (58,9%) e de cor branca (48,2%). Os diagnósticos mais frequentes foram encefalopatia hipóxica (39,2%) e fibrose cística (18,8%). A interferência na vida escolar foi relatada por 88,6% dos pacientes com encefalopatia hipóxica e 100% com doença neuromuscular. A interferência na realização de atividades de vida diária foi referida por 84,1% dos pacientes com encefalopatia hipóxica-isquêmica e por 83,3% com doença neuromuscular. 37,5% dos pacientes não recebem auxílio financeiro e 45,5% possui renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. **CONCLUSÃO:** Perfil caracterizado por predomínio de encefalopatia hipóxica, da faixa etária de 3 a 6 anos e do sexo masculino. Interferência na vida escolar e nas AVD's, falta de auxílio financeiro e da baixa renda familiar foram aspectos importantes encontrados. O serviço estudado foi destacado com sendo de referência na região.

PALAVRAS CHAVE: Perfil de Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Fisioterapia, Pediatria.

PROFILE OF USERS OF RESPIRATORY PHYSIOTHERAPY CLINIC IN A HOSPITAL OF REFERENCE IN RECIFE

ABSTRACT

OBJECTIVE: Verify the profile of the patients from the pediatric respiratory physiotherapy ambulatory of Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **METHOD:** Transversal descriptive study. 122 patients sample, who responded to a 34 objective question's socioeconomic survey. **RESULTS:** The profile found in the study showed: higher frequency of 3 to 6 age range (19,6%), and of male (58,9%) and white (48,2%) individuals. The most frequent diagnoses were hypoxic encephalopathy (39,2%) and cystic fibrosis (18,8%). Interference with school life was reported by 88,6% of patients with hypoxic encephalopathy and 100% with neuromuscular disease. Interference in performing activities of daily living was reported by 84,1% of patients with hypoxic-ischemic encephalopathy and 83,3% with neuromuscular disease. 37,5% of the patients from other municipalities receive no financial support and 45,5% possess a familiar income from 1 to 2 minimum wage. **CONCLUSION:** Predominance of hypoxic encephalopathy, in the age range from 3 to 6 years and male sex. Interference on scholar life and on AVD's, absence of financial support and a low family income were important aspects detected. The service studied was featured as the reference one in the region.

KEYWORDS: Health Profile, Secondary Care, Physical Therapy Specialty, Pediatric Assistants

INTRODUÇÃO

O cenário brasileiro é caracterizado por uma grande diversidade de contextos regionais, com marcantes diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população entre as regiões. Este cenário é agravado pela elevada oferta do sistema privado de assistência à saúde, seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde, o que gera um desafio para seus usuários: lidar com a complicada inter-relação entre acesso, custo e efetividade. Esses fatores demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema de saúde unificado e integrado no Brasil.¹

A rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizada de forma que permita um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.²

A rede básica consta com uma estrutura permanente e descentralizada, sob responsabilidade do Estado e à disposição da população. O SUS vem sendo reorganizado com a premissa de que a atenção básica possui como objetivo resolver os problemas médico-sanitários mais comuns e prioritários, constituindo-se na porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde, ordenando e criando o acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de maior complexidade.³

O primeiro ambulatório ou policlínica no Brasil foi fundado em 1882, com a criação da policlínica do Rio de Janeiro, que consistia em um núcleo de formação de cursos livres de medicina juntamente com o curso oficial. O ambulatório é a dependência no qual o doente vai buscar tratamento e assistência de forma que não necessite de internação. É um serviço com o qual o hospital conta para o bom desempenho de suas quatro funções principais, que são: atendimento e diagnóstico dos clientes, tratamento de doentes que não necessitam de internação, seguimento do doente após a alta hospitalar, ensino e pesquisa.^{4,5}

No âmbito ambulatorial a Fisioterapia Respiratória pode atuar tanto na prevenção quanto no tratamento das pneumopatias utilizando-se de diversas técnicas e recursos terapêuticos com o objetivo de tratar as disfunções pulmonares e restabelecer um padrão respiratório funcional, capacitando o indivíduo a realizar as mais diferentes atividades de vida diária sem promover grandes transtornos ou repercussões negativas em seu organismo.^{6,7}

O campo de conhecimento gerado pela pesquisa é a condição para qual o campo da saúde se mantêm em constante atualização e conservação ao longo dos tempos. O pesquisador do campo da saúde favorece a equalização e divulgação do conhecimento, ocupando com competência e qualidade seu lugar no sistema de saúde e na sociedade; podendo atender ao seu fim último, a melhor qualidade de vida de sua clientela e conseqüentemente da população.⁸

Os estudos de demanda ambulatorial servem basicamente a quatro objetivos: avaliar a qualidade dos registros clínicos, verificar a adesão ao tratamento, avaliar o próprio serviço e conhecer as particularidades de seus usuários, podendo assim melhorar suas condições e conhecer a real necessidade da população atendida. Neste âmbito, outros aspectos a serem considerados, que atingem diretamente os usuários do sistema público de saúde, são as transformações demográficas, sociais e econômicas pelas quais passa a sociedade brasileira e que impactam diretamente nas condições de vida e saúde da população, gerando ao mesmo tempo, novas demandas para o sistema de saúde do país.⁹

