

1 INTRODUÇÃO

A pediatria apresenta como principal interesse a saúde dos recém-nascidos, crianças e adolescentes, seu crescimento e desenvolvimento e oportunidades para alcançar o pleno potencial como adultos. Os pediatras, são os profissionais que assumem a responsabilidade pelo progresso físico, mental e emocional das crianças desde a concepção até a maturidade e os mesmos devem estar atentos às influências sociais e ambientais, que exercem grande impacto sobre a saúde e o bem-estar das crianças e suas famílias, bem como com seus sistemas orgânicos e processos fisiológicos peculiares, Behrman; Kliegman e Jenson (2002). As crianças estão entre os indivíduos mais vulneráveis e desprotegidos da sociedade, e por isso suas necessidades requerem atenção especial.

Ainda segundo Behrman; Kliegman e Jenson,(2002), a pediatria emergiu como especialidade médica há mais de um século, em resposta à uma crescente conscientização de que os problemas de saúde da criança são diferentes das patologias do adulto e de que as respostas da criança às doenças e ao estresse são variáveis de acordo com a idade. A ênfase e os problemas em pediatria continuam a mudar, porém suas observações básicas continuam válidas.

A pediatria é uma área da fisioterapia que vem crescendo muito com os resultados obtidos nos trabalhos da ciência em nível mundial. Esta área apresenta diversas doenças que na maioria das vezes, desencadeiam deficiências cognitivas, motoras e doenças respiratórias (POSTIAUX 2004).

O trabalho do fisioterapeuta em pediatria faz com que o profissional adquira um conhecimento que lhe permita atender a criança em suas necessidades, desde as mais básicas (estimulação global do desenvolvimento da criança), até as mais específicas (por exemplo, reeducação respiratória). Assim encontrando oportunidades de atuar em diversas situações com a utilização de técnicas e tratamentos variados. A gama de atuação do fisioterapeuta irá relacionar-se com o trabalho desenvolvido em clínica (de acordo com a variedade de afecções), mas também será determinado pelas facilidades de trabalho oferecidas e por sua aptidão profissional e ética (TIGUSA 2001).

Para Postiaux (2004) ação do fisioterapeuta em pediatria utiliza uma abordagem com base em técnicas neurológicas e cardiorrespiratórias, buscando integrar os objetivos fisioterápicos

com atividades lúdicas e de igual maneira sociais, levando a criança a uma maior integração com sua família e de igual maneira a sociedade.

As técnicas de fisioterapia cardiorespiratória pediátrica são grande parte as utilizadas em unidades hospitalares, clínicas e também em domicílio como tratamento coadjuvante de doenças pulmonares em adultos. A fisioterapia pediátrica motora também é uma subespecialidade da fisioterapia pediátrica difundida e de igual maneira com resultados comprovados (POSTIAUX, 2004).

Segundo Biazus e Kock (2007), a Clínica Escola de Fisioterapia foi implantada em 2000, com o início das atividades práticas e de estágio nas diversas especialidades: ortopedia, neurologia, cardiologia, pneumologia, amputados, pediatria e o serviço especializado em hidroterapia com o propósito de atender a comunidade interna e externa através das atividades acadêmicas curriculares, pesquisa e extensão, com o objetivo de prestar assistência fisioterapêutica à comunidade de Tubarão e região, além de servir como campo de prática dos acadêmicos do Curso de Fisioterapia da UNISUL. Devido à grande demanda de pacientes pediátricos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia tem-se o seguinte questionamento: **“Qual o perfil dos pacientes pediátricos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) da UNISUL, campus Tubarão – SC, entre os anos de 2004 e 2008a?”**

O Curso de Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, Campus Tubarão – SC, visa complementar a formação acadêmica em aspecto a prática profissional e adequar a prestação à saúde voltada ao atendimento das necessidades da população, por isso possui atendimentos nas diversas áreas da saúde na CEF, dentre eles o de pediatria (atualmente considerado infância) e diante do exposto justifica-se este estudo, onde mostra a necessidade de se conhecer o perfil dos pacientes pediátricos atendidos pelo Estágio Supervisionado em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, para que se conheça, por exemplo quais as diagnósticos clínicos de maior incidência, nível sócioeconômico, faixa etária e traçando assim um perfil destes pacientes.

A condição da doença na infância engloba a presença de fatores biológicos e sociais que proporcionam maior probabilidade à criança de manifestar déficits em seu desenvolvimento, podendo resultar em atraso neuropsicomotor, com alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais. De acordo com Rosa Neto et al (2006), a Organização

Mundial de Saúde – OMS, relata que fatores negativos intervenientes presentes no desenvolvimento infantil engloba menos de 10% das crianças de qualquer país.

Este estudo teve como objetivo verificar o perfil dos paciente pediátricos atendidos durante o Estágio Supervisionado em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia na Clínica Escola de Fisioterapia entre os anos de 2004a e 2008a, onde foram coletados dados como idade, gênero, diagnóstico clínico e nível sócio-econômico, após a realização da coleta os dados foram passados para o programa epi-data e ao final analisados e interpretados.

A pesquisa foi dividida em cinco capítulos, onde o primeiro é a introdução, onde será apresentado uma breve revisão de literatura a respeito do assunto tratado neste estudo e os objetivos a serem alcançados pelo mesmo. O segundo capítulo foi direcionado ao referencial teórico, descrevendo detalhadamente a respeito dos assuntos abordados no estudo. O terceiro capítulo expõe sobre a caracterização da pesquisa, onde apresenta o tipo de pesquisa, a população estudada e os procedimentos e instrumentos para coleta de dados. O quarto capítulo foi designado para a discussão e análise dos dados obtidos. E ao final do estudo o quinto capítulo o qual se refere as considerações finais.

2 PEDIATRIA E SUAS PRINCIPAIS PATOLOGIAS

2.1 PEDIATRIA

Para Henry (1995) a pediatria é uma área médica que tem seu foco voltado para a saúde da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade. A fisioterapia associa-se à pediatria tratando as alterações do crescimento e desenvolvimento e divide o tratamento fisioterapêutico em fases que são:

- Pré-concepcional = Atuação preventiva de distúrbios. Na prática não existe.
- Pré-natal = acompanhamento médico na gestação
- Natal, perinatal = fase em torno do nascimento
- Neonatal = período até o primeiro mês
- INFÂNCIA:
- Lactente = 01 mês até 02 anos
- Pré-escolar = 2 á 7 anos
- Escolar = 7 á 10 anos
- ADOLESCÊNCIA: entrada na puberdade (alterações hormonais responsáveis pelas alterações estruturais e psicológicas até a fase adulta):
- pré-puberal – 10 à 12/14 anos
- puberal: 12/14 à 14/16 anos
- pós-puberal – 14/16 à 18/20 anos.

Segundo Alcantara (1979), pediatria não é uma área de atividade dentro da Medicina: ela é toda a Medicina. Tem como atividade a assistência ao ser humano até a adolescência, prazo suficientemente longo para a ação dos mais variados agentes morbígenos. Não há, praticamente, agente morbígeno que não aja nesse período de vida, inclusive os degenerativos, que costumam agir nas idades mais avançadas. A própria velhice pode afetá-la, não no sentido cronológico mas no sentido biológico, criando-se um quadro clínico semelhante à velhice, chamado Progéria.

