UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VANIA DANIELE PARANHOS

**Asma na infância: o acompanhamento da saúde da criança na
estratégia saúde da família**

Ribeirão Preto

2012

VANIA DANIELE PARANHOS

**Asma na infância: o acompanhamento da saúde da criança na
estratégia saúde da família**

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para a obtenção
do título de Mestre em Ciências
junto ao Programa de Pós
Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à
Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Débora
Falleiros de Mello

Ribeirão Preto
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Paranhos, Vania Daniele.

Asma na infância: o acompanhamento da saúde da criança na
estratégia saúde da família/ Vania Daniele Paranhos; Orientadora: Mello,
Débora Falleiros – Ribeirão Preto, 2012.

141 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo.

1. Asma. 2. Criança ou Saúde da criança. 3. Atenção primária à
saúde. 4. Saúde da família. 5. Manejo. 6. Continuidade da assistência ao
paciente. 7. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PARANHOS, Vania Daniele

Asma na infância: o acompanhamento da saúde da criança na estratégia saúde da família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Valmir e Rose Neide, que sempre me encheram de amor e proporcionaram meus estudos tão longe de casa, sempre com apoio deles nunca me senti sozinha. E à minha irmã que me inspirou a estudar, dedicar e ter paciência para conseguir hoje meu mestrado.

.

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha fonte de vida e inspiração, porque sem Ele eu nada posso fazer.

À minha família: Valmir e Rose Neide, meus pais; Vanessa, minha irmã, pessoas que me enchem de carinho e que tantas vezes compreenderam minha ausência durante a construção deste trabalho. Amo tanto vocês.

Aos meus avôs Naur, Militana e tia Neiva que sempre estão ao meu lado mesmo que longe pela distância são os meus alicerces. E ao meu avô Joaquim que pouco tempo de vida esteve comigo, lembro da sua felicidade e minha avó Aparecida, Pitita, que à todo momento sinto extrema falta.

À Prof^a. Dr^a. Débora Falleiros de Mello, minha orientadora, com a qual tenho o prazer de trabalhar desde a graduação.

À pessoa que participa das minhas felicidades e me ajuda sempre apesar dos meus erros e cansaço: Marlon. E como não esquecer: Mirna e Tor.

Aos meus amigos que compartilho minha vida longe da minha família: Gislaine, Juliana, Lidiane, junto dos quais partilhei essa caminhada.

À Profas. Dras. Maria Manuela Rino Mendes, minha primeira orientadora de iniciação científica que me ensinou os primeiros passos para realização da pesquisa e me ajudou à vencer a distância nos primeiros anos de faculdade, à Silvana Martins Mishima, minha inspiração pela Saúde Pública e à Mestre Juliana pelas suas contribuições ao presente trabalho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, funcionários e docentes, que me acompanham desde os primeiros passos como enfermeira.

À Fundação de Amparo à Pesquisa (Fapesp) pelo auxílio fornecido.

Aos profissionais das quatro unidades de Estratégia Saúde da Família, que contribuíram com estudo com tanta disposição.

...E você aprende que realmente pode suportar e que realmente é forte e que realmente pode ir muito mais longe depois de pensar que não pode mais. E que a vida tem valor e que você tem valor diante da vida. Nossas dídivas são traidoras e nos fazem perder o bem que podíamos conquistar se não fosse o medo de tentar.

O menestrel - Willian Shakespeare

RESUMO

PARANHOS, V. D. Asma na infância: o acompanhamento da saúde da criança na estratégia saúde da família. 2012. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as experiências dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família (ESF) para o acompanhamento de crianças menores de cinco anos de idade com asma, na perspectiva do cuidado integral à saúde, fornecendo subsídios para a atenção primária em saúde da criança. Os objetivos específicos foram: descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais na estratégia saúde da família nas unidades investigadas; descrever os sinais e sintomas, as medidas preventivas e promocionais e o tratamento relacionado à asma em crianças que os profissionais de saúde relatam na ESF; identificar e analisar as experiências dos profissionais de saúde no acompanhamento da saúde de crianças menores de cinco anos de idade com asma no contexto da ESF, na perspectiva do cuidado integral em saúde. Estudo descritivo e exploratório com análise qualitativa dos dados, desenvolvido em Ribeirão Preto-SP, em quatro unidades com ESF, selecionadas com base no número de crianças até cinco anos de idade cadastradas e em acompanhamento, a partir de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica. Os participantes foram 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que estavam trabalhando nas unidades há pelo menos um ano, após aprovação em comitê de ética em pesquisa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas e individuais e a análise dos dados foi pautada na análise temática. Os resultados trazem aspectos

relevantes sobre o acompanhamento da saúde da criança, destacando elementos da organização da assistência à criança na ESF, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, do seguimento especializado e das relações com a família no cuidado cotidiano da criança com asma. No cuidado em saúde o diálogo é fundamental, com construção da empatia, confiança, vínculo e co-responsabilidade entre os profissionais e as mães e famílias, buscando o alcance da adesão, um tratamento eficaz, a promoção da saúde e qualidade de vida da criança e sua família. Assim, são muito importantes as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da criança, centradas na continuidade e integralidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Asma; criança ou saúde da criança; atenção primária à saúde; saúde da família; manejo; continuidade da assistência ao paciente; atenção Integrada às doenças prevalentes na infância.

ABSTRACT

PARANHOS, V. D. Childhood asthma: monitoring the health of children in the family health strategy. 2012. 141 f. Paper Degree (Master) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

This study aimed to analyze the experiences of health professionals from the Family Health Strategy (FHS) regarding the monitoring of children under five years old with asthma from the perspective of comprehensive health care, providing support for children's primary health care. The specific objectives were: to describe the sociodemographic profile of professionals in family health strategy in the units investigated; to describe the signs and symptoms, preventive and promotional measures and treatment related to asthma in children that health professionals report in the family health strategy; to identify and analyze the experiences of health professionals in monitoring the health of children under five years old with asthma in the context of the family health strategy from the perspective of comprehensive health care. This descriptive and exploratory study with qualitative data analysis was developed in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, in four Family Health Strategy Units, selected based on the number of children under five years old registered and monitored from data Information System of Primary Care. Participants were 25 health professionals (physicians, nurses, nursing auxiliaries and technicians and community health workers) who were working in the units for at least one year, after the approval by the research ethics committee. Individual semi-structured interviews were conducted and recorded and data analysis was based on thematic analysis. The results bring up relevant issues on children's health, highlighting elements of the organization of health care in the FHS, of the drug and non-drug

treatment, of the specialized follow-up, and of the relations with the family in the daily care of children with asthma. In health care the dialogue is essential in building empathy, trust, bonding and co-responsibility between professionals and mothers and families, aiming the adhesion, an effective treatment, the health promotion and quality of life of the children and their family. Thus, actions in health promotion, prevention, treatment and rehabilitation of child are very important, focusing on continuity and comprehensive care.

Keywords: Asthma; child or child health; primary health care, family health, management, continuity of patient care, attention Integrated Management of Childhood Illness.

RESUMEN

PARANHOS, V. D. Asma en la infancia: el acompañamiento de la salud de los niños en la estrategia salud de la familia. 2012. 141 f.Tesis (Magíster) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2007.