A inserção da Fisioterapia no SUS vem ganhando importância ao longo do tempo, tendo sua origem e evolução marcadas pelo processo de reabilitação e prevenção. Contudo o campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras e atenuadoras veio ganhando mais espaço no meio de um organismo que se encontra em más condições de saúde sendo priorizada nas atenções secundária e terciária da saúde, visto que terapias preventivas custam menos do que terapias curativas ou reparadoras. Mesmo com este crescimento da atuação do Fisioterapeuta, são

pouco conhecidos estudos de Fisioterapia ambulatorial e de perfil clínico dos pacientes que utilizam a Fisioterapia Respiratória em sua rotina.¹⁰

A partir da análise de um perfil epidemiológico dos pacientes é possível verificar a necessidade do público atendido, suas particularidades e expectativas na atenção e no acesso aos serviços de saúde, sendo estas, informações importantes para uma melhor adequação das práticas em saúde no sentido da promoção, prevenção e reabilitação desta nova demanda que se apresenta.¹⁰ Devido o Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP ser um serviço de referência e serem escassos na literatura trabalhos voltados para delineamento do público usuário deste tipo de serviço, justifica-se a realização deste estudo.

O objetivo deste trabalho foi delinear o perfil clínico e sócio-demográfico dos pacientes do Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP.

MÉTODOS

Estudo do tipo descritivo, transversal, realizado no Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, situado na cidade do Recife – PE, no período de Novembro de 2012 à Junho de 2013. A população do estudo foi composta pelos pacientes atendidos no Ambulatório, no período de Janeiro de 2012 à Maio de 2013. A amostra foi obtida por conveniência, composta por todos os pacientes atendidos no referido serviço no período estabelecido. Foram incluídos no estudo todos os pacientes de ambos os sexos, sem restrição de idade, não houve critérios de exclusão. Apesar do serviço ser para pacientes pediátricos, oferece atendimento há um pequeno público de adultos, devido ser de referência na rede e por não existirem outros serviços que realizem este tipo de assistência para esta faixa etária, sendo incluídos no estudo. Os participantes foram selecionados a partir da agenda de marcação de consultas do serviço. Para os pacientes menores de idade e/ou incapazes de responder às perguntas, o questionário foi aplicado ao responsável ou cuidador. Como vários dos pacientes ainda encontravam-se em acompanhamento no serviço, estes eram entrevistados no momento em que compareciam às consultas eletivas. Os pacientes que encontravam-se de alta ou com agendamento de consulta para data posterior ao período da coleta de dados foram contactados através de ligação telefônica e convocados para comparecer ao serviço para realização da entrevista. Os dados foram obtidos através de um questionário clínico-sócio-econômico com 34 questões objetivas, elaborado pelo autor (APÊNDICE 1). Para análise dos dados, foi utilizado o software STATA/SE 12.0 e Excel 2007. Todos os testes foram aplicados com intervalo de confiança de 95%. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Para verificar a existência de associação foi usado o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. O presente estudo atendeu às recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do IMIP e somente teve início após

sua aprovação (Número do CAAE: 14083813.0.0000.5201). Todos os pacientes envolvidos e/ou seus cuidadores foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, e somente foram incluídos quando concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, do qual receberam cópia (APÊNDICE 2). O projeto não envolveu danos físicos e/ou agravos para os pacientes e também não implicou em mudanças significativas em suas atividades rotineiras, uma vez que a consulta no ambulatório já faz parte de suas atividades diárias. Foi assegurado aos pacientes e seus cuidadores e/ou responsáveis o total sigilo sobre as informações fornecidas e os resultados obtidos nos questionários aplicados. Também foi garantido que a desistência ou exclusão em qualquer momento da pesquisa não implicaria em punições ou prejuízos durante todo o seu tratamento no IMIP. O presente estudo foi livre de quaisquer conflito de interesse, uma vez que não foi financiado por nenhuma empresa com interesses econômicos nos resultados que foram obtidos.

RESULTADOS

A partir da agenda de marcação de consultas do serviço foram obtidos 187 pacientes, porém, as perdas totalizaram 75 (7 por óbito, 65 por não obtenção de contato e/ou registro telefônico desatualizado e 3 por recusa na participação da pesquisa), restando um total de 112 pacientes estudados.

A faixa etária predominante foi a de 3 a 6 anos, correspondente a 19,6%, seguida pela de 6 a 9 anos, com 18,8% da população (n= 21). Em relação ao sexo, observou-se uma predominância do sexo masculino com 58,9% em relação ao sexo feminino com 41,1%. A raça branca foi predominante na maioria dos pacientes com 48,2% dos pacientes. As famílias com renda familiar mensal entre 1 a 2 salários mínimos corresponderam a 45,5% da amostra. Os dados descritos acima se encontram na Tabela 01.