2.2 PRINCIPAIS AFECÇÕES EM PEDIATRIA

2.2.1 Pneumonia

De acordo com Tarantino (2002) a pneumonia se caracteriza por um processo inflamatório dos pulmões e pode ser generalizada ou focal. É causada por microorganismos, existem também várias outras causas não infecciosas que incluem, não estão limitadas a aspiração de alimentos, ácido gástrico, corpos estranhos, hidrocarbonetos e substâncias lipóides, reações de hipersensibilidade e pneumonites induzidas por drogas ou pela radiação. Podendo ser uma patologia adquirida antes do nascimento, durante o nascimento e após o nascimento, e uma causa significativa de mortalidade na infância em todo o mundo, apresentando maior evidência nos países em desenvolvimento.

Dentre a grande variedade de doenças que comprometem o sistema respiratório das crianças destacam-se as pneumonias agudas, que conforme Tarantino (2002), são freqüentes e muitas vezes graves, podendo ser de diversas etiologias. Podem ocorrer em todas as idades, porém a prevalência é acentuada nos primeiros anos de vida, quando diagnosticada precocemente, em geral, representam boa resposta ao tratamento.

Dados obtidos no DATA SUS (2002), mostram que a pneumonia é a patologia responsável por 14,2% dos óbitos e por 36,3% dos pacientes internados por causas respiratórias. Tais valores correspondem a 1,6% de todas as causas de morte e a 2,5% de todas as causas de internação para o mesmo período.

A pneumonia se apresenta como um quadro de síndrome como resultado da inflamação do tecido pulmonar desta forma, as manifestações clínicas decorrentes desta inflamação são comuns às diversas etiologias, embora algumas manifestações guardem relação estreita com determinado agente etiológico (CARVALHO et al.2006).

Dentre os fatores predisponentes alguns tem sido apontados com maior evidência, tais como, a desnutrição, o desmame precoce e um conjunto agrupado genericamente sob a denominação de "condições de vida", que envolvem desde o nível socioeconômico da família, a idade e a instrução da mãe, até a densidade de moradores por domicílio, entre outros. Dentre os "critérios prognósticos de gravidade", o manual do Ministério da Saúde (1984) ressalta a idade (recém-natos ou lactentes), o baixo peso ao nascer, a desnutrição, em especial a de grau III, a

duração da doença e a presença de patologias associadas, tais como a diarreia, o sarampo ou outras.

Paiva et. al (1998) afirma que o diagnóstico etiológico das pneumonias é difícil, o que justifica o tratamento geralmente empírico da patologia. Por isso é importante que noções consolidadas através de estudos clínicos e bacteriológicos a respeito de seus agentes etiológicos sejam de conhecimento dos pediatras. Dentre os fatores mais importantes os quais devem ser levados em consideração são: a idade do paciente, seu estado imunológico e se adquiriu a infecção na comunidade ou em ambiente hospitalar.

A definição do fator desencadeante da pneumonia é de grande importância para que se possa realizar uma conduta terapêutica, onde a identificação do agente é possível em 25% dos casos das crianças internadas. Assim sendo, a definição do agente é descoberta de acordo com a faixa etária, o estado imunológico, a sazonalidade e a origem do paciente domiciliar ou hospitalar (SILVA, 2001).

As infecções respiratórias iniciais, geralmente são de origem viral, mantendo condições favoráveis para invasão bacteriana, pelo comprometimento dos mecanismos de defesa das vias respiratórias e da criança. Em países desenvolvidos, a etiologia viral das pneumonias parece ser mais frequente (60 a 90% das determinações etiológicas), com menor proporção de isolamentos bacterianos (10 a 15%). Os vírus responsáveis pelas pneumonias comunitárias são o vírus sincicial respiratório (VSR), parainfluenza, influenza, adenovírus e vírus do sarampo. Nas primeiras semanas de vida, a pneumonia viral faz parte geralmente de um quadro de infecção generalizada de aquisição intra-uterina, pelo vírus coxsackie, herpes, vírus da varicela e da rubéola (PAIVA et. al 1998).

Ainda segundo Paiva et. al (1998) afirma que em função da importância das infecções respiratórias agudas, com mais atenção as pneumonias, como causa de morte nos até os cinco anos de vida, foi instituído no Brasil o Programa IRA, no início da década de 80, sendo elaborado um Manual de Normas para Assistência e Controle das IRA por um grupo técnico das Sociedades de Pneumologia, Pediatria e Enfermagem, publicado pelo Ministério da Saúde.

Para Thompson (1989) o tratamento das pneumonias requer o uso de antibióticos em caso de origem bacteriana ou fúngica e a melhora costuma ocorrer em três ou quatro dias. A internação hospitalar pode fazer-se necessária quando o paciente é idoso, tem febre alta ou apresenta alterações clínicas decorrentes da própria pneumonia, tais como: comprometimento da

função dos rins e da pressão arterial, dificuldade respiratória caracterizada pela baixa oxigenação do sangue porque o alvéolo está cheio de secreção e não funciona para a troca de gases. Os principais antibióticos usados são as chamadas Quinolonas Respiratórias, dentre as quais podemos citar como exemplo a moxifloxacina, a gatifloxacina e a levofloxacina.

2.2.2 Asma

De acordo com Oliveira e Freitas (2004), a asma brônquica é uma patologia inflamatória crônica das vias aéreas, tratável e de alta prevalência, determinada pela interação de fatores genéricos e ambientais, em que os brônquios reagem exageradamente a variados estímulos, resultando no seu estreitamento (o que leva a dispnéia) ou em irritabilidade excessiva (o que pode manifestar-se por tosse intensa). Assim sendo podemos dizer que o principal problema da asma é a dificuldade de manutenção do fluxo de ar pelos brônquios, o que pode levar a um insuficiente desempenho da função pulmonar e conseqüentemente a uma redução do aporte de oxigênio ao organismo.

As patologias do trato respiratório, de acordo com Rio, Gallo e Siqueira (2002), estão entre as causas mais freqüentes de enfermidades em pacientes pediátricos, podendo essas estarem relacionadas a condições genéticas, ambientais e/ou anátomo-fisiológicas. São esses altos índices que preocupam, principalmente se considerarmos que essas doenças além de apresentarem seus próprios riscos, predis põem as crianças a outras infecções e complicações, o que pode prejudicar o crescimento e o desenvolvimento infantil, já que as crianças ainda possuem o sistema respiratório em desenvolvimento. Nos últimos anos, dentre as doenças respiratórias infantis, a asma é uma das enfermidades de maior incidência. É a doença inflamatória crônica mais comum em crianças, sendo caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e obstrução variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento farmacológico.

De acordo com Lemle et al. (2000), a asma brônquica é provavelmente, uma das condições mais prevalentes do gênero humano, onde sua prevalência no mundo oscila entre 5% e 10%, na população geral e é mais freqüente na infância. Sendo assim, o tratamento adequado para a asma, provavelmente aumenta significativamente o número de crianças asmáticas com uma vida sem restrições, e a fisioterapia implica numa melhor qualidade de vida para elas e suas famílias.

Segundo Silva (2002), a asma é definida como uma doença inflamatória crônica que se caracteriza por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível de forma espontaneamente ou através de tratamento e se manifesta clinicamente com episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. São resultado de uma interação entre genética, exposição ambiental e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas.