Este estudio objetivó analizar las experiencias de los profesionales de la salud de la estrategia salud de la familia para el acompañamiento de niños menores de cinco años de edad con asma desde la perspectiva de la atención integral a la salud, proporcionando subsidios para la atención primaria en salud de los niños. Los objetivos específicos fueron: describir el perfil sociodemográfico de los profesionales en la estrategia salud de la familia en las unidades investigadas; describir los signos y síntomas, las medidas preventivas y promocionales y el tratamiento relacionado con el asma en los niños que los profesionales de la salud relatan en la estrategia salud de la familia; identificar y analizar las experiencias de los profesionales de la salud en el acompañamiento de la salud de los niños menores de cinco años de edad con asma en el contexto de la estrategia salud de la familia desde la perspectiva de la atención integral en salud. Este estudio descriptivo y exploratorio con análisis cualitativo de los datos se desarrolló en la ciudad de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, con cuatro unidades de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), seleccionadas por el número de niños hasta cinco años registrados y en acompañamiento, a partir de datos del Sistema de Información de Atención Primaria. Participaron 25 profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud) que trabajaban en las unidades de por lo menos un año, después de la aprobación por el comité de ética de

investigación. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas gravadas e individuales y el análisis de datos fue pautado en el análisis temático. Los resultados traen aspectos relevantes acerca del acompañamiento de la salud infantil, destacando los elementos de la organización de la atención en la ESF, del tratamiento medicamentoso y no-medicamentoso y del seguimiento especializado y de las relaciones con la familia en el cuidado diario de niños con asma. En el cuidado en salud el diálogo es esencial, con construcción de la empatía, confianza, vinculación y corresponsabilidad entre los profesionales y las madres y familias, buscando el alcance de la adhesión, un tratamiento eficaz, la promoción de la salud y calidad de vida del niño y su familia. Por lo tanto, son muy importantes las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud infantil, centradas en la continuidad e integralidad de la atención.

Palabras clave: asma, niño o la salud del niño, atención primaria de salud, salud de la familia; la gestión, la continuidad de la atención al paciente, gestión de la atención integrada de enfermedades infantiles.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Temas e subtemas utilizados para a organização e interpretação das falas dos entrevistados nas Equipes de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2012.....58

Quadro 2: Distribuição do número de equipes, de famílias com crianças cadastradas e de profissionais nas unidades de Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2012.....61

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
EERP / USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
ISAAC	International Study of Asthma and Allergies in Childhood
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PFE	Pico de fluxo expiratório
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SMS / RP	Secretaria Municipal de Saúde / Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
SBPT	Sociedade Brasileira Pneumologia e Tisiologia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da família
VD	Visita domiciliar

APRESENTAÇÃO

Sou Bacharel em Enfermagem graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP (EERP/USP), 2009. Durante a graduação, desenvolvi pesquisa na área ensino superior e aproximei-me da área Enfermagem em Saúde da Criança e desenvolvi atividades de pesquisa, com inserção no Grupo de Pesquisa Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente e Iniciação Científica, no período de 2008 a 2009, com bolsa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico PIBIC/CNPq, conclui a pesquisa “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura”. Este artigo foi publicado: Paranhos VD, Pina JC, Mello DF. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Feb 2011, 19(1): 203-211.

O projeto de mestrado começou a ser pensado a partir dessas experiências, com o intuito de avançar e aprimorar meus conhecimentos, buscando subsídios para reflexões do cuidado de enfermagem no contexto da atenção primária à saúde da criança.

Cursando o mestrado me dediquei à pós-graduação, com obtenção de bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa (Fapesp). Durante o curso de pós-graduação, além das disciplinas cursadas, que subsidiaram a construção do objeto de estudo e da metodologia utilizada, no 1º semestre de 2011 participei como aluna bolsista do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino – PAE para a Etapa de Estágio Supervisionado em Docência sob supervisão da orientadora no período de 01.02.2011 a 30.06.2011. Também desenvolvi atividades como representante discente da Comissão do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, além da participação em eventos científicos, seminários, reuniões do Grupo de Pesquisa, membro do Capítulo RHO Upsilon da Sociedade Honorífica de Enfermagem Sigma Theta Tau International.

Em relação ao objeto de estudo, minha inserção na saúde da criança deu-se desde a graduação, conforme já exposto. A aproximação com o campo de pesquisa

e a realidade vivida na ESF conduziram-me ao estudo da experiência dos profissionais sobre a asma na infância. Para subsidiar essa abordagem, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) revelou-me importantes aspectos na avaliação clínica e abordagem integral. A exploração dessas questões guiou-me à construção do presente objeto de estudo.

Nesta pesquisa, o tema central é a experiência dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família em relação à asma em crianças menores de cinco anos de idade, na perspectiva do cuidado integral à saúde, fornecendo subsídios para a atenção primária em saúde da criança.

Na introdução deste trabalho, exponho o atual panorama de morbidade e mortalidade infantil, contexto no qual surgiu a estratégia AIDPI. Ao apresentar a estratégia, aponto sua operacionalização, a nível nacional, no Programa de Saúde da Família (PSF), e trago a discussão de alguns autores sobre a viabilização do PSF como política nacional de Atenção Primária à Saúde, destacando a saúde da criança na ESF, asma na infância como doença crônica, a epidemiologia, e apresento os objetivos do estudo.

No percurso metodológico, caracterizo o estudo, os participantes e os campos selecionados, este último através dos dados mais recentes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). São também descritas a coleta e análise dos dados e os procedimentos para garantir os aspectos éticos.

Nos resultados caracterizo as unidades de saúde da família e os participantes do estudo. Apresento os seguintes temas: a organização da assistência à saúde da criança, tratamento e acompanhamento da saúde de crianças com asma, a família e o cuidado da criança com asma. Os sinais, sintomas, as orientações fornecidas para as famílias cuidarem da criança com asma, enfocando a assistência como um aprendizado. Na assistência à saúde da criança, os profissionais relatam o que observam nas visitas domiciliares e no atendimento, o manejo de sintomas respiratórios, a prevenção e promoção dos fatores agravantes de crises, o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o seguimento especializado na saúde da criança, e a família no cuidado à criança com asma, que são resumidas posteriormente nas considerações finais.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	21
1.1 Asma: aspectos conceituais e epidemiológicos.....	21
1.2 A Asma em crianças	26
2 Objetivo geral.....	51
2.1 Objetivos específicos.....	51
3 Percurso Metodológico.....	53
3.1 Caracterização do estudo.....	53
3.2 Local do Estudo	54
3.3 Participantes	55
3.4 Coleta de Dados	55
3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	56
3.6 Análise dos Dados	57
4 Resultados e Discussão.....	60
4.1 Caracterização das unidades de saúde da família e dos participantes do estudo.....	60
4.2 A organização da assistência à saúde da criança.....	67
4.3 O tratamento e o acompanhamento da saúde da criança com asma.....	88
4.4 A família e o cuidado da criança com asma.....	106
5 Considerações finais.....	118
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE A.....	140
ANEXO A.....	141

1. INTRODUÇÃO

1.1 Asma: aspectos conceituais e epidemiológicos

A atenção primária à saúde da criança tem como eixo norteador o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo em vista a importância de um seguimento longitudinal, que considere o contexto dos profissionais de saúde, familiar e sociocultural.

Os profissionais de saúde são responsáveis pela atenção à saúde da criança, em conjunto com outros setores sociais e a família, com atribuições significativas para o cuidado integral à saúde. Considerando que as enfermidades na infância podem interferir no crescimento e desenvolvimento da criança é importante que a família e os profissionais de saúde favoreçam a prevenção de agravos, a intervenção precoce e a promoção da saúde na infância.

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou como resultado de terapia, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar; resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas (CUNHA, et al., 2006; BRITTO et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT), 2006).

A asma é uma doença respiratória baixa, não infecciosa e pode ser classificada como leve, moderada e grave (BENICIO et al., 2000; WANNMACHER, 2006). A asma leve pode ser intermitente ou persistente. A primeira condição é esporádica, desencadeada por vários fatores e intervalada por períodos

assintomáticos. A asma classificada como moderada ou grave é persistente, com aumento da frequência de episódios de broncoespasmo e, em qualquer condição, podem ocorrer exacerbações agudas (WANNMACHER, 2006).

O padrão de sintomas da asma, sua intensidade e frequência indicarão, em conjunto com testes da função pulmonar, a intensidade da asma (SIENRA-MONGE; RÍO-NAVARRO; BAEZA-BACAB, 1999).

Na doença respiratória é importante levar em consideração a localização anatômica da doença, quando restrita ao trato respiratório superior, acima da epiglote é denominada alta. E quando alcança brônquios e/ou alvéolos pulmonares (produz roncos, estertores ou sibilos à ausculta pulmonar) a doença respiratória é baixa. Doenças respiratórias altas têm, em geral, curso benigno e são autolimitadas. Doenças respiratórias baixas tendem a se estender por períodos maiores de tempo e, se não tratadas adequadamente podem colocar em risco a vida das crianças. Doenças respiratórias altas e baixas podem ser doenças infecciosas (resfriado comum e pneumonias, por exemplo) ou não infecciosas (rinite alérgica e asma, por exemplo) (BENICIO et al., 2000).