Na população estudada, houve uma maior predominância de pacientes com encefalopatia hipóxica (39,2%), seguido de fibrose cística (18,8%). Os dados descritos acima se encontram na Tabela 01.

A interferência na vida escolar foi relatada 74,1% dos pacientes (Tabela 1). Analisando a interferência escolar com o diagnóstico, a mesma foi referida por 88,6% dos pacientes com encefalopatia hipóxica, 61,9% dos pacientes com fibrose cística e por 100,0% dos com doença neuromuscular, porém, o valor de p não foi significativo (Tabela 2).

A interferência na realização de atividades de vida diária foi relatada pelos pacientes. Com diagnóstico de encefalopatia hipóxica, 84,1% referiu que interfere totalmente e de fibrose cística 42,9% dos pacientes referiram sofrer interferência de nível moderado. Dos pacientes com doença neuromuscular, 83,3% relataram uma interferência moderada em atividades usuais do dia-a-dia. (Tabela 03).

A maior parte da população estudada, 45,5%, relatou renda mensal entre 1 a 2 salários mínimos (SM), seguido de famílias com renda familiar mensal de até 1 SM, correspondendo a 41,1%. 52,7% dos pacientes se deslocam para a terapia por meio de algum programa de auxílio ao transporte, cedido pelo município de procedência e apenas 37,5% dos pacientes recebem auxílio financeiro para tratamento fora do domicílio (Tabela 1).

Na Tabela 4 pode-se verificar que 56,5% das famílias com renda mensal de até um salário mínimo não recebem nenhum tipo de auxílio financeiro. Nas famílias com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos este índice sobe para 60,8%.

A Tabela 5 demonstra a relação do acompanhante à terapia e sua atividade ocupacional. Em 83,9% dos casos são as mães que acompanham seus filhos à terapia (n=94), e 86,2% dessas mães não possuem atividade laboral (n=81).

Observando o nível de instrução do cuidador/responsável na tabela 01, percebemos que grande parte dos cuidadores possuem ensino médio completo 35,7% (n= 40) e ensino fundamental incompleto 33,9% (n=38).

Quando questionados sobre o motivo de realizar a Fisioterapia Respiratória no referido serviço, 57,1% (n=64) afirmaram que a escolha deveu-se ao hospital ser um centro de referência. (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes do Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, que se caracterizou por predomínio de pacientes do sexo masculino, com diagnóstico de encefalopatia hipóxica e fibrose cística, bem como ressaltou o impacto e a interferência da doença na vida escolar e na realização das atividades de vida diária.

Dos pacientes analisados a faixa etária mais frequente foi a de 3 a 6 anos (19,6%), com predominância do sexo masculino (58,9%), e da raça branca (48,2%). Os dados mostram predomínio da raça branca na população estudada e o diagnóstico de fibrose cística como segundo diagnóstico mais prevalente (18,7%), havendo consonância com outros estudos, já que a doença é mais prevalente em caucasianos.¹¹ O diagnóstico de encefalopatia hipóxica foi o mais prevalente, totalizando 39,2% dos casos. Não foram encontrados na literatura estudada, trabalhos que abordem o caráter sócio-econômico e a prevalência de idade de pacientes com doenças crônicas.

Segundo Leite & Prado¹², a incidência de paralisia cerebral de características moderadas e severas está entre 1,5 e 2,5 para cada 1000 nascidos vivos nos países desenvolvidos, existindo relatos de incidência geral de 7 para cada 1000 nascidos vivos, incluindo todas as suas formas clínicas. Na Inglaterra admiti-se a existência de 1,5/1000 pacientes, enquanto nos EUA estima-se que há um aumento de 20 mil novos casos a cada ano. No Brasil, não há estudos conclusivos a respeito, e a incidência depende do critério diagnóstico de cada estudo, sendo assim, presume-se uma incidência elevada devido aos poucos cuidados com as gestantes, falta de planejamento familiar ou negligência das mesmas em relação ao acompanhamento pré-natal de seu conceito. A literatura destaca a alta incidência de diagnóstico de encefalopatia de caráter hipóxico-isquêmico no mundo inteiro, o que corrobora com os dados deste estudo, que revelou uma significativa predominância de pacientes com diagnóstico de encefalopatia hipóxica, correspondendo a 39,2% dos casos.