Serpa (1997) em estudo afirma que o sintoma principal de qualquer tipo de asma, é a dificuldade respiratória – dispnéia, a respiração torna-se mais difícil fazendo com que aumente a frequência respiratória – taquipnéia. À medida que a crise vai evoluindo o paciente torna-se ansioso e inquieto, podendo ser observado tiragens intercostais e supra – esternais, sudorese, cianose da face e extremidades, dor epigástrica e vômitos.

Ainda segundo Serpa (1997), além desses sintomas podem haver outros sintomas associados, como distúrbios gastrointestinais, febre, prurido e perda de peso (em crises mais prolongadas). Essas febres podem ocorrer antes ou acompanhada da crise, e quase sempre indicará uma infecção, já que não faz parte do processo alérgico.

De acordo com Tecklin (2002), ainda que não existe uma concordância a nível mundial com relação ao conceito de asma, uma junta médica do National Heart Lung and Blood Institute propôs a seguinte definição: Asma é uma doença pulmonar com as seguintes características: (1) obstrução nas vias aéreas reversíveis, mas não completamente em alguns pacientes (2); inflamação das vias aéreas e (3) aumento da sensibilidade das vias respiratórias a uma variedade de estímulos.

2.2.3 Fibrose cística

Segundo afirmação de Kock e Hoiby (1993), fibrose cística é uma patologia hereditária grave porém comum, que afeta uma em cada 4500 crianças de origem de caucasiana. As características apresentadas pelos pacientes com FC são, mau absorção de nutrientes devido à insuficiência de pâncreas exócrino, infecções bacterianas periódicas nas áreas mais baixas do trato respiratório, perda aumentada de eletrólitos no suor, e infertilidade masculina devido à ausência ou estenose dos vasos deferentes. Embora a qualidade e a expectativa de vida para

pacientes com FC tenha aumentado continuamente durante a última década, a sobrevida com FC ainda é sombreada pelo prospecto de morte prematura devido falência respiratória. Este resultado de falência segue-se de infecções bacterianas periódicas que começam no período de desenvolvimento do trato respiratório, especialmente depois da colonização de *Pseudomonas aeruginosa* na árvore endobrônquica; infecção crônica que é adquirido em mais que 90% de pacientes.

De acordo com Rego et al. (2001) a fibrose cística é uma patologia de origem genética a qual promove alteração de glândulas exócrinas do organismo. É caracterizada como doença pulmonar primária progressiva, insuficiência pancreática e excesso de sódio e cloro no suor. Manifesta-se de forma extremamente variada – desde quadros leves e oligossintomáticos, visto p. ex: em adultos com azoospermia sem outras manifestações, até bronquites e pneumonias que provocam óbito no primeiro ano de vida. O médico que atua em cuidados primários com crianças deve estar atento para estes sintomas, pois se suspeita e faz o encaminhamento precoce a um centro especializado, pode melhorar de forma importante a sobrevida destes indivíduos a qual em países desenvolvidos chega a 30-40 anos em média.

Segundo Helms (1998) a Fibrose Cística se apresenta ao nascimento, mas o diagnóstico é frequentemente atrasado por meses ou até mesmo anos. Hoje em dia, 70% de todos os casos nos Estados Unidos são diagnosticados no primeiro ano de vida, porém alguns pacientes com função pancreática preservada possam ser diagnosticados tardiamente. Assim sendo, 10% dos casos são diagnosticados na adolescência ou na idade adulta. No Brasil, a média de idade para se chegar ao diagnóstico varia entre 1,623 a 9,624 anos.

Segundo Oliveira (2004), trata-se de uma patologia sistêmica, hereditária, de evolução crônica e progressiva, que se caracteriza por uma disfunção generalizada de glândulas exócrinas; que se traduz pela tríade: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Quadro de má Absorção de Nutrientes (desnutrição, distensão abdominal, fezes anormais); Alterações dos eletrólitos no Suor. Caracteriza-se por defeito no transporte de eletrólitos através de membranas celulares epiteliais do organismo, resultando em secreções espessas e viscosas, causando uma obstrução no nível de ductos e canálculos glandularesvai ser muito prejudicial, podendo levar mesmo a uma infecção crônica nos pulmões. É uma situação grave que pode também afectar o aparelho digestivo e outras glândulas secretoras, causando danos a outros órgãos como o pâncreas, o fígado e o sistema reprodutor. Nos pulmões, as secreções acabam por

obstruir a passagem de ar, retendo bactérias, o que pode conduzir ao aparecimento de infecções respiratórias.

2.2.4 Paralisia cerebral

De acordo com Leite et al (2002) a paralisia cerebral é uma encefalopatia de caráter essencialmente motor, que pode encontrar-se associada a perturbações sensoriais e mentais, trazendo sérias repercussões sobre a qualidade de vida dos pacientes e preocupação para médicos e familiares. A etiologia dessa doença ainda é motivo de investigação entre varios pesquisadores de vários países, que tentam encontrar um fator etiológico determinante para a PC.

Segundo Levy e Oliveira (2004), a Paralisia Cerebral é a causa mais comum de disfagia neurogênica congênita. Refere-se aos quadros em que os danos neurológicos instalaram-se durante o período pré-natal, perinatal ou pós natal, resultando em distúrbios do movimento e/ou postura, que, por sua vez, podem afetar a fala, a deglutição e a respiração.

As lesões hipóxico-isquêmicas apresentam um local principal de lesão, com imagens seqüelares, geralmente hipodensas. As áreas cerebrais adjacentes podem sofrer lesão metabólica acarretando disfunção, sem haver necessariamente perda tecidual. (ANDRADE, 1999). Atualmente, o termo paralisia cerebral vem sendo usado como o significado do resultado de um dano cerebral, que leva a inabilidade, dificuldade ou o descontrole de músculos e de certos movimentos do corpo.

O termo cerebral quer dizer que a área atingida é o cérebro (sistema nervoso central-SNC) e a palavra paralisia refere-se ao resultado do dano ao S.N.C., afetando os músculos e sua coordenação motora. Paralisia cerebral não é doença, mas uma condição médica especial, que frequentemente ocorre em crianças, antes, durante ou logo após o parto e quase sempre é resultado da falta de oxigenação ao cérebro.

As crianças afetadas por paralisia cerebral têm uma perturbação do controle de suas posturas e dos movimentos do corpo, como consequência de uma lesão cerebral (ANDRADE, 1999). As causas de Paralisias Cerebrais segundo Andrade (1999) são várias, mais freqüentemente encontramos:

A) Problemas durante a gravidez: 60% dos casos

- Toxemia gravídica
- Anemia Grave (ocorre quando a alimentação materna é muito pobre)
- Infecções renais e urinárias graves com repercussões para a saúde fetal.
- Hemorragias
- Distúrbios metabólicos graves (ex.Diabetes)

B) Problemas durante e logo após o Parto: 30% dos casos

- Obstruções pélvicas com sofrimento fetal
- Anóxia (falta) ou Hipóxia Neonatal (dano por não oxigenação cerebral)
- Distúrbios circulatórios cerebrais graves ou moderados
- Traumatismos no Parto
- Infecções pré-natais ou peri-natais que atinjam às mães (ex. Rubéola)
- Nascimento Prematuro
- Icterícia Neonatal Grave (ex. Fator Rh - incompatibilidade sangüínea)
- Acidente ou Erro Médico (ex. uso indevido de ocitócicos em gestantes de alto risco)

C) Problemas do Nascimento até os 9 anos: 10% dos casos

- Asfixia
- Fraturas ou feridas penetrantes na cabeça, atingindo o cérebro.
- Acidentes automobilísticos
- Infecções do Sistema Nervoso Central (SNC) a exemplo de Meningites

Fatores que aumentam o risco do surgimento de P.C. :

- Convulsões e Apgar muito baixo (vide links para Epilepsias e Neonatologia)
- Baixo peso fetal (Importância do acompanhamento Pré-Natal)
- Gestantes de Alto risco (com Hipertensão ou Diabetes por exemplo)
- Idade Materna (acima dos 40 e abaixo dos 16 anos)

2.2.5 Mielomeningocele/espinha bífida

Delisa (1992) acredita que muitos fatores podem causar a espinha bífida, entre eles estão às causas genéticas, cromossômicas e ambientais. Os principais fatores de risco são o aparecimento de outros casos dessa deficiência na família e a idade avançada da mãe ou do pai.