A asma é considerada um problema de saúde pública mundial cuja prevalência vem aumentando. Houve um aumento acentuado da prevalência global, morbidade, mortalidade e custos econômicos associados à asma ao longo dos últimos 40 anos, particularmente em crianças (BRAMAN, 2006).

Cerca de trezentos milhões de pessoas, atualmente, em todo o mundo têm asma, e sua prevalência aumenta em 50% a cada década. A asma é subdiagnosticada e subtratada, embora o uso de corticóide inalado tenha tido um impacto positivo sobre os resultados do tratamento dessa enfermidade. O número de internações por asma, nas crianças jovens, reflete um aumento na asma grave.

Mundialmente, cerca de cento e oitenta mil mortes anualmente são atribuíveis à asma, embora as taxas de mortalidade geral tenham caído desde a década de 1980. Os encargos financeiros para os pacientes com asma, em diferentes países ocidentais, variam de US\$ 300 a US\$ 1300 por paciente/ano (BRAMAN, 2006).

A mortalidade por asma aumentou de 1996 a 2006, nos países em desenvolvimento, correspondendo 5% a 10% das mortes por causa respiratória (SBPT, 2006). Várias têm sido as justificativas para explicar esses aumentos: aumento da prevalência, acentuação da gravidade, mudanças nos critérios de diagnóstico assim como, melhoria das condições para a realização do diagnóstico, além de modificações na Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10) (SOLÉ; CAMELO-NUNES, 2008).

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas, funcionais e na avaliação da alergia. No diagnóstico clínico são indicativos de asma: sintomas episódicos; melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios esteróides); diagnósticos alternativos excluídos; um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã (III CONSENSO..., 2002).

No diagnóstico funcional deve ser feito a espirometria, pico de fluxo expiratório (PFE) e testes adicionais como, por exemplo, teste de broncoprovocação com agentes broncoconstritores (histamina). No diagnóstico de alergia devem ser feitos testes cutâneos e inaláveis (pólen) (III CONSENSO..., 2002).

O tratamento deve ser feito com duas categorias de fármacos: broncodilatadores e antiinflamatórios. A seleção dos medicamentos depende da

categorização clínica da doença e do objetivo do tratamento (WANNMACHER, 2006).

Os objetivos principais do tratamento da asma são: prevenir a limitação crônica do fluxo aéreo, manter a função pulmonar normal ou a melhor possível, reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio dos sintomas, minimizar efeitos adversos da medicação, prevenir a morte (III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002), fazer o manejo sintomático das crises evitando a utilização do serviço de emergência, evitar hospitalizações, minimizar sintomas e permitir atividades normais como o trabalho, escola e lazer (III CONSENSO..., 2002; WANNMACHER, 2006).

Há princípios do tratamento que propiciam o manejo da asma, como: todos os pacientes com asma devem receber orientações sobre sua doença e noções de como eliminar ou controlar fatores desencadeantes, especialmente domiciliares e ocupacionais. A educação dos pacientes e familiares pode ser feita individualmente ou em grupos; as diferenças entre tratamento broncodilatador sintomático e tratamento de manutenção regular devem ser enfatizadas. O paciente deve entender a doença e seu tratamento; em casos graves, um medidor de PFE deve ser utilizado para melhor autocontrole; todos os pacientes com asma persistente moderada ou grave devem ter um plano de ação escrito para uso em caso de exacerbações; a terapia deve focalizar de forma especial à redução da inflamação, evitando-se o contato com alérgenos e enfatizando o uso precoce de agentes antiinflamatórios na asma persistente (III CONSENSO..., 2002).

Pessoas com asma devem ser encaminhadas ao especialista nas seguintes situações: dúvida sobre o diagnóstico da doença; provável asma ocupacional; asma de difícil controle; sintomas contínuos apesar de altas doses de corticosteróide

inalatório ou necessidade de uso de corticosteróide sistêmico para controle; piora da asma na gravidez; adesão pobre ao tratamento; problemas psicossociais e condições clínicas que complicam a asma (ex.: sinusite crônica, refluxo gastroesofágico persistente grave) (III CONSENSO..., 2002).

Há um número importante de obstáculos à redução da asma, particularmente nos países em desenvolvimento, onde muitos pacientes têm acesso limitado aos cuidados de saúde e medicamentos essenciais (BRAMAN, 2006; SOLÉ; CAMELO-NUNES, 2008). Nos grandes centros urbanos desses países, essas taxas têm sido maiores, sobretudo em população de baixo nível sócio-econômico, com maior exposição aos fatores de risco como tabagismo ativo ou passivo, poluição atmosférica e ácaros domésticos (SOLÉ; CAMELO-NUNES, 2008).

Há registro de aumento do número de internações entre 1993 e 1999 no Brasil. Em 1996, os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações por asma foram de 76 milhões de reais; 2,8% do gasto total anual com internações e o terceiro maior valor gasto com uma única doença. (SOLÉ; CAMELO-NUNES, 2008). Em 2006, os custos do SUS com internações por asma foram de 96 milhões de reais (BRASIL, 2005).

Dados de 2005 mostram que no Brasil as hospitalizações por asma corresponderam a 18,7% daquelas por causas respiratórias e a 2,6% de todas as internações no período, com algum decréscimo em relação às décadas anteriores (SBPT, 2006).

Os problemas respiratórios representaram a segunda causa de morbidade no Brasil no ano 2000, relacionando-se à poluição atmosférica, uma das principais causas de acometimento respiratório, entre outros fatores biológicos, ambientais, econômicos ou sociais. Em Ribeirão Preto-SP, considerado um grande pólo

sucroalcooleiro, a prática da queima da palha da cana-de-açúcar causa grande discussão pelo incômodo aos moradores e pelos danos à saúde (ROSEIRO; TAKAYANAGUI, 2006).

1.2 Asma em crianças

Uma das considerações fundamentais da asma são a condição crônica da enfermidade e as repercussões no processo de crescimento e desenvolvimento da criança com asma.

Para alcançar uma adequada forma de atendimento da saúde das crianças é indispensável voltar o olhar para a família da criança (BURCIAGA; MELLO; LIMA, 2004) e para as práticas profissionais, pois é no contexto da atenção à saúde que podem ser favorecidas a prevenção de agravos, as intervenções precoces e a promoção da saúde na infância.

A asma afeta tanto a criança quanto sua família, por motivos como: a ocorrência de episódios agudos, de certa forma, imprevistos; o caráter hereditário da doença, que leva à sensação de culpa dos pais por terem provocado no filho a doença; a distorção das relações familiares, mediante a frustração de ter um filho doente; a ansiedade por não saber lidar com a doença levando a prejuízos na vida social e familiar (FROTA; MARTINS; SANTOS, 2008).

Muitas mães acreditam que o contato do filho com lugares de climas quentes ou frios e com ventos fortes agrava a doença, tendo ligação com injúrias anteriores quando interligadas com essas diversidades. Por ser a asma uma doença multifatorial, em que estão envolvidos desencadeadores alérgenos diversos, muitas vezes requer observação familiar rigorosa, para que as reações alérgicas

específicas a determinados fatores sejam percebidas individualmente (FROTA; MARTINS; SANTOS, 2008).

A educação em asma e o manejo criterioso da terapia medicamentosa são intervenções fundamentais para o controle da doença. A asma não controlada pode resultar em limitações das atividades da vida diária e até a morte (PEREIRA et al., 2011). Os sinais e sintomas da asma podem afetar a saúde da criança ao deixá-la cansada e indisposta para suas atividades, inclusive interferindo nas brincadeiras e convívio com outras pessoas.