O segundo diagnóstico mais prevalente foi de fibrose cística, com 18,7% da amostra. De acordo com Rosa *et al*¹³, a prevalência da fibrose cística varia de acordo com a etnia, sendo mais comum em indivíduos da raça branca, do continente europeu, EUA e Canadá, com incidência de 1 para cada 2000 nascidos vivos. No Brasil, a prevalência estimada para a região sul, é a mais próxima da população caucasiana centro-européia, decrescendo em direção à região sudeste e norte do país. Porém, não existem estudos epidemiológicos, apoiados em testes de triagem neonatal, abrangentes que permitam estimar a incidência da doença no país. Estima-se que menos de 10% do total anual de casos são diagnosticados, o que ressalta a subnotificação da doença e o diagnóstico tardio desses pacientes.¹³

Um dos pontos abordados neste estudo foi a interferência da doença na vida escolar, sendo este um fator importante a se considerar na rotina de pacientes com doenças crônicas. Dos pacientes analisados, a maioria encontrava-se em idade escolar, sendo faixa etária de 3 a 6 anos a mais frequente, com 19,6% dos casos. Estes dados mostram um predomínio de doenças crônicas em crianças na fase escolar, o que pode supor implicações no desenvolvimento cognitivo, social e emocional desses pacientes. Entre os casos de encefalopatia hipóxica, 88,6% referiram algum tipo de interferência na vida escolar por conta da doença. Segundo Candido¹⁴, a dificuldade cognitiva dos pacientes com encefalopatia crônica não progressiva deve-se ao caráter multifatorial da doença, que pode resultar em disfunções como: distúrbios emocionais e de comportamento, limitações motoras, déficit de atenção, convulsões, deficiência auditiva e visual, distúrbios perceptivos, entre outros. A frequência à escola depende da avaliação individual de cada paciente e, desde que a criança apresente capacidade motora e intelectual suficientes, deve ser colocada em escolas para crianças não doentes. Os mais severamente acometidos devem ser destinados às escolas especiais e centros de atendimento especializado.¹⁴

Ainda com relação à interferência na vida escolar, esta pesquisa demonstrou que 61,9% dos pacientes com diagnóstico de fibrose cística afirmaram ter alguma dificuldade de aprendizado. De

acordo com Gabatz & Ritter¹⁵ numa análise qualitativa, o ambiente escolar para os pacientes com fibrose cística é de grande importância para o seu desenvolvimento intelectual e social, porém muitas vezes é restringido pelo declínio importante de sua função pulmonar que o leva à necessidade de cumprir horário de medicações, repouso, dieta especial, tratamento e cuidados especializados que não estão presente na maioria das escolas. No presente estudo, 100% dos pacientes com doença neuromuscular afirmaram que a doença interferiu/interfere na sua vida escolar, corroborando com o estudo de Fonseca *et al*¹⁶ que demonstra declínio no desempenho escolar em crianças com doenças neuromusculares.

Realizar tarefas básicas do dia a dia se torna, na grande maioria das vezes, uma atividade que exige grande complexidade tanto física quanto motora, se tratando de pacientes com doenças crônicas. Os dados deste estudo, corroborando com o que a literatura cita, demonstraram que 84,1% dos pacientes com encefalopatia hipóxica afirmaram que sua doença interfere totalmente na realização de atividades de vida diária (AVD's). De acordo com Conti¹⁷, a lesão neurológica pode trazer, entre outras sequelas, alterações percepto-cognitivas e essas são primordiais para o bom desempenho na realização de atividades de vida diária. Nos pacientes que possuem algum tipo de lesão neurológica hipóxica/isquêmica de caráter progressivo ou não, são comuns alterações como déficit funcional, déficit motor, alterações ortopédicas, diminuição da acuidade visual dentre outros fatores que corroboram para a diminuição da funcionalidade do mesmo.¹⁷

Neste estudo, dos pacientes com fibrose cística, 42,9% sofrem interferência de nível moderado em suas AVD's, em congruência com o estudo de Pereira *et al*¹⁸, que destaca a tríade clínica da fibrose cística, composta por doença pulmonar obstrutiva crônica e progressiva, insuficiência pancreática com má absorção dos nutrientes e níveis elevados de eletrólitos no suor, justificando a condição física debilitada e conseqüente interferência na realização das AVD's desses pacientes. Ainda com relação à interferência nas AVD's, na população estudada 83,3% dos pacientes com doença neuromuscular relataram interferência de nível moderado em atividades

básicas do dia a dia, concordando com Tarini *et al*¹⁹, que afirmam que indivíduos portadores de doenças neuromusculares possuem um déficit motor que os incapacita de realizar tarefas simples e usuais do seu dia-a-dia e que a perda funcional por sua vez leva a uma atrofia muscular por desuso, agravando o processo evolutivo da doença. Em divergência, Silva²⁰ afirma que apesar da alta prevalência das doenças crônicas da infância, apenas 2% a 4% dessas doenças interferem no dia a dia dos pacientes e sua família, porém, não cita que diagnósticos foram investigados em seu estudo.