A falta de proteção da medula espinhal causada pela espinha bífida resulta em deficiências neurológicas, com distúrbios sensitivos (falta de sensibilidade e de movimentos) e ortopédicos (malformações ósseas), geralmente nos membros inferiores. A falta de controle das funções intestinal e urinária e a hidrocefalia estão presentes em 80 por cento dos casos de mielomeningocele (LEHMAN,1994).

Conforme Tecklin (2002), as má formações que vão originar a mielomeningocele ocorrem no início do desenvolvimento embriológico do Sistema Nervoso Central. O tubo neural, que se transforma no SNC, no encéfalo e na medula espinhal, é aberto nas terminações cranianas e caudais. E as terminações cranianas fecham-se aproximadamente no 24º dia de gestação. A terminação caudal do tubo neural fecha-se no 26º dia de gestação.

Para Tecklin (2002), todas as mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento motor das crianças com mielomeningocele são geralmente perceptíveis, pois logo ao nascer o bebê é completamente dependente, mas nos primeiros anos de vida a criança adquire um impressionante grau de independência física. Ela muda de impotência para competência e as deficiências físicas se tornam aparentes quando existentes, podendo afetar a independência funcional em qualquer idade.

Swinyard (1978), em publicação destinada para familiares de crianças com espinha bífida, descreveu, de modo simplificado, a definição e tratamento da hidrocefalia. Segundo o autor, o líquido cefalorraquidiano (LCR) origina-se no cérebro, circula através das cavidades cerebrais e por vias circulatórias deixa o cérebro e a medula espinhal, sendo absorvido pela circulação sanguínea. Quando a espinha bífida causa um bloqueio parcial ou total do fluxo líquido, se houver aumento de produção, pode haver acréscimo de volume do LCR ou dificuldade na sua reabsorção. Nestes casos há elevação da pressão do líquido no cérebro, com aumento do perímetro cefálico (cabeça), denominado de Hidrocefalia. O tratamento da

hidrocefalia é uma emergência neurocirúrgica e inclui a monitorização das cavidades cerebrais (ventrículos) através de ultra-som, tomografia ou ressonância-magnética e a derivação ventricular. Esta consiste na instalação de um tubo fino na cavidade cerebral que redireciona o líquido ao coração ou à cavidade abdominal. Após a introdução desta derivação, torna-se necessária a monitorização temporária das estruturas.

A maior parte das crianças com mielomeningocele não possui controle esfinteriano (controle urinário e intestinal). Estas, com orientação adequada, podem beneficiar-se de um programa de cateterização (introdução de um cateter para esvaziamento da bexiga) não contínua, sob supervisão médica para prevenir complicações urológicas. As crianças com cerca de 5 anos podem ser ensinadas sobre a autocateterização caso a percepção motora esteja razoavelmente preservada (DELISA, 1992).

A ausência de sensibilidade pode ocasionar lesões na pele, denominadas úlceras de pressão (escaras) que podem ser prevenidas com constantes mudanças de posição corporal e manutenção da higiene da pele. Considerando que pode haver diferentes graus de comprometimento do sistema motor, sensitivo, renal e da hidrocefalia, o prognóstico de reabilitação é particular para cada criança. A atenção precoce (tratamentos clínicos e de reabilitação, atenção aos familiares) determina um maior grau de autonomia e independência da criança e sua inclusão social, (SWINYARD, 1978).

Segundo Swinyard (1978), as crianças com mielomeningocele podem apresentar deficiências crônicas graves tais como paralisia de membros, hidrocefalia, deformações de membros e da coluna vertebral, disfunção vesical, intestinal, sexual e dificuldade de aprendizagem, com risco de desajuste psicossocial. Cada uma dessas alterações vão comprometer seu desenvolvimento neuropsicomotor normal.

Conforme Moore e Persaud (2000), a mielomeningocele acontece em aproximadamente um em cada 1000 nascimentos. A espinha bífida apresenta graus variáveis de acometimento neurológicos, podendo depender da porção e extensão da lesão. Usualmente, ocorre perda de sensibilidade do dermatomo correspondente, juntamente com paralisia, completa ou parcial, do músculo esquelético. O nível da lesão determina a área de anestesia e os músculos afetados.

2.2.6 Nível sócio-econômico

As Universidades ainda funcionam como prestadoras de serviços à comunidade, apesar do forte compromisso com a formação profissional qualificada e preparada para atuar na sociedade na qual está inserida. As Instituições de Ensino Superior (IES), no âmbito da saúde, devem atuar consoante aos pressupostos do sistema de saúde vigente no país, já que se apresentam como possibilidade de atendimento para milhares de usuários dos serviços de saúde (Brandini et al, 2008).

Dentro desse contexto, as Clínicas Escolas de Fisioterapia pertencentes as IES devem atender as demandas acadêmicas e dos usuários que as procuram, devendo estar preparadas para resolução dos problemas de usuários que apresentam condições socioeconômicas variadas.

Segundo Brandini et al (2008) o termo Classe Social é utilizado para designar a condição socioeconômica a qual os indivíduos estão inseridos. Assim, Pereira (*apud* Brandini et al, 2008) o define como uma variável que abrange as relações econômicas, bem como as sociais, políticas e ideológicas. Ela deve ser compreendida como um conjunto de fatores que influencia o padrão de vida das pessoas, sendo determinante no poder de consumo de bens materiais, bem como na aquisição e utilização dos serviços de saúde.

Para determinar o nível sócio-econômico foi utilizado o grau de carência descrito pela Assistente Social da CEF da UNISUL - Campus Tubarão, Aurane Serafin Godinho. Abaixo segue a quantificação do grau de carência:

O grau de carência varia de **0** (zero) a **5** (cinco), em ordem decrescente, ou seja, quanto maior o índice, menos carência possui o destinatário. Assim sendo:

- 0** - Muito carente - **Sem acesso** aos meios que suprem **todas** as necessidades básicas (alimentação, saúde, trabalho, habitação, meios de transporte, entre outros.).
- 1** - É carente - **Tem acesso a alguns meios** que suprem as necessidades básicas;
- 2** - É carente - **Tem acesso** aos meios que suprem todas as necessidades básicas;
- 3** - Classe média - Pessoas que possuem o **básico** para viver decentemente;
- 4** - Classe média quase alta - Boa qualidade de vida, conseguida com muito trabalho;
- 5** - Classe média alta - Alto índice socioeconômico.

Importante:

Obs: - à partir do grau de carência 3 a pessoa pode ter convênio*, ou seja, quem tem

convênio, nunca terá o grau de carência menor que 3.