A asma infantil é uma doença prevalente, são considerados fatores predisponentes a história pessoal ou familiar de atopia, presença de hiper-reatividade brônquica e frequência aumentada de episódios de sibilos, além de ser precipitada por infecção, poeira, pólen, mofo, pelos de animais, exposição à fumaça do tabaco e ansiedade (WANNMACHER, 2006).

Para prevenção de episódios de crise da asma são preconizadas recomendações ambientais, tais como retirada de tapetes, plantas, cortinas, brinquedos de pelúcia e animais domésticos, com enfoque na higiene doméstica como medida de educação preventiva. A asma pode ocasionar, ainda, problemas com os irmãos saudáveis, por sentirem-se negligenciados em relação ao irmão com asma, ao excluí-lo de atividades lúdicas e tratá-lo como fraco (FROTA; MARTINS; SANTOS, 2008).

Em crianças, a asma caracteriza-se como tosse crônica ou recorrente acompanhada de sibilância. A presença de sibilos caracteriza a doença respiratória sibilante ou, mais simplesmente, a doença respiratória com chiado. Episódios de doença sibilante são característicos de crianças que sofrem de asma, mas também

podem ocorrer em crianças não asmáticas afetadas por infecções respiratórias agudas (BENICIO et al., 2000).

A asma é uma das principais doenças crônicas da infância, com elevado número de internações, mortalidade crescente e alto custo social. A literatura vem apontando que 50% a 80% das crianças asmáticas desenvolvem sintomas antes do quinto ano de vida (SBPT, 2006).

Na faixa etária de menores de 4 anos de idade, na região de Ribeirão Preto-SP ocorreu o predomínio nas hospitalizações por problemas das vias aéreas, com percentagens próximas de 40% em relação ao total dos pacientes internados, e a população do sexo masculino, nessa faixa etária infantil, destacou-se em relação ao sexo feminino (ROSEIRO; TAKAYANAGUI, 2006).

No tocante à morbidade hospitalar no SUS, no município de Ribeirão Preto-SP, considerando o período do Datasus de 1998 a outubro de 2010, houve aumento do número de internações por asma em crianças menores de 1 ano e de 1 a 4 anos de idade. No município de Ribeirão Preto-SP, no período de 1998 a 2003 o número de internações nessa faixa etária foi aumentando a cada ano, ocorrendo duzentos e sessenta e oito internações por asma em 2003 segundo capítulo CID-10 doenças do aparelho respiratório, de 2004 a 2008 o número de internações por asma teve oscilações, em 2008 e 2009 teve queda e em 2010 os dados preliminares até outubro apontaram vinte e seis internações por asma (BRASIL, 2008 a).

A asma no município de Ribeirão Preto-SP, no período de janeiro de 1998 a outubro de 2010 foi a terceira causa de internação em crianças menores de 1 ano e de 1 a 4 anos de idade, com um total de mil trezentos e cinquenta e quatro internações, sendo a primeira causa a pneumonia com quatro mil oitocentos e trinta

e seis internações; a segunda causa a bronquite aguda e bronquiolite aguda com dois mil e setenta e oito internações no SUS (BRASIL, 2008 a).

A prevalência de asma em lactentes, pré-escolares e escolares, na faixa etária de 1 a 9 anos de idade, foi de 22,6%, no estudo realizado por Stephan et al. (2010), na área de abrangência de uma unidade de saúde da família (USF) em Pelotas-RS, em 2007, a partir da aplicação de um questionário baseado no International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) sobre sintomas de asma. Nesse estudo, as crianças com quatro ou mais crises de sibilos no período de 1 ano, ou com uma a três crises, sono prejudicado por sibilância ou tosse noturna e sibilos após exercícios físicos, foram consideradas asmáticas. Os lactentes apresentaram as maiores prevalências e não houve associação com sexo ou cor da pele. A prevalência de sintomas de asma foi considerada elevada, mas semelhante à outros estudos nacionais.

Paixão et al. (2006) conduziram um estudo realizado em Aracaju-SE visando investigar a prevalência da asma, de sintomas associados e identificar pacientes subdiagnosticados na faixa etária de 5 a quatorze anos, aplicou-se o questionário baseado no ISAAC aos responsáveis por crianças que procuraram os centros de saúde por qualquer doença. Foram entrevistadas 200 pessoas entre março e agosto de 2003, sendo que 8% eram crianças asmáticas, a prevalência de prováveis asmáticos foi de 25%. Em relação aos sintomas, 58% sibilavam alguma vez, 28,5% sibilaram em 1 ano, 20% sibilaram após exercícios e 55,5% apresentavam tosse noturna. Quanto ao início da crise 31% dos casos ocorreram entre 1 e 3 anos de idade. O estudo também aponta a necessidade de conhecimento dos familiares e efetivo manejo da asma em crianças.

A relação entre a redução do número de internações hospitalares por asma e as transformações ocorridas após a intervenção realizada no sistema de saúde de Londrina-PR, em 2003, com intervenção no sistema de saúde local, particularmente nas USF, foi objeto de estudo. Foram adotados os seguintes passos: elaboração de protocolo baseado no III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, fornecimento gratuito de corticosteróides inalatórios aos pacientes, capacitação de profissionais de saúde e realização de ações educativas, especialmente para a comunidade. Não houve predomínio de sexo nas internações. Houve redução acentuada do número de internações hospitalares em 2005, em comparação aos anos anteriores estudados; o declínio mais acentuado em USF foi onde a capacitação dos profissionais ocorreu há mais tempo; o índice de internação hospitalar por asma após a intervenção (2004-2005) foi significativamente menor que o encontrado antes da intervenção (2002-2003). A curva de internação mostrou queda após o ano de 2003, não sendo identificado outro fator, além da intervenção realizada, que justificasse os resultados obtidos (CERCI-NETO et al., 2008).

Monteiro-Antonio et al. (2002) investigaram a influência da asma sobre a estatura e a velocidade de crescimento em crianças e adolescentes brasileiros, considerando as condições socioeconômicas, a história da doença e o crescimento individual, foram acompanhados 66 pacientes com idade entre 4 e quatorze anos completos, no Ambulatório de Imunologia, Alergia e Pneumologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A altura foi medida ao início do estudo e a cada três meses e a idade óssea realizada uma vez durante o período de observação. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o desenvolvimento puberal. O manejo correto da asma, associado ao controle das infecções e às condições de vida favoráveis, permite que as crianças e adolescentes

cresçam normalmente, atingindo seu potencial genético pleno (MONTEIRO-ANTONIO et al., 2002).

O manejo da crise asmática em crianças de 0 a 5 anos atendidas em uma unidade de emergência pediátrica e a interferência desta no tempo de permanência da criança no serviço de emergência foi objeto de estudo na região metropolitana do Recife-PE. O estudo avaliou a conduta utilizada com a conduta preconizada pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma e o tempo de permanência da criança no serviço de emergência. Os fármacos foram utilizados de acordo com o preconizado em 28,1% dos casos. As doses dos fármacos foram concordantes com as preconizadas em 13,8% e os procedimentos de nebulização em 13,4%. Não houve associação entre as condutas utilizadas e o tempo de permanência no serviço (SANTOS; LIMA; WANDERLEY, 2007).

Para verificar a ocorrência, os fatores de risco associados à hospitalização de crianças asmáticas e o diagnóstico da assistência à saúde desses pacientes foi realizado um estudo entre 1994 e 1995 em um ambulatório de pneumologia pediátrica de Belo Horizonte-MG, que atende exclusivamente pacientes do SUS. Dos pacientes estudados, 62,2% já haviam sido hospitalizados durante sua moléstia, 64,9% iniciaram crises, e 60,9% internaram-se no primeiro ano de vida. A maioria (76,0%) apresentava formas clínicas moderadas e graves. Apesar disso, 94,2% não estavam em uso de drogas profiláticas, recebendo assistência apenas durante o episódio agudo. Nenhum dos pacientes era vinculado à atenção primária para controle periódico da doença e profilaxia com corticosteróides inalados. Os familiares (97,8%) não dispunham de conhecimentos básicos necessários ao manejo da asma. Os principais fatores de risco para hospitalização foram: a idade de início dos sintomas antes de doze meses de idade ou entre doze e vinte e quatro meses, a

escolaridade materna inferior a sete anos de estudos, a gravidade da doença, o número de consultas aos serviços de urgência igual ou superior a duas vezes por mês. Com vistas à redução dos índices de hospitalização, os serviços de saúde devem se organizar para prestar adequada assistência as crianças e adolescentes asmáticos, especialmente para os menores de 2 anos de idade (LASMAR et al., 2002).