O texto constitucional brasileiro propõe acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, inclusive para a reabilitação, com integralidade, universalidade e equidade, sendo esses princípios um desafio para a prática assistencial.²¹ No Sistema Único de Saúde (SUS), quando todos os meios de tratamento ou diagnóstico, na localidade de residência, estiverem esgotados ou forem inexistentes, deve haver garantia de fornecimento de passagens para o atendimento médico especializado, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante quando necessário. Este recurso deve ser prestado a qualquer cidadão usuário do sistema e é denominado Tratamento Fora do Domicílio – TFD.²²

Apenas 37,5% dos pacientes estudados recebem auxílio financeiro para tratamento fora do domicílio, os demais 62,5% precisam financiar os próprios gastos com alimentação e estadia durante o seu dia de consulta. Um dado importante levantado pela pesquisa foi de que 56,5% das famílias com renda mensal de até 1 salário mínimo não recebem nenhum tipo de auxílio financeiro para o tratamento, e nas famílias com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos esse percentual sobe para 60,8%.

Neste estudo, 52,7% dos pacientes utilizam algum programa de auxílio ao transporte para comparecimento ao serviço, cedido pelo município de procedência e 37,5% utilizam transporte público para se deslocar até o local de atendimento o que implica em custos com a tarifa de transporte. Dos pacientes estudados, 47,32% (n=53) não recebem auxílio transporte, e destes 96,2%

(n=51) também não recebem auxílio financeiro para tratamento fora do domicílio, onerando de forma significativa os gastos da família com o tratamento de seu doente, dificultando o acesso ao serviço de saúde. De acordo com Ramos & Lima²³, acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento no serviço de saúde, para que se possa gerar impactos positivos sobre o estado de saúde de seu usuário e conseqüentemente da coletividade.

De acordo com Castaldini & Lima²⁴, as mães são as principais provedoras do cuidado, que é contínuo e ininterrupto, nos pacientes com doenças crônicas. Elas se dedicam exclusivamente à essa função, e devido a isso, perdem seus trabalhos e ficam isoladas da sociedade. O presente estudo corrobora com os achados da literatura, pois 83,9% dos pacientes são acompanhados à terapia por suas mães e dessas, 86,2% não exerce atividade profissional.

De acordo com Resta & Budó²⁵, conhecer a escolaridade dos cuidadores/familiares é muito importante, uma vez que estes recebem orientações por parte do fisioterapeuta e/ou equipe de saúde, sendo responsáveis pela reprodução dos cuidados aos pacientes. Laham²⁶ propõe em seu estudo que a baixa escolaridade dificulta a compreensão das condições de saúde do paciente. Na presente pesquisa, 35,7% dos cuidadores possui ensino médio completo, seguido de ensino fundamental incompleto (33,9%) e cuidadores que não possuem escolaridade correspondem a 4,5% dos casos.

Dos pacientes analisados, 57,1% afirmaram que utilizam o serviço devido o mesmo ser um centro de referência, corroborando com os estudos de Giacomazzi²¹ que demonstra que para que os pacientes se beneficiem dos resultados de programa de reabilitação, eles devem se deslocar até um centro de reabilitação ou serviço de referência.

CONCLUSÃO

O perfil encontrado demonstrou predomínio de pacientes com encefalopatia hipóxica, maior prevalência da faixa etária de 3 a 6 anos e da raça branca. A interferência na vida escolar e nas

AVD's foram fatores estudados de relevância com percentuais importantes de pacientes/responsáveis referindo a doença como impactante sobre esses aspectos, sugerindo a necessidade de acompanhamento psicopedagógico e apoio familiar. A falta de auxílio financeiro para tratamento fora do domicílio e a predominância da baixa renda familiar também foram aspectos relevantes destacados neste perfil de pacientes. O serviço estudado foi destacado com sendo de referência na região pela maior parte dos usuários participantes da pesquisa, desta forma podendo contribuir de forma positiva no processo de reabilitação, na saúde e na qualidade de vida destes usuários.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações deste estudo se deu pelo percentual de perda na capacitação de pacientes, aproximadamente 40%, podendo ter sido o motivo de alguns resultados não significativos nos cálculos estatísticos.