(*) - por convênio aqui, entende-se àquele que cobre sessões de fisioterapia.

Os critérios adotados para atribuir grau de carência não tem rigor absoluto, ou seja, não aferíveis por parâmetros exatos.

3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O capítulo a seguir apresenta a organização e planejamento da pesquisa, onde estão relacionados os procedimentos que fundamentam sua análise e interpretação, concebidos de forma a obtermos respostas para a pergunta da pesquisa.

O delineamento da pesquisa, segundo Gil (2002, p. 70), “[...] refere-se ao planejamento da mesma em sua dimensão mais ampla [...]”, ou seja, neste momento o investigador estabeleceu os meios técnicos da investigação, prevendo-se os instrumentos e os procedimentos necessários utilizados para a coleta de dados.

3.1 TIPO DA PESQUISA

3.1.1 Tipo de pesquisa quanto ao nível

Levando em consideração os objetivos do estudo em evidencia e a forma como foi aplicado, o mesmo é considerado documental, ou seja, vale-se de material que não recebeu tratamento analítico, ou que ainda podem ser refeitos de acordo com os objetivos do mesmo (GIL, 2002).

Segundo Lakatos e Marconi (2005), a pesquisa documental implica o levantamento de dados de variadas fontes, quaisquer que sejam os métodos ou técnicas empregadas. A pesquisa documental compreende o levantamento de documentos que ainda não foram utilizados como base de uma pesquisa. Os documentos podem ser encontrados em arquivos públicos, ou de empresas particulares, em arquivos de entidades educacionais e/ou científicas, em arquivos de instituições religiosas, ou mesmo particulares, etc. (MEDEIROS, 2000).

3.1.2 Tipo de pesquisa quanto à abordagem

Esta pesquisa quanto à abordagem foi caracterizada como uma pesquisa quantitativa, porque esta pesquisa foi analisada e interpretada e explicada através de gráficos e tabelas.

Medeiros (2000), caracteriza uma pesquisa quantitativa quando se analisa a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas, sendo que o pesquisador descreve, explica e prediz.

3.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA

O termo população/amostra, de acordo com Rudio (2004), designa a totalidade de indivíduos com as mesmas características, definidas para um determinado estudo.

População é o conjunto de elementos que têm em comum, determinada característica. Definida a população, é preciso estabelecer a técnica de amostragem, isto é, o procedimento que será adotado para escolhermos os elementos que irão compor a amostra, pois conforme a técnica utilizada tem-se um tipo de amostra (LAKATOS; MARCONI, 1999).

A população estudada foi constituída por 136 pacientes pediátricos, de 0 a 11 anos, atendidos no Estágio Supervisionado de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, na Clínica Escola de Fisioterapia da UNISUL, no Campus do município de Tubarão/SC, no período entre 2004 a e 2008 a, desses 136 pacientes 30 foram excluídos por não apresentar dados necessários para a realização do estudo, restando assim 106 prontuários válidos.

Dentre os critérios de inclusão constam, terem sido atendidos durante o Estágio Supervisionado de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, apresentar idades entre 0 à 11 anos e terem recebido atendimento entre os anos de 2004a e 2008a.

Os critérios de exclusão da pesquisa referem-se aos indivíduos com idades superiores a 11 anos; pacientes não atendidos no Estágio Supervisionado de Pediatria Ginecologia e Obstetrícia da Clínica Escola de Fisioterapia ou terem recebido atendimento fisioterapêutico antes do ano de 2004a.

3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

O formulário (Apêndice A) foi utilizado como instrumento para coleta de dados dos prontuários como identificação, diagnóstico clínico, idade, sexo e nível sócio econômico dos pacientes pediátricos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia afim de fornecer subsídios necessários para realizar a discussão dos dados e resultados.

3.4 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS.

Mediante a solicitação (Apêndice B) para realizar o estudo e posteriormente autorização da Clínica Escola de Fisioterapia da UNISUL, campus Tubarão – SC, foi iniciado o processo para coleta dos dados. Após a coleta dos dados foram preenchidos os formulários de coleta de informações dos prontuários onde foram coletadas os seguintes dados, nome; idade; sexo; diagnóstico clínico e nível sócio-econômico.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados no programa EpiData 3.0 e posteriormente analisados e interpretados pela estatística descritiva, mediante análise de tabelas com frequências simples, percentuais e gráficos.

4 DISCUSSÃO

Este capítulo expõe as informações dos pacientes obtidas nos prontuários do Estágio Supervisionado em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia da CEF, onde os dados serão apresentados pela estatística descritiva, mediante a exposição de tabelas. Foi identificado o perfil dos pacientes quanto ao gênero, faixa etária, diagnóstico clínico e nível sócio-econômico. O público envolvido nesta pesquisa foi composto de cento e seis (106) pacientes, com idades entre 0 e 11 anos, atendidos na CEF, no Estágio supervisionado em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, no período entre 2004a e 2008a.

De acordo com Lansky (2004) a redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio para os trabalhadores e serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, com predomínio da mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) e uma concentração nas regiões e populações mais pobres da cidade, reflexo das marcantes desigualdades sociais. Destacamos também as altas taxas de mortalidade perinatal (óbitos fetais ocorridos no final da gestação e os óbitos neonatais precoces, ou seja, até 7 dias de vida), mortes ainda pouco trabalhadas pelos serviços de saúde e com índices também elevados na cidade. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados. As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças mais vulneráveis e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda sua plenitude.

4.1 GÊNERO

Considerando a distribuição da amostra pelo gênero, observou-se que dos 106 pacientes, 71 eram do sexo masculino 67% e 35 do sexo feminino 33%. Esses valores, de acordo com estudo realizado por Costa et al (2006) a respeito dos aspectos dos pacientes pediátricos apresenta também valores que condizem com os valores encontrados no presente estudo onde a

porcentagem de pacientes do sexo masculino era de 52 % e feminino 48%, sendo assim um número maior de pacientes do sexo masculino, outro estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais UF – MG, também apresentou dados os quais condizem com os resultados encontrados no presente estudo onde a características descritivas da população estudada observou-se que, entre os 93 pacientes, predominavam os do sexo masculino, com 52,7% de crianças na faixa etária de 3 a 6 anos (IBIAPINA et. al 2005)

Segundo Silva (2008) que realizou um estudo epidemiológico descritivo, realizado em 2006, para o qual foi elaborado um banco de dados no programa SPSS para a digitação dos dados e posterior análise estatística descritiva. Identificaram-se 668 pacientes, sendo 53,7% do sexo masculino, a média de idade global de 5,1 anos e o tempo médio de internação de 10,1 dias. Mais uma vez entrando em concordância com os resultados obtidos no presente estudo.

Tabela 1 - Distribuição quanto ao gênero.

Gênero		
	Frequência	%
MASC	71	67,0
FEM	35	33,0
Total	106	100,0

Na tabela 1 encontramos a distribuição dos pacientes com relação ao gênero, onde fica evidente que a maioria dos pacientes são do sexo masculino com 67 % dos pacientes e 33% do sexo feminino.

4.2 IDADE

Quanto a idade dos pacientes atendidos na CEF a grande maioria dos pacientes apresentavam idades entre 3 e 8 anos, sendo que a idade de maior incidência na coleta foi a de 4 anos de idade onde se apresentavam 15 pacientes de um total de 106 entrando em concordância também com o estudo de Ibiapina (2005).

Tabela 2 – Distribuição quanto a idade.