Chatkin et al. (2000) realizaram um estudo no município de Pelotas-RS, que traçou o perfil das crianças com asma, o manejo da doença e os fatores de risco associados à consulta em um pronto-socorro. Participaram novecentos e oitenta e uma crianças de 4 a 5 anos, pertencentes à coorte de 1993. A prevalência de asma encontrada foi de 25,4%. A morbidade por asma foi elevada: 31% das crianças asmáticas haviam procurado o pronto socorro em 1 ano, 57% tinham consultado médico e 26%, foram internadas por asma. A escolaridade e renda familiar baixa associaram-se com as consultas ao pronto-socorro. Dormir em quartos com 3 ou mais pessoas também se mostrou associado, bem como severidade das crises, uso de medicamentos para asma em 1 ano e internações por asma. A prevalência de asma entre crianças pré-escolares em Pelotas é alta, levando a grande morbidade.

O significado que a criança com asma grave e sua família atribuem à doença e suas implicações na escola foi objeto de estudo desenvolvido no ambulatório de pediatria de um hospital do Município de São Paulo. As demandas do tratamento e as freqüentes crises de asma influenciaram no cotidiano da criança na escola como: falta às aulas; deixar de aprender; restrição nas brincadeiras e relacionamento conflituoso com os colegas. Tendo em vista as dificuldades encontradas pelas crianças em frequentar a escola e conviver com os colegas é necessário um

trabalho conjunto entre os profissionais de saúde e da educação, assegurando a manutenção da educação e do convívio social salutar (BORDA et al., 2009).

Um estudo realizado em três distritos de Hong Kong observou que os meninos tiveram prevalência de asma maior do que as meninas e as crianças mais velhas (10 aos 12 anos) tinham mais asma do que as crianças mais novas; os sintomas respiratórios mais comuns foram: tosse frequente, presença de secreções e sibilância (YU; WONG; LI, 2004).

Para estimar a prevalência de asma não controlada em pacientes pediátricos com asma em um serviço de saúde pediátrico dos Estados Unidos foi realizado um estudo em 2008. A prevalência de asma não controlada foi de 35% nos pacientes que procuraram o serviço com uma queixa não respiratória versus 54% nos atendidos com uma queixa respiratória. Crianças com asma não controlada atendidas com uma queixa não respiratória, eram mais propensas a ter perdido um ou mais dias de escola em vinte e oito dias comparadas com crianças com a asma controlada, 53% versus 24%. Há um impacto da asma não controlada, não só em crianças atendidas com queixas respiratórias, mas também naquelas com queixas não respiratórias. Os serviços de saúde devem avaliar o controle da asma, independentemente da razão da procura ao serviço (LIU et al., 2010).

Em Al-Majmaah, região da Arábia Saudita, o perfil socioclínico das crianças com asma e o impacto dos sintomas da asma em seu estilo de vida foi descrito em um estudo que entrevistou crianças menores de treze anos de idade, que preenchiam os critérios de diagnóstico de asma provenientes de ambulatórios de pediatria de um hospital geral e centros de cuidados primários de saúde. Evidenciou-se que as crianças do sexo masculino representaram 69% da amostra e crianças menores de 1 ano de idade manifestaram asma grave. A frequência dos sintomas de

asma diminuiu na maioria das crianças com o aumento da idade. Além disso, elas têm insignificante história familiar de asma (48,5%), mas os familiares fumam em casa afetando gravemente as crianças (59%). Além disso, a maioria delas (88%) foi caracterizada, principalmente, por uma combinação de sintomas de asma de gravidade variável, que afetou negativamente o seu padrão de sono e resultou em faltas escolares e dias de maior permanência no hospital. O perfil das crianças revelou que ter asma ocasiona um impacto negativo sobre seu estilo de vida, o que demonstra a necessidade de reativar as modalidades de tratamento pertinentes, incluindo a educação em saúde e as mudanças de hábitos como o tabagismo dos pais em casa (AL-GHAMDY et al., 2000).

Para determinar se a implementação de um programa de cuidados baseados em evidências de asma em centros comunitários de atenção primária leva a melhora dos resultados clínicos em pacientes com asma (idades entre 2 a cinquenta e cinco anos e com doze meses de acompanhamento), uma pesquisa foi feita em centros de atenção primária de Ontário, no Canadá, constituído por elementos com base no Consenso Canadense de Asma. Ao final do período de acompanhamento, havia reduções estatisticamente significativas na exacerbação da asma auto-referida de 77,8% para 54,5%; de visitas por asma à sala de emergência de 9,9% para 5,5%; absenteísmo escolar em crianças de 19,9% para 10,2%; perda de produtividade em adultos de 12,0% para 10,3%; sintomas descontrolados de asma durante o dia de 62,4% para 41,4%; e sintomas descontrolados de asma noturna de 46,4% para 25,4% (TO et al., 2008).

Para verificar se a obesidade está associada com a diminuição do PFE, aumento dos sintomas de asma e aumento no uso de serviços de saúde, nos departamentos de emergência e em unidades de cuidados primários nos Estados

Unidos foi feito um estudo com crianças de 4 a 9 anos com asma. As crianças obesas e não obesas não diferem em termos de idade, sexo, renda familiar, tabagismo passivo, a saúde mental do cuidador e a reatividade ao teste de pele aos alérgenos domiciliares. As crianças obesas eram frequentemente latinas. Não houve diferenças entre os grupos em termos de pontuação do PFE. Durante os nove meses após a avaliação inicial, o grupo de obesos apresentaram maior número médio de dias de chiado em duas semanas, e uma maior proporção de indivíduos obesos tiveram consultas não programadas ao serviço de emergência. Não houve diferenças entre os grupos em termos de frequência de internação, ou em despertares noturnos (BELAMARICH et al., 2000).

Ao analisar o desenvolvimento de uma equipe multidisciplinar em um programa de manejo da asma e avaliar o impacto deste programa sobre os processos de atendimento, cuidados de saúde e utilização para adultos e crianças com asma em Chicago-EUA. Apenas 20% dos entrevistados adultos com asma relataram ter um tratamento em um plano escrito. A documentação médica melhorou para o diagnóstico de asma (83,3% versus 98,6%), assim como a educação do paciente (15,7% versus 26,1%). Não foram observadas melhorias no aconselhamento à cessação do tabagismo. Os atendimentos relacionados à asma no serviço de emergência diminuíram de 148/1000 para 88/1000, e as hospitalizações relacionadas à asma diminuíram de 81/1000 para 37/1000 (PATEL; WELSH; FOGGS, 2004).

Para identificar os fatores de risco para o uso do departamento de emergência entre crianças com asma usando serviço de cuidados primários de Detroit-EUA. As crianças de 5 a quatorze anos entre 1992 e 1996 com asma foram identificadas e acompanhadas. O uso do serviço de emergência por asma foi de

23%. Uso do serviço de emergência foi maior entre as crianças com uso da emergência por asma prévia; mas diminuiu com o aumento da idade, com a frequência de visitas a um médico da atenção primária e entre as crianças que estavam sendo atendidas por um alergologista. Nenhuma relação significativa foi encontrada entre uso do serviço de emergência por asma e raça, renda familiar ou outras características do paciente (LAFATA; XI; DIVINE, 2002).