REFERÊNCIAS

- 1- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS-DORAS/SUS. Rio de Janeiro. 2010.
- 2- Chioro dos Reis AA; Scaff AJM. Saúde e Cidadania. Conselho de Saúde. Santos. 1998.
- 3- Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de Saúde de São Paulo. Hucitec, Abrasco. São Paulo. 1994.
- 4- Alves AC. Unidade de Emergência e Ambulatorial. União Social Carmelina. São Paulo. 1980.
- 5- Silva CRL.; Silva RCL. Dicionário de Saúde. Vindis. São Caetano do Sul. São Paulo. 2000.
- 6- Filho FAK. Protocolo Eletrônico de Coleta de Dados Clínicos em Fisioterapia respiratória para Doenças Pulmonares. Curitiba. Universidade Federal do Paraná. 2008.
- 7- Monteiro CG; Gava MV. Fisioterapia Pneumológica. 1º Edição. Barueri, São Paulo. Manole. 2007. p.215-215.
- 8- Stefanelli MC. Tendência da Pesquisa em Enfermagem. Escola de Enfermagem USP. São Paulo. 1992.
- 9- Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos. São Paulo, Brasil. 1998. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2003; 6(1): 49-57.
- 10- Nogueira LAC, Urtado CB, Chaves AM, Carvalho MF, Santos C, Casarin CAS, Leite GS, Thuler LCS. Perfil Epidemiológico do Ambulatório de Fisioterapia de um Hospital Universitário. Rev. Terapia Manual. 2011; 9(41): 45-50.
- 11- Rozov T, Cunha MT, Nascimento, O, Quittner, AL, Jardim, JR. Validação lingüística dos questionários de qualidade de vida em fibrose cística. Jornal de Pediatria. 2006; 82(2):151-6.
- 12- Leite JMRS, Prado GM. Paralisia Cerebral: Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. Revista Neurociências. 2004; v.12, p. 41-45.
- 13- Rosa FR, Dias FG, Nobre LN, Morais HÁ. Fibrose Cística: Uma Abordagem Clínica e Nutricional. Revista de Nutrição. 2008; 21(6): 725-737.
- 14- Candido AMDM. Paralisia Cerebral: Abordagem para o Pediatra Geral e Manejo Multidisciplinar. Brasília. Hospital Regional Asa Sul. 2004.
- 15- Gabatz RIB, Ritter NR. Crianças Hospitalizadas com Fibrose Cística: Percepções Sobre as Múltiplas Hospitalizações. Brasília. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007; 60(1): 37-41.
- 16- Fonseca JG, Machado MJF, Ferraz CLMS. Distrofia Muscular de Duchenne: Complicações Respiratórias e seu Tratamento. Revista de Ciências Médicas. 2007; 16(2):109-120.

- 17-** Conti J. A Interferência dos Aspectos Percepto-Cognitivos nas Atividades de Vida Diária e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, em Clientes com Sequelas por Lesão Neurológica. São Paulo – SP. Divisão de Medicina de Reabilitação. 2006.
- 18-** Pereira FM, Ribeiro MAGO, Ribeiro AF, Toro AADC, Hessel G, Ribeiro JD. Desempenho Funcional de Pacientes com Fibrose Cística e Indivíduos Saudáveis no Teste de Caminhada de Seis Minutos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2011; 37(6): 735-744.
- 19-** Tarini VAF, Vilas L, Cunha MCB, Oliveira ASB. O Exercício em Doenças Neuromusculares. *Revista Neurociências*. 2005; 67-73.
- 20-** Silva MGN. Doenças Crônicas na Infância: Conceito, Prevalência e Repercussões Emocionais. *Revista de Pediatria do Ceará*. 2001; 2(2): 29-32.
- 21-** Giacomazzi CM. O Acesso aos Programas de Reabilitação Pulmonar na Rede Pública de Saúde - Carta ao Editor. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2010; 14(4): 358-359.
- 22-** Governo do Estado de Pernambuco (Brasil), Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio – TFD. 2011. 14 p.
- 23-** Ramos DD, Lima MADS. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34.
- 24-** Castaldini AP, Lima VA. Fibrose Cística e Enfermagem. Batatais – SP. 2006.
- 25-** Resta DG, Budó MLD. A Cultura e as Formas de Cuidar em Família na Visão de Pacientes e Cuidadores Domiciliares. *Health Sciences*. 2004; 26(1): 53-60.
- 26-** Laham CF. Percepção de Perdas e Ganhos Subjetivos entre Cuidadores de Pacientes Atendidos em um Programa de Assistência Domiciliar. São Paulo – SP. 2003.

Ilustrações

Tabela 1. Caracterização da amostra. Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, Recife – PE. Janeiro de 2012 a maio de 2013.

Variáveis	n	%
Idade		
0-3 anos	19	17,0
3-6 anos	22	19,6
6-9 anos	21	18,7
9-12 anos	19	17,0
12-16 anos	19	17,0
> 16 anos	12	10,7
Sexo		
Masculino	66	58,9
Feminino	46	41,1
Como você se considera		
Negro	9	8,0
Branco	54	48,2
Pardo	49	43,8
Meio de transporte		
Público	42	37,5
Particular	11	9,8
Programa de auxílio ao transporte	59	52,7
Atividade econômica da Mãe		
Trabalha	20	17,9
Não trabalha	90	80,3
Não soube informar	2	1,8
Renda mensal da família em SM		
Até 1 SM	46	41,1
1-2 SM	51	45,5
1-2 SM	8	7,1
3-4 SM	1	0,9
4-5 SM	2	1,8
Maior que 5 SM	4	3,6
Diagnóstico		
Encefalopatia Hipóxica	44	39,2
Fibrose Cística	21	18,7
Doença Neuromuscular	6	5,4
Bronquiectasia	4	3,6
Asma	4	3,6
Síndrome Genética	8	7,1
Doença Oncológica	2	1,8
Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca	3	2,7
Displasia Broncopulmonar	1	0,9
Outros	19	17,0
Sua doença interferiu na sua vida escolar		
Sim	83	74,1
Não	29	25,9
Meio de transporte		
Público	42	37,5
Particular	11	9,8
Programa de auxílio ao transporte	59	52,7
Está cadastrado em algum programa que forneça ajuda financeira para tratamento fora do domicílio		
Sim	42	37,5
Não	70	62,5
Nível de instrução do cuidador		
Sem escolaridade	5	4,5
Ensino fundamental incompleto	38	33,9
Ensino fundamental completo	9	8,0
Ensino médio incompleto	13	11,6
Ensino médio completo	40	35,7
Ensino superior incompleto	3	2,7
Ensino superior completo	4	3,6

Tabela 02. Associação entre diagnóstico e interferência escolar dos pacientes. Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, Recife-PE. Janeiro de 2012 a maio de 2013.