Idade	Frequência	%
1	5	4,7
2	6	5,7
3	10	9,4
4	15	14,2
5	12	11,3
6	10	9,4
7	12	11,3
8	10	9,4
9	9	8,5
10	13	12,3
11	4	3,8
Total	106	100,0

A tabela 2 mostra as idades coletadas dos prontuários dos pacientes que atendiam aos requisitos para participar do estudo e mostra que a a idade de maior incidência é a de 4 anos, com 15 pacientes, aparece em segundo lugar os pacientes com 10 anos com uma frequência de 13 e através da tabela podemos também perceber que a grande maioria dos pacientes se encontra entre os 3 e 8 anos de idade o que se aproxima do resultado do estudo realizado por Costa (2006) onde o perfil dos pacientes estudados apresentou que, 52% eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino com idade entre 4 a 10 anos.

4.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

De acordo com o diagnóstico clínico, obteve-se um total de 29 patologias, sendo que, a patologia mais encontrada foi a paralisia cerebral com 16 (15,1%) dos casos dentre os 106 pacientes. É importante lembrar que Ratliffe (2000) apresenta a seguinte classificação para as possíveis etiologias do paralisado cerebral como sendo as pré-natais: relacionado à história gestacional da mãe que apresenta citomegalovírus, vírus do herpes, da rubéola e toxoplasmose. Além da prematuridade e baixo peso que também são fatores causais de paralisia cerebral; Peri-natais: os fatores de risco são trabalho de parto prolongado, prolapso de cordão umbilical e trauma no parto; e Pós-natais: observa-se meningite, encefalite, traumatismo craniano, entre outras.

O segundo diagnóstico clínico com maior incidência foi a bronquite com 11 (10,4%) pacientes e acordo com Rebuffi (2003) a caracterização do paciente como bronquítico não é baseada apenas em alterações histopatológicas ou em episódios intervalados e esporádicos de uma doença inflamatória das vias aéreas. A definição de bronquite é fundamentada em critérios clínicos que se apegam principalmente na duração e manifestação repetida dos sinais e sintomas da doença. O paciente é considerado bronquítico quando apresenta episódios de tosse persistente e produtiva cujo tempo de duração perdura por três meses por ano, ao longo de dois anos consecutivos. Sendo assim é importante salientar que os pacientes que apresentaram diagnóstico clínico confirmado de bronquite em sua totalidade se apresentavam com faixa etária superior a quatro anos de idade.

A fibrose cística, pneumonia e a paralisia obstétrica aparecem como o terceiro diagnóstico clínico mais encontrado com 10 (9,4%) dos pacientes. A fibrose cística apresenta uma incidência baixa de acordo com Oliveira (2004) onde cita que, a fibrose cística (FC) é a doença hereditária autossômica recessiva mais comum na raça branca e sua incidência varia de acordo com as etnias, podendo variar de 1/2.000 a 1/5.000 em caucasianos. No sul do Brasil, estima-se que a incidência esteja próxima da população caucasiana centro-européia. Ainda segundo Oliveira (2004) a idade média de morte em nível internacional para a FC aumentou de 8 anos (em 1974) para 21 anos (em 1994). Atualmente, se tem a expectativa de que a idade média de sobrevivência dos pacientes com FC nascidos no ano 2000 ultrapasse os 50 anos. Para os que nasceram nos anos 90, esta idade seria de 40 anos.

Ferreira (2003) em estudo realizado em Minas Gerais com 53 pacientes pediátricos onde apresentou um total de pacientes com diagnóstico clínico de pneumonia que, 66,66 % foram do sexo masculino, enquanto 33,33 % são do sexo feminino. A maior incidência foi em crianças de zero a dois anos, com 63,64%, seguindo para crianças de dois anos e um dia até cinco anos, com 21,21%, logo após vem crianças de cinco anos e um dia até nove anos, com 9,09% e por ultimo crianças acima de nove anos, com 6,06% . Demonstrando assim que como no presente estudo a pneumonia esta entre as patologias de maior incidência entre os pacientes pediátricos.

Segundo Lopes (2004) as lesões causadas pela paralisia obstétrica ocorrem em 0,4 a 2,5 em cada 1.000 partos. A incidência da paralisia obstétrica diminuiu muito assim que os obstétricas reconheceram a importância da desproporção da cabeça do feto com a pelve materna, adotando métodos para abreviar essa complicação existem ainda alguns tipos de paralisia obstétrica dentre elas a paralisia de Erb é o tipo mais comum de lesão do plexo braquial, ocorrendo em aproximadamente 80 % das lesões que acontecem durante o parto de nádega e a paralisia de Klumpke que é relativamente rara e ocorre em apenas de 1 % das lesões do plexo braquial. Mesmo com a diminuição da incidência da paralisia obstétrica percebeu-se um grande número de pacientes com este tipo de lesão entre os participantes do estudo, onde apresentou um total de 10 (9,4%) dos 106 pacientes participantes.

4.4 NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

Foi adotada a seguinte forma de classificação para descrever as diferentes condições sociais apresentadas pelos usuários da CEF da Unisul de Tubarão, considerou-se aspectos relativos a alimentação , saúde , trabalho habitação, meios de transporte, entre outros (anexo A).

De acordo com Brandini et. al (2008) a relação entre os fatores econômicos, sociais, culturais e educacionais determina um padrão de comportamento gerador ou não de saúde, este fato pede mudança no comportamento tanto dos usuários quanto dos profissionais da saúde no que compete principalmente à ação educacional. O desenvolvimento de uma visão abrangente do quadro social permite ao estudante crescer como indivíduo, consciente e atuante, procurando transformar assim, a realidade numa vivência plena de cidadania

Conhecer o padrão socioeconômico de usuários de serviços públicos é de extrema importância no processo de planejamento das atividades a serem realizadas nas clínicas de

instituições de ensino superior, bem como é determinante na construção do plano de tratamento a ser proposto para cada paciente.