Estudo realizado no Kansas-EUA averiguou que crianças com asma usuárias de convênios de saúde utilizam frequentemente as salas de emergência. Os pais expressaram forte preferência para o tratamento em serviços de cuidados primários, e identificaram dificuldades na utilização de cuidados primários de saúde como uma das principais razões para o uso das salas de emergência. Os sistemas eram mal adaptados às necessidades do paciente, uma percepção que os médicos preferiram que os pacientes usassem os serviços de emergência e as dificuldades de obtenção de medicamentos. Os pais não tinham conhecimento de medidas preventivas, mas tinham grande interesse. Os pais não tinham muito conhecimento sobre os fatores de risco da asma, as estratégias preventivas durante atendimentos nos serviços de cuidados primários, entretanto as crianças com alta utilização das salas de emergência tinham múltiplos fatores de risco, incluindo a exposição aos altos níveis de tabagismo no domicílio. O estudo aponta que a redução da utilização das salas de emergência por crianças asmáticas depende de superar barreiras ao tratamento eficaz nos serviços de cuidados primários e na atenção maior aos serviços de prevenção (FREDRICKSON et al., 2004).

Para determinar se existe uma associação entre ter uma relação contínua com um serviço de cuidado primário pediátrico e a diminuição do risco de internação na emergência, foi realizado um estudo em Washington-EUA (CHRISTAKIS, 2001).

Os pacientes foram continuamente envolvidos durante um período de 2 anos ou desde o nascimento e fizeram pelo menos 4 visitas a um dos serviços primários. Crianças com menor continuidade dos cuidados foram mais propensas a ter visitado o serviço de emergência e de serem hospitalizadas. Estes riscos foram ainda maiores entre as crianças com asma. O estudo destaca que a baixa continuidade da atenção primária está associada com maior risco de utilização do serviço de emergência e de internação e que são essenciais os esforços para melhorar e manter a continuidade dos cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS) (CHRISTAKIS, 2001).

Para investigar as diferenças raciais e étnicas da asma aguda entre crianças em serviços de emergência foi realizado um estudo em dezoito estados dos Estados Unidos. Dos pacientes, 62% eram negros, 23% eram latino-americanos e 15% eram brancos. Crianças negras tinham maior número de admissões e mais atendimentos no serviço de emergência. Apesar da acentuada diferença de raça e etnia na asma crônica, todos os grupos raciais e étnicos apresentaram gravidade similar na asma aguda, com barreiras atribuíveis a fatores socioeconômicos. Os prestadores de cuidados de saúde e formuladores de políticas devem visar equalização de deficiências nas práticas de prescrição de medicação preventiva (BOUDREAUX et al., 2003).

Outro estudo analisou dados de uma pesquisa nacional, entre 2005 e 2006, com crianças, para avaliar a relação entre cuidados médicos em casa e utilização de salas de emergência entre as crianças dos Estados Unidos. Quase metade das crianças asmáticas (49,9%) teve atendimento médico em casa. Receber cuidados por profissionais da APS foi associado com menos atendimentos à emergência. Cuidados da APS em que médicos e pais compartilham a responsabilidade de

assegurar que as crianças tenham acesso aos serviços necessários podem melhorar a saúde da criança (DIEDHIOU et al., 2010).

Estudo com crianças com asma que moram em Hartford, Connecticut-EUA, também avaliou a relação entre visitas a serviços de saúde na APS e ao serviço de emergência por asma. Crianças com asma com um número maior de atendimentos na APS foram menos propensas à ter atendimento ao serviço de emergência. Menos de 17% de todas as crianças com asma que visitaram o serviço de emergência tinham qualquer prescrição de medicamento para tratamento da asma nos últimos 3 meses antes do uso da emergência. O estudo aponta que atendimentos na APS estão associados com menos atendimentos ao serviço de emergência (SMITH; WAKEFIELD; CLUTIER, 2007).

Outro estudo, realizado no Caribe, demonstrou que crianças asmáticas sobrecarregam o sistema de saúde através de repetidas visitas à sala de emergência (MOHAMMED et al., 2006). A prevalência na utilização do serviço de emergência em 1 ano foi de 59,7% e para visitas repetidas foi de 40,3%, a média de idade de início de sibilância foi de 2,8 anos, os fatores preceptores independentes às visitas repetidas ao serviço de emergência foram: mães com histórico de asma, exposição a perfumes/cheiros, uso de corticosteróides inalados e faixa etária jovem. Crianças entre 1 e 5 anos de idade (63,8%) e entre 6 e doze anos de idade (60,2%) apresentavam sibilância nas estações seca e chuvosa. O acompanhamento nas consultas era de 32,3% e não incluíam intervenções educativas. O uso repetido ao serviço de emergência na asma pediátrica ressalta a necessidade de profissionais de saúde e cuidadores desenvolverem um plano de manejo da asma observando os fatores preceptores identificados para auxiliar na redução da sobrecarga de asma (MOHAMMED et al., 2006).

Visando determinar se marcar uma consulta no momento de um atendimento à emergência melhora o acompanhamento na APS, os efeitos dessa intervenção na saúde, em curto prazo, e a utilização de medicamentos recomendado no controle preventivo da asma foi realizado estudo na Filadélfia, Pensilvânia-EUA. Pacientes de 2 a dezoito anos fizeram parte de grupo de intervenção e controle. Ambos, intervenção e controle, foram semelhantes nas variáveis demográficas, bem como pela história de asma, sintomas e uso de medicação anteriormente. Apenas 38% relataram o uso de medicação de controle diário, embora 70% descreveram os sintomas da asma persistente. Para o grupo intervenção, consultas de acompanhamento foram obtidas com sucesso. Durante as 4 semanas após a visita à emergência os sujeitos do grupo intervenção foram mais prováveis de realizar o acompanhamento na APS do que o controle (64% versus 46%). Os grupos controle e intervenção não diferiram no retorno ao atendimento de emergência, em não ir à escola ou trabalho, ou no uso diário de medicação de controle (58% versus 54%), quatro semanas após visita a emergência (ZORC et al., 2003).

O uso do serviço de saúde é um indicador indireto da morbidade, também conhecido como o aumento do número de internação e de reinternação em crianças entre 0 a 4 anos de idade em casos de asma (MARTÍNEZ et al., 2004). Esse estudo aponta que o conhecimento sobre o controle, em longo prazo, e os tratamentos de resgate inicial em pacientes asmáticos são fatores modificáveis que podem ajudar a reduzir os custos gerados pela internação de casos agudos da doença. A evolução clínica e a resposta ao tratamento estão relacionados com a idade e nos resultados desse estudo os pacientes com menos de 3 anos tiveram uma estadia mais prolongada no hospital e também houve um aumento das internações por asma nos meses chuvosos.

A frequência do uso do serviço de emergência pode ser devido a pacientes que não receberam uma oferta de tratamento a longo prazo ou por desconhecerem o tratamento de emergência inicial. Para Salgado Aguilar et al. (2006), esses fatores aumentam o custo da doença e se os pacientes e suas famílias não reconhecerem a importância de seguir as instruções sobre a maneira correta de tratar os efeitos agudos da asma e os fatores desencadeantes da mesma, ocorre um predomínio de atendimento de crises de asma aguda em serviços de urgência.

Estudo para determinar o nível de conhecimento das mães sobre a asma, as medidas de prevenção e o manejo da asma aguda em crianças foi realizado em Lima-Peru, com mães de crianças entre 2 a 9 anos de idade que participaram de um programa de acompanhamento da asma. O nível de conhecimento das mães sobre a doença e as medidas preventivas da asma aguda foram regulares. No entanto, o estudo encontrou que as mães com mais anos de estudo apresentam um conhecimento melhor sobre medidas de prevenção, enquanto as mães com nível de conhecimento baixo tiveram mais admissões nos serviços de emergência, apontando que o nível de conhecimento das mães sobre a doença está associado com a qualidade do manejo da asma e do número de internações. As medidas preventivas menos praticadas são aquelas relacionadas à limpeza da casa, remoção de poeira e uso de substâncias com odores fortes, na presença da criança (PEREYRA, 2000).

Outros dados também têm sugerido que a qualidade de vida em algumas condições de saúde está associada aos sintomas depressivos. Com uma prevalência crescente da asma, particularmente em populações de baixa renda, os dados disponíveis sugerem que os sintomas depressivos estão associados com a não conformidade com o uso da medicação para a asma e com a morte súbita em

pacientes com asma. No entanto, há poucos dados disponíveis sobre a prevalência de sintomas depressivos, estado mental e qualidade de vida nessa população com asma (BROWN et al., 2000).