Variáveis	Sua doença interferiu na sua vida escolar				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Encefalopatia Hipóxica					
Sim	39	88,6	5	11,4	0,009 *
					(n=44)
Fibrose Cística					
Sim	13	61,9	8	38,1	0,254 *
					(n=21)
Doença Neuromuscular					
Sim	6	100,0	0	0,0	0,336 **
					(n=6)
Síndrome Genética					
Sim	6	75,0	2	25,0	1,000 **
					(n=8)

(*) Teste Qui-Quadrado (**) Teste Exato de Fisher

Tabela 03. Associação entre diagnóstico e interferência na realização de AVD's. Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, Recife-PE. Janeiro de 2012 a maio de 2013.

Variáveis	Sua doença interferiu na realização das suas atividades de vida diária						p-valor
	Não interfere		Interfere moderadamente		Interfere totalmente		
	n	%	n	%	n	%	
Encefalopatia Hipóxica							
Sim	1	2,3	6	13,6	37	84,1	< 0,001 *
							(n=44)
Fibrose Cística							
Sim	12	57,1	9	42,9	0	0,0	< 0,001 *
							(n=21)
Doença Neuromuscular							
Sim	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0,013 **
							(n=6)
Síndrome Genética							
Sim	2	25,0	2	25,0	4	50,0	1,000 **
							(n=8)

(*) Teste Exato de Fisher (**) Teste Qui-Quadrado

Tabela 04. Associação entre renda familiar mensal, auxílio transporte e auxílio financeiro. Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, Recife-PE. Janeiro de 2012 a maio de 2013.

Variáveis	Está cadastrado em algum programa que forneça ajuda financeira para tratamento fora do domicílio				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Renda mensal da família em salários mínimos					
Até 1 SM	20	43,5	26	56,5	0,520 ** (n=112)
1-2 SM	20	39,2	31	60,8	
2-3 SM	1	12,5	7	87,5	
3-4 SM	0	0,0	1	100,0	
4-5 SM	0	0,0	2	100,0	
Maior que 5 SM	1	25,0	3	75,0	
Auxílio Transporte					
Sim	40	67,8	19	32,2	< 0,001 *
Não	2	3,8	51	96,2	

(*) Teste Qui-Quadrado (**)Teste Exato de Fisher

Tabela 05. Associação entre acompanhante e sua atividade ocupacional. Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, Recife-PE. Janeiro de 2012 a maio de 2013.

Variáveis	Seu acompanhante trabalha				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Quem o acompanha à terapia					
Pai	3	50,0	3	50,0	0,154 **
Mãe	13	13,8	81	86,2	
Irmão/Irmã	0	0,0	1	100,0	
Tio/Tia	1	33,3	2	66,7	
Cuidador	0	0,0	2	100,0	
Sozinho/Sozinha	0	0,0	1	100,0	
Outros	1	20,0	4	80,0	

(*) Teste Qui-Quadrado (**)Teste Exato de Fisher

Tabela 06. Realização de acompanhamento em outros serviços e motivo da utilização do ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP. Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica do IMIP, Recife-PE. Janeiro de 2012 a maio de 2013.

Variáveis	n	%
Porque você realiza Fisioterapia Respiratória no IMIP		
Desconheço a existência de outro serviço	11	9,8
Proximidade com o domicílio	7	6,3
Meu município não oferece esse tipo de assistência	21	18,8
Por ser um centro de referencia	64	57,1
Outros	9	8,0

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ___/___/___

Número: _____

Nome: _____

Registro: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

01- Idade: () < 1 ano () 0-3 anos () 3-6 anos () 6-9 anos () 9-12 anos () 12-16 anos () > 16 anos

02- Sexo: () Masculino () Feminino

03- Como você se considera: () Negro () Branco () Pardo

04- Meio de transporte: () Público () Particular () Programa de auxílio ao transporte

05- Em caso de participar de programa de auxílio ao transporte:

() Ambulância () Carro de passeio () Coletivo

06- Está cadastrado em algum programa que forneça ajuda financeira para tratamento fora do domicílio? () Sim () Não

07- Situação do domicílio:

() Próprio () Aluguel quem paga: _____ () Cedido () Irregular/Invadido

08- Quantas pessoas moram em seu domicílio? () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou mais

09- Possui computador em casa?