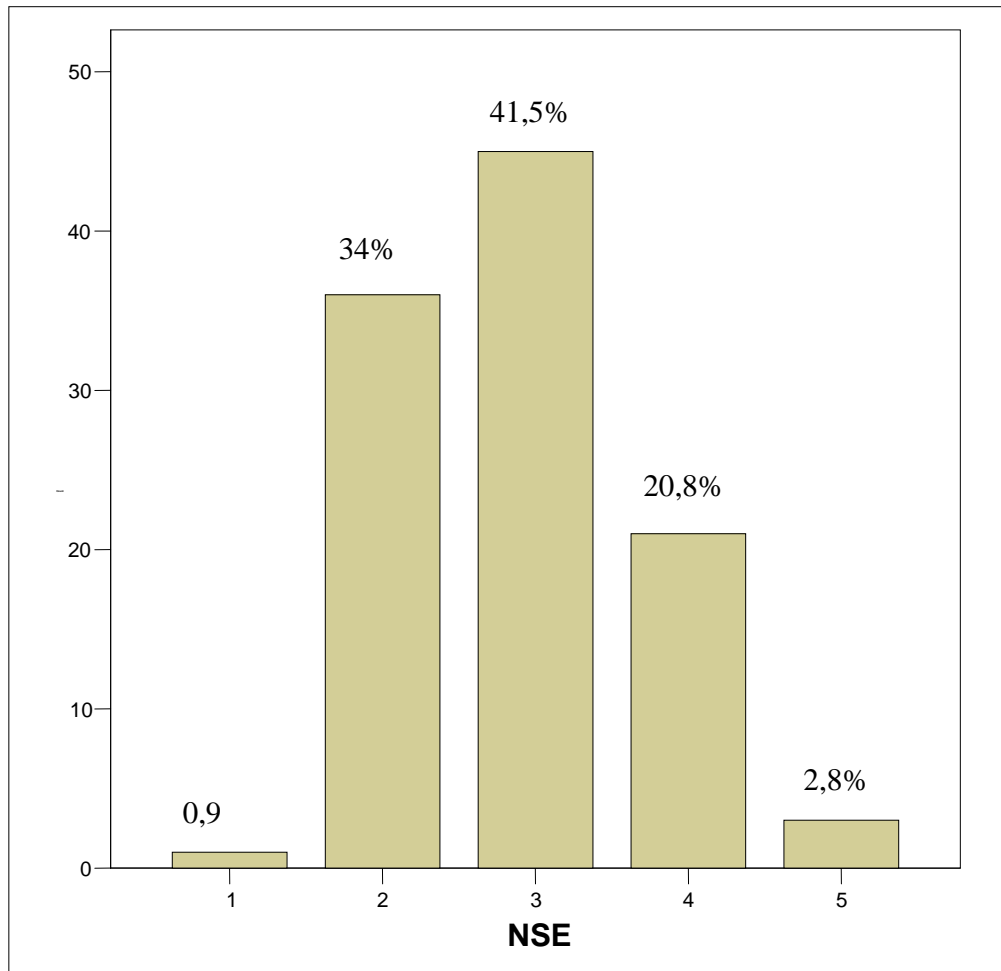


Gráfico 1 – Distribuição do nível sócio-econômico

A distribuição quanto ao nível sócio-econômico esta representada no gráfico 1, onde encontramos a frequência e porcentagens dos valores obtidos na tabela de entrevistas da assistência social da CEF situadas entre os anos de 2004a e 2008a. onde o perfil sócio-econômico apresentado foi respectivamente, grau 3 com um frequência de 44 (41,5%), grau 2 com 36 (34%), grau 4 com 22 pacientes, grau 5 com 3 (2,8%) e por fim o grau 1 com 1 (0,9%) pacientes.

Durante a análise dos dados obtidos com relação ao nível sócio-econômico percebe-se que 102 (96,3%) dos pacientes se encontram entre grau 2 ou seja é carente e tem acesso a

alguns meios de que suprem as necessidades básicas e grau 4 classe média alta, boa qualidade de vida conseguida com muito trabalho. Ao final da análise percebeu-se que os paciente com grau 0, ou seja, muito carentes ou sem acesso aos meios que suprem todas as necessidades básicas, tais como alimentação, saúde, trabalho, habitação, meios de transporte, entre outros, não apresentaram nenhum paciente, visto que de acordo com a tabela de referência (Apêndice C) são os mais necessitados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou verificar através da análise dos prontuários, o perfil dos pacientes pediátricos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia UNISUL entre os anos de 2004a e 2008a no Estágio Supervisionado de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. A partir da análise dos resultados obtidos, foi possível estabelecer as seguintes considerações.

Observou-se no estudo, que os diagnósticos clínicos de maior incidência nos pacientes atendidos na CEF foram em primeiro lugar a paralisia cerebral onde aparece com um total de 16 (15,1%) pacientes, seguida bronquite com um total de 11 pacientes e por último, obtivemos um total de 10 (9,4%) pacientes com fibrose cística, pneumonia e paralisia obstétrica respectivamente. Já a faixa etária com maior índice de pacientes ficou entre 3 e 8 anos sendo que a idade com maior frequência durante a coleta foi de 4 anos onde se apresentou um total de 15 dos 106 pacientes. Quanto ao gênero a grande maioria dos pacientes eram do sexo masculino com um total de 71 (67%) pacientes contra 35 (33%) do sexo feminino o que entra em plena concordância com os demais estudos apresentados no decorrer do estudo. Já com relação ao nível sócio-econômico podemos observar que a distribuição se apresentou na seguinte sequência, grau 3 com uma frequência de 44 (41,5%), grau 2 com 36 (34%), grau 4 com 22 pacientes, grau 5 com 3 (2,8%) e por fim o grau 1 com 1 (0,9%) pacientes. Um dado importante que deve ser ressaltado é o fato de não constar nenhum paciente com NSE graduado como muito carente ou seja índice 0, visto que de acordo com a tabela utilizada para graduação de NSE são os mais economicamente desfavorecidos.

Durante o processo de coleta de dados, cabe ressaltar, a dificuldade em selecionar os prontuários dos pacientes atendidos no estágio Supervisionado em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, entre os anos de 2004a e 2008a, visto que os mesmos se encontravam arquivados de maneira confusa e sem uma sequência lógica, ficavam todos os prontuários misturados tanto por ano como por área o que tornou o estudo árduo e cansativo.

Além disso, após a coleta dos dados de 136 pacientes, observou-se prontuários em que não constavam os dados necessários para a realização do estudo, o preenchimento incompleto ou incorreto dos mesmos, ausência de datas nas fichas de avaliação ou datas incompletas, dificultando assim, a verificação do período de atendimento dos pacientes, sendo

esse um critério para a seleção dos indivíduos participantes, fez-se necessário a exclusão de 30 prontuário, resultando em 106 no total.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, Pedro. **A pediatria**. *Pediatr. (SP)* 1:183-189, 1979. Disponível em : <
<http://www.pediatricsaopaulo.usp.br/upload/pdf/314.pdf>> Acesso em 17 nov. 2008.
- ANDRADE, J. M. **Paralisias cerebrais**. 1999. Disponível em: <
<http://www.defnet.org.br/>>. Acesso em: 20 out. 2008.
- BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. N. **Tratado de pediatria**. 16. ed.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- BLAZUS, Jaqueline; KOCK, Kelser de Souza. **Manual de normas e rotinas: Clínica Escola de Fisioterapia**. Tubarão, 2007
- BRANDINI, Daniela Atili, et AL. **Caracterização Social dos Pacientes Atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP**. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(2):245-250, maio/ago. 2008.
- CARVALHO, Cristiana et al. **Antibiótico terapia em crianças com pneumonia**. 2006;76(Suplemento 3):S88-S92. Disponível em <
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/293/283>> Acesso em 17 nov.2008.
- COSTA, Fabiana Oro et. al. **Aspectos psicológicos no condicionamento do paciente de unidades hospitalares pediátricas – um estudo de caso**. XXVI ENEGEP . Fortaleza Ceará 2006. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR500330_8434.pdf> Acesso em 15 de out. 2008.
- DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível:
<http://www.datasus.gov.br/> Acesso em:03 out. 2008.
- DELISA, J. A. **Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas**. São Paulo, Manole, 1992. p. 469-473.
- FERREIRA, Marcelo et. al. **A Incidência de Pneumonia no Setor de Pediatria na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena – MG**. 2003. Disponível em <
http://www.respirafisio.com.br/artigo_pdf/artigo0003.pdf> acesso em 17 nov. 2008.
- FITZSIMMONS, S. **The changing epidemiology of cystic fibrosis**. *J Pediatr* 1993; 122: 1-9.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.
- HELMS, P. **Growing up with cystic fibrosis**. *Brit J Hosp Med* 1998; 50: 326-32, 1998.