A saúde da criança, particularmente nos países latino-americanos, tem sido uma preocupação constante da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em consonância com as Metas do Milênio para o Desenvolvimento, declarada em 2000 pelas Nações Unidas. No âmbito da saúde, as Metas para o Desenvolvimento do Milênio implicam em compromissos por todos os países em relação ao desenvolvimento global das sociedades, com os principais desafios de: promover a redução da pobreza, a educação, a saúde materna, a igualdade de gênero e o propósito de combater e reduzir a mortalidade infantil, na perspectiva de uma aliança global. Assim, motivada pelos preocupantes indicadores de saúde, a OPAS/OMS tem envidado esforços para a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004 a).

A APS, também denominada no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a expressão que ganha corpo no país, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território (BRASIL, 2009).

Os princípios da APS foram enunciados em Alma Ata, em 1978. A APS foi definida como: atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis à indivíduos e famílias na comunidade, parte integral do sistema de

saúde do país, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1979).

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal, e o foco da atenção é a pessoa, e não a doença (BRASIL, 2009).

A essência da definição renovada da APS, lançada em 2007, é relativamente a mesma contida na Declaração de Alma-Ata, mas enfoca o sistema de saúde como um todo, inclui os setores público, privado e sem fins lucrativos e aplica-se a todos os países. Descarta a noção de APS como um conjunto de serviços (eles devem ser congruentes com as necessidades locais) e a noção de APS como definida por tipos específicos de pessoal de saúde (considera que as equipes que trabalham na APS devem ser definidas em conformidade com os recursos disponíveis, as preferências culturais e as evidências) (OPAS, 2007).

A APS renovada, de acordo com a OPAS, deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. O documento enfatiza um conjunto de valores, princípios e elementos para auxiliar no processo de renovação da APS. Em relação aos valores, são ressaltados o direito ao mais alto nível possível de saúde, a equidade e a solidariedade, com um conjunto de princípios que englobam: receptividade às necessidades de saúde das pessoas, serviços orientados à qualidade, responsabilização governamental, sustentabilidade

do sistema de saúde, justiça social, participação e intersectorialidade; e um conjunto de elementos estruturais e funcionais: cobertura e o acesso universais, atenção abrangente e integrada, ênfase na prevenção de agravos e na promoção da saúde, atenção apropriada, baseada na família e na comunidade, mecanismos de participação ativa, organização e gestão otimizadas, políticas e programas pró-equidade, primeiro atendimento, recursos humanos apropriados, recursos adequados, sustentáveis e ações intersectoriais (OPAS, 2007).

Os atributos da APS são denominados: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A longitudinalidade está voltada para a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção devem refletir fortes laços interpessoais e cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde. A integralidade relaciona-se aos arranjos que as unidades e profissionais devem fazer para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas, incluindo o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros. A coordenação da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas que exigem mais do que uma consulta ou exigem transferência de informações (STARFIELD, 2002).

O Ministério da Saúde (MS) definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no país (BRASIL, 2009). A Saúde da Família é a estratégia adotada pela política de AB da saúde no Brasil, para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. A saúde da criança está entre as áreas estratégicas dessa política (BRASIL, 2006 a).

Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (BRASIL, 2009).

Uma equipe de saúde da família, em geral, é composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), que trabalha com a definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (BRASIL, 2009; ESCOREL et al., 2007). Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de odontologia (cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal). Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes (BRASIL, 2009).

A USF deve constituir a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços (ESCOREL et al., 2007). Portanto, essas unidades são o primeiro contato das crianças com problemas respiratórios e crises de asma, entre outros agravos. Assim, os profissionais devem estar capacitados para desenvolver ações preventivas, orientando os cuidados de acordo com a realidade que a família está inserida.

A recomendação governamental é que cada equipe de ESF fique responsável por seiscentas a mil famílias (dois mil e quatrocentos a quatro mil e quinhentos habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da AB (ESCOREL et al., 2007).

A redução da morbimortalidade na infância está entre os objetivos primordiais da estratégia Atenção Integrada às Enfermidades Prevalentes na Infância (AIDPI), preconizada pela OMS/OPAS, concentrando-se especialmente na diminuição de doenças infecciosas, como as infecções respiratórias, a diarreia, e a desnutrição, no total de registros da mortalidade infantil. Nesse sentido, órgãos públicos orientam esforços para apoiar a adaptação e implantação dessa estratégia nos países com indicadores de saúde infantil que demandam melhoria, onde tais doenças causam internações e mortes (BRASIL, 2002; BENGUIGUI; CUNHA; SILVA, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

No Brasil, a estratégia AIDPI está em consonância com a ESF. A asma é um agravo à saúde que está contemplado na estratégia AIDPI, entendida como uma enfermidade prevalente dentro dos problemas respiratórios que acometem as crianças, sendo, portanto, uma condição que deve ser acompanhada pela AB.

Estudos vêm apontando que a aplicação da estratégia AIDPI contribui para melhorar aspectos da qualidade da atenção à saúde da criança, tais como: melhor uso de antibióticos e outros medicamentos, captação de esquemas incompletos de vacinação, de cobertura de medidas preventivas, melhora de conhecimentos dos

pais (BENGUIGUI; CUNHA; SILVA, 2006); adesão e integração da equipe de saúde da família (FELISBERTO et al., 2006); e incremento do acolhimento às crianças em unidades de saúde da família (PINA et al., 2009).

Crianças com asma necessitam ser acompanhadas no contexto do seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil, buscando a integralidade da assistência, prevenção de agravos, enfrentamento dos problemas, tratamento adequado e promoção da qualidade de vida.

O crescimento e desenvolvimento infantil é o eixo norteador do cuidado da saúde da criança, é um processo amplo, contínuo e complexo, além de referências técnicas, implicam medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interações com a criança, a família, a comunidade, os serviços de saúde e outros setores sociais (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007).

A criação e manutenção do vínculo da equipe de saúde com as famílias propiciam abordagens para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação completa, prevenção de problemas e agravos, promovendo o cuidado em tempo oportuno (BRASIL, 2002). Muitas dessas ações de saúde da criança estão configuradas nas propostas e diretrizes da AB à saúde da criança e na ESF.

As práticas preventivas, promocionais e terapêuticas da asma são relevantes para a atenção à saúde de crianças, e por ser uma doença crônica, ter recidivas de crises asmáticas, entre outros aspectos, é fundamental que os profissionais de saúde busquem conhecer e valorizar os saberes práticos e o que é cientificamente demonstrado por evidências para intervir no processo saúde-doença e cuidado. Uma abordagem que tem o potencial de conduzir significativos benefícios para a saúde pública é identificar o grupo de maior risco de desenvolver a asma, medir fatores de

risco com precisão e desenvolver intervenções eficazes, como mudar exposições ambientais, visando à prevenção da asma (PEAT et al., 2001).

Comumente, o controle poderia indicar prevenção total da doença ou mesmo a sua cura, mas no caso da asma, em que, presentemente, nenhuma dessas opções é realista, no que se refere ao controle das manifestações clínicas e funcionais, a adesão ao tratamento é essencial para um resultado positivo. Na asma, os tratamentos, em geral, estão voltados para o manejo sintomático das crises, a profilaxia, a diminuição dos sintomas, a melhora da função pulmonar, a redução dos distúrbios do sono, além de evitar hospitalizações e os dias de absenteísmo escolar (SBPT, 2006).

Estudo em Fortaleza-CE aponta que a falta de informação e de esclarecimentos por parte das equipes responsáveis pelos atendimentos, a baixa escolaridade das mães, a falta de acesso a serviços de saúde com acompanhamento especializado e estratégias de promoção de saúde e de prevenção da asma, possivelmente, estão relacionados com a incompreensão sobre a doença do filho pelos pais ou responsáveis (FROTA; MARTINS; SANTOS, 2008).