() Não possui () Possui, sem acesso à internet () Possui, com acesso à internet

10- Quem o acompanha à terapia?

() Pai () Mãe () Irmão/Irmã () Tio/Tia () Cuidador () Outros () Sozinho/Sozinha

11- Seu acompanhante trabalha? () Sim () Não

12- Atividade econômica do Pai: () Trabalha, Profissão: _____ () Não trabalha

() Falecido () Não soube informar

13- Atividade econômica da Mãe: () Trabalha, Profissão: _____ () Não trabalha

() Falecida () Não soube informar

14- Renda mensal da família em salários mínimos (SM):

Até 1 SM 1-2 SM 2-3 SM 3-4 SM 4-5 SM Maior que 5 SM

15- Nível de instrução do cuidador:

Sem escolaridade Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo

16- Nível de instrução do paciente:

Sem escolaridade Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo

17- Sua doença interferiu na sua vida escolar?

Sim, não frequento escola Sim, falta frequentemente devido ao tratamento Sim, falta frequentemente devido às agudizações Sim, falta frequentemente devido a internamentos Não, não interferiu Não está em idade escolar

18- Sua doença interfere na realização de suas atividades de vida diária (brincar, tomar banho, vestir-se)? Não interfere Interfere moderadamente Interfere totalmente

19- Quem o encaminhou à Fisioterapia?

Pediatra Pneumologia Gastroenterologista CADEFI Cardiologista Otorrinolaringologista Outros

20- Qual o motivo do encaminhamento?

Atelectasia Hiperscretividade brônquica Hiperscretividade de VAS Dispneia Infecções de repetição Internamentos Frequentes Outro: _____

21- Tempo de terapia:

< 6 meses 6 meses - 1 ano 1-2 anos 2-3 anos 3-4 anos > 5 anos

22- Frequência da terapia: 1 vez por semana 2 vezes por semana 3 vezes por semana 4 vezes ou mais por semana a cada 15 dias 1 vez ao mês

23- Realiza terapias associadas? Sim Não

24- Se sim, cite qual/quais: Fonoaudióloga(o) Nutricionista Psicólogo(a) Terapia Ocupacional Fisioterapia Motora Outras

25- Diagnóstico: Encefalopatia Hipóxica Fibrose Cística Doença Neuromuscular Bronquiectasia Asma Síndrome Genética Exclusivamente Pneumonia Doença oncológica Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca Displasia Broncopulmonar Outros _____

26- Tem sinais clínicos de broncoaspiração: Sim Não

27- Em caso de ter sinais de broncoaspiração: possui confirmação diagnóstica? Sim Não

28- Doenças associadas/comorbidades? Sim Não

Se sim, cite quais: _____

29- Como você ingere os alimentos (dieta)?

Via oral Sonda nasogástrica Sonda nasoenteral Gastrostomia

30- Possui traqueostomia? Sim Não

31- Antes de iniciar a terapia, qual a frequência de internamentos num período de um ano?

Nenhum 1 1-2 2-3 3-4 4-5 5 ou mais

32- Já realizou Fisioterapia Respiratória em outros centros? Sim Não

33- Se sim, qual o motivo de afastamento? Alta Insatisfação Distância

Incompatibilidade de horários Outros

34- Porque você realiza Fisioterapia Respiratória no IMIP? Desconheço a existência de outro

serviço Proximidade com o domicílio Meu município não oferece esse tipo de assistência

Por ser um centro de referencia Outros: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Ana Paula Guimarães de Araújo

Estudante: Daniel da Silva Dutra Filho

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada "**Perfil dos usuários de Ambulatório de Fisioterapia Respiratória Pediátrica de um hospital de referencia do Recife.**" O estudo está sendo realizado para identificar as principais características dos pacientes atendidos neste setor.

A sua participação será apenas para responder a um questionário. Se você não quiser participar da pesquisa não ocorrerá nenhum prejuízo ao seu atendimento neste hospital. Tenha certeza de que seu nome não será revelado em nenhum momento desta pesquisa.

Sua participação contribuirá para a melhoria do serviço deste setor. Você poderá tirar dúvidas sobre esta pesquisa a qualquer momento;

As respostas obtidas nesta pesquisa poderão ser utilizadas em publicações científicas e de ensino, sem qualquer ônus de direito legais para você.

Em caso de dúvida, poderá contatar a pesquisadora responsável Ana Paula Guimarães de Araújo, no IMIP (Rua dos Coelhos 300, Ilha do Leite, Recife-PE) ou pelo telefone (81) 2122 4100, ramal: 4203 ou se preferir, ligando direto para o Comitê de Ética do IMIP, telefone: 2122-4756.

Eu participante ou responsável legal, _____, concordo com em participar desta pesquisa, autorizo a execução do trabalho acima exposto e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____	_____	_____
Assinatura do Paciente	RG	Data
_____		_____
Assinatura do Pesquisador		Data
_____		_____
Assinatura da 1º testemunha	RG	Data
_____		_____
Assinatura da 2º testemunha	RG	Data