HENRY, J.B. **Diagnósticos Clínicos e Tratamento por Métodos Laboratoriais**. Ed. Manole, 18a edição, primeira edição brasileira, 1995.

IBIAPINA, Cássio da Cunha et. al. **Por quanto tempo a beclomtazona deve ser usada para controlar os sintomas da asma?**. *Pediatria São Paulo* 2005; 27:233-243.

KOCH, C.; HOIBY, N. **Pathogenesis of cystic fibrosis**. *Science & Practice*. Apr/ 1993.

Kottke & Lehmann. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. São Paulo, 4^a ed., Manole, 1994. p.724-725.

LAKATOS, Eva Maria Marconi, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315 p.

LANSKY, S. **BH viva a criança**. 2004. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/agendacompromissossaudeintegral.pdf>> acesso em 21 out. 2008.

LEITE, Heitor P, et. al. **Epidemiologia da paralisia cerebral**. São Paulo 2002. *Acta fisiátrica* 9(2) 71-76, 2002.

LEMLE, A. et al. Asma. In: BETHLEN, N. **Pneumologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

LEVY, J. A.; OLIVEIRA, A. P. **Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, Daniela et. al. **Incidência de paralisia obstétrica**. 2004. Disponível em <<http://bibliotecadigital.unec.edu.br/ojs/index.php/unec01/article/viewFile/116/39>> Acesso em 15 nov. 2008.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas, estratégias de estudo e leitura, como redigir monografias, normas para publicações científicas, normas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 237 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA)**. Brasília, 1984.

MOORE, Keith; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Básica**. Trad: Ithamar Vugman e Mira de Casrilevitz. 5. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2000.

OLIVEIRA, J. B. B.; FREITAS, C. H. **Fisioterapia pneumofuncional: perguntas & respostas**. Fortaleza: Fundação Edson de Queiroz, p.265, jan./dez. 2003/2004.

OLIVEIRA, Fabio R. **Fibrose Cística:** Fisioweb W Gate. Disponível em : <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/respiratoria/fibrose_mucoviscidose.htm> Acesso em 19 de nov 2008.

PAIVA, Maria A, S. **Pneumonias da criança.** *J Pneumol* 24(2) – mar-abr de 1998. Disponível em < http://www.medsara.hpg.ig.com.br/cons_pn_98_crianca.pdf> Acesso em 18 nov.2008.

POSTIAUX, Guy. **Fisioterapia na clínica pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

PIOVESANA, AMSG. **Encefalopatias infantis não progressivas - paralisia cerebral - etiologia, classificação e tratamento.** In Fonseca L F, Xavier C C (eds). *Compêndio de neurologia infantil.* Belo Horizonte: Medsi, 2002:825-838.

RATLIFFE, Katherine T. **Fisioterapia clínica pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000.

REBUFFI, Vanda. **Pneumologia em bronquite crônica.** São Paulo, 2003. Disponível em <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/1040>> Acesso em 19 nov. 2008.

REGO, Joakin C. **Fibrose Cística.** *Rev Pediatr (Ceará)* - 2 (3) - Setembro a Dezembro de 2001. Disponível em: <<http://www.socep.org.br/Rped/pdf/2.3%20Atualiz.pdf>> Acesso em 19 nov. 2008.

ROSA NETO, Francisco et al. **Características neuropsicomotoras de crianças de alto risco neurológico atendidas em um programa de follow-up.** *Pediatria Moderna*, vol. XLII, Nº 2, março/abril, 2006.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 144 p.

SERPA, C.E. **Asmas e pneumonites alérgicas.** In: TARANTINO, A.B. **Doenças pulmonares.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, cap.12.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da et al. **Condutas em pneumologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa et al. **III Consenso Brasileiro de Asma.2002.** Disponível em < http://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/suplementos_caps.asp?id=52 > acesso em 28 out 2008.

SIQUEIRA, Helio Ribeiro de ; RUFINO, Rogerio ; COSTA, Claudia Henrique ; KIRK, Kennedy ; JANSEN, José Manoel . **O FEF 25-75% Pode Ser o Novo Parâmetro para Broncodilatação.** In: **XXIX Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia**, 1998, Rio de Janeiro. *Jornal de Pneumologia*, 1998. v. 24. p. S 133-S133.

SOLÉ, D.; CAMELO NUNES, I. C.; RIZZO, M. C. V.; NASPTIZ, C. K. **A asma na crianças: classificação e tratamento.** *Jornal de Pediatria*, v. 74, suplemento 1, p. S48-58, 1998.

SOUSA, Rafael Silva. **Epidemiologia e controle de infecção hospitalar em uma unidade pediátrica.** 2008. Disponível em <http://www.sumarios.org/pdfs/742_3536.pdf> acesso em 28 set. 2008.

SWINYARD, C. A. **A criança com Espinha Bífida.** Trad. Petrillo. Associação de Assistência à Criança Defeituosa - AACD, São Paulo, 1978.

TARANTINO, Affonso Berardinelli. **Doença pulmonares.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TECKLIN, J. A. **Fisioterapia pediátrica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

THOMPSON, R. **Screening for Congenital Hyperplasia.** *The Journal of Pediatric.* Volume 114, Number 3, março 1989.

TIGUSA, Liria. **Fisioterapia em um hospital pediátrico.** 2001. Disponível em <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/658.pdf> > acesso em 12 de out. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para coleta de informações dos prontuários

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTÁRIOS

IDADE:

SEXO:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

NÍVEL SÓCIOECONÔMICO

APÊNDICE B – Solicitação para realização da pesquisa

De: Fabiana Durante de Medeiros
Para: Jaqueline de Fátima Biazus

SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Venho pelo presente solicitar a autorização para a coleta de dados nos prontuários da Clínica Escola de Fisioterapia, no período de setembro a outubro de 2008, pelo acadêmico Caiano Fornasari, do Curso de Fisioterapia – UNISUL, Campus Tubarão, sob a orientação da professora Fabiana Durante de Medeiros.

A pesquisa visa levantar dados referentes aos pacientes pediátricos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia entre 2004 e 2008a.

Atenciosamente.

Fabiana Durante de Medeiros

ANEXO A – NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

SERVIÇO SOCIAL

GRAU DE CARÊNCIA

O grau de carência varia de **0** (zero) a **5** (cinco), em ordem decrescente, ou seja, quanto maior o índice, menos carência possui o destinatário. Assim sendo:

- 0** - Muito carente - **Sem acesso** aos meios que suprem **todas** as necessidades básicas (alimentação, saúde, trabalho, habitação, meios de transporte, entre outros.).
- 1** - É carente - **Tem acesso a alguns meios** que suprem as necessidades básicas;
- 2** - É carente - **Tem acesso** aos meios que suprem todas as necessidades básicas;
- 3** - Classe média - Pessoas que possuem o **básico** para viver decentemente;
- 4** - Classe média quase alta - Boa qualidade de vida, conseguida com muito trabalho;
- 5** - Classe média alta - Alto índice socioeconômico.

Importante:

Obs: - à partir do grau de carência 3 a pessoa pode ter convênio*, ou seja, quem tem convênio, nunca terá o grau de carência menor que 3.

(*) - por convênio aqui, entende-se àquele que cobre sessões de fisioterapia.

Os critérios adotados para atribuir grau de carência não tem rigor absoluto, ou seja, não aferíveis por parâmetros exatos.

Aurane Serafin Godinho
Assistente Social
Nº 1296 / CRESS 12ª REGIÃO