Um estudo investigou a percepção de crianças, jovens e seus pais sobre serviços de cuidados primários para asma na infância (DIXON-WOODS et al., 2002). Os pais destacaram a qualidade, a organização, o acesso aos cuidados de saúde e a atenção como importantes para a natureza complexa e desafiadora da relação pais e profissional. Os pais tinham várias funções, viam-se como cuidadores e advogados, tal como usuários dos serviços de saúde. Crianças e jovens estão dispostos e são capazes de dar opiniões ativas e críticas sobre os serviços de saúde e as opiniões dos pais também devem ser levantadas para o próprio direito deles.

A educação em saúde com vistas ao manejo da asma é importante, contudo há poucos estudos sobre as características dos pacientes que recebem educação em saúde sobre asma ou como são fornecidas estas informações em saúde aos pacientes na APS. Um estudo analisou os atendimentos médicos nos Estados Unidos, o qual depreendeu que os pacientes que receberam informações sobre manejo da asma tiveram consultas médicas maiores que vinte minutos e fizeram consultas de acompanhamento ao invés de somente uma consulta inicial. Pacientes com consultas com médicos de família, na APS eram mais prováveis de receber educação em saúde no manejo da asma do que com os médicos dos serviços de emergência ou pediatras (SHAH et al., 2008).

A educação em asma é associada com a diminuição de internações e atendimentos no serviço de emergência. Objetivando descrever as tendências na oferta de educação em saúde sobre asma por profissionais em APS, Hersh et al. (2010) evidenciou a porcentagem de atendimentos por asma onde a educação sobre a enfermidade asma foi fornecida, ocorrendo uma diminuição durante o período de estudo de 50% em 2001-2002 para 38% em 2005-2006. A educação sobre asma foi fornecida menos freqüentemente durante as visitas não relacionadas à asma em comparação ao atendimento com a queixa e situação de asma (12% versus 38%). O estudo aponta que a educação sobre asma é subutilizada pelos médicos na APS e que são necessárias intervenções destinadas a promover a sensibilização e maior utilização de educação em asma (HERSH et al., 2010).

A asma, a doença crônica mais comum na infância, é uma condição significativa em torno da qual é preciso explorar os pontos de vista dos profissionais que atuam nos serviços de saúde com atendimentos de crianças, especialmente nos cuidados voltados para a APS.

Os profissionais de saúde têm, portanto, uma responsabilidade para identificar os sinais e sintomas da asma, esclarecer e informar aos pais ou cuidadores e ficar atentos às ações preventivas, de promoção, diagnóstico precoce, intervenção e manejo da asma, entre outros, visando o acompanhamento da saúde da criança e sua família, na perspectiva da longitudinalidade e do cuidado integral à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral analisar as experiências dos profissionais de saúde da ESF para o acompanhamento de crianças menores de 5 anos de idade com asma, na perspectiva do cuidado integral à saúde, fornecendo subsídios para a atenção primária em saúde da criança.

2.1 Objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais na ESF nas unidades investigadas;
- Descrever os sinais e sintomas, as medidas preventivas e promocionais e o tratamento relacionado à asma em crianças que os profissionais de saúde relatam na ESF;
- Identificar e analisar as experiências dos profissionais de saúde no acompanhamento da saúde de crianças menores de cinco anos de idade com asma no contexto da ESF, na perspectiva do cuidado integral em saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com análise qualitativa dos dados.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

As abordagens qualitativas se conformam melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a óptica dos autores, de relações e para análises de discursos e documentos (MINAYO, 2008).

Esta abordagem está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências da vida em sociedade e à maneira como as pessoas compreendem o mundo. Nela, o pesquisador rejeita a formulação de leis universais para explicar os fenômenos sociais e afirma que as várias interpretações da realidade só podem ser obtidas por meio da relação intersubjetiva entre o sujeito e objeto de conhecimento. Reconhece, ainda, que o conhecimento científico dos fenômenos sociais resulta de um trabalho de interpretação, que só é possível com a interação entre o investigador e os participantes, para que o primeiro possa reconstruir a ação e seus significados (POPE; MAYS, 2009).

Assim, optamos pela abordagem qualitativa para apreensão do conjunto das experiências dos profissionais na ESF no acompanhamento da saúde de crianças menores de 5 anos de idade com asma.

Esse tipo de pesquisa permitiu um olhar para as experiências dos profissionais de saúde, procurando explorar o cotidiano das práticas de saúde da

criança, particularmente quanto ao agravo da asma na infância. A busca de fontes primárias possibilitou uma aproximação da realidade contextualizada, descrevendo fenômenos que ocorrem e abordando, particularmente, os aspectos sobre os sinais, sintomas e fatores que os profissionais de saúde elegem para a identificação precoce de casos de asma, as práticas promocionais, preventivas e o seguimento da saúde de crianças menores de 5 anos de idade no contexto da ESF.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto-SP, no Distrito Oeste de Saúde. Este distrito sanitário está regionalizado e hierarquizado na atenção à saúde de acordo com as políticas municipal, estadual e federal de saúde. Nesta região há uma população de 140 mil habitantes. Há cinco Unidades Básicas de Saúde, 05 unidades com Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, 08 unidades com ESF, além de uma Unidade Distrital de Saúde com serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas e policlínica de especialidades.

O estudo foi realizado em quatro equipes de quatro unidades com ESF, que têm maior número de crianças menores de 5 anos de idade cadastradas e em acompanhamento, conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS / RP). A partir de um levantamento com base em dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹, foram selecionadas quatro equipes com os maiores números de crianças menores de 5 anos de idade cadastradas e em acompanhamento. Neste estudo, as unidades ESF serão denominadas de Unidade A, B, C e D.

¹ ¹ Dados do consolidado da Secretaria Municipal da Saúde coletados do SIAB nas Unidades com ESF (dados não publicados)

3.3 Participantes

Os participantes foram os profissionais de saúde das unidades de ESF, sendo eles médicos, enfermeiros, ACS e auxiliares técnicos de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: profissionais que estão trabalhando nas unidades há pelo menos um ano, que acompanham e atendem crianças menores de 5 anos de idade.

Participaram do estudo vinte e cinco profissionais de saúde, cuja caracterização será apresentada nos resultados desta Dissertação.

3.4 Coleta de Dados

O estudo foi baseado em entrevistas semiestruturadas, com vistas à análise das experiências dos profissionais de saúde na ESF em relação ao acompanhamento da saúde de crianças menores de 5 anos de idade com asma.

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2008). O entrevistador segue questões definidas a priori, adotando postura desenvolta, proporcionando o diálogo e ficando atento para o foco do estudo, fazendo perguntas adicionais caso seja preciso elucidação ou recompor o contexto da entrevista (BONI; QUARESMA, 2005).

O entrevistado, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, colabora na construção do conteúdo da pesquisa (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

As entrevistas foram gravadas e foi utilizado um roteiro da entrevista (Apêndice A).

Para ajustes do roteiro da entrevista, foi realizada uma coleta de dados prévia com entrevista semiestruturada em outra unidade com ESF, a qual não estava entre as quatro unidades selecionadas para o estudo. Essa etapa foi importante e necessária para adequação da coleta de dados e modificação de algumas questões. As entrevistas foram individuais, com agendamento de dia e horário, em sala no próprio local de trabalho. A duração das entrevistas foi entre 40 e 50 minutos.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente trabalho foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) / Universidade de São Paulo (USP), sob o protocolo nº 1136/2010 (Anexo A), em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito do caráter do estudo e seus objetivos, solicitando sua participação e consentimento, garantindo o sigilo dos dados coletados. Foram também informados a respeito de sua liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, bem como obter informações sobre os seus resultados, sem penalização alguma. Após terem ciência do exposto acima, aqueles que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi pautada pela análise temática (MINAYO, 2007).

Na construção e discussão do material empírico das entrevistas buscou-se identificar, descrever e discutir os significados organizadores dos relatos acerca das situações e ações ligadas ao acompanhamento da saúde da criança com asma no âmbito da ESF.

Após a transcrição das entrevistas gravadas, todo o material digitado foi organizado em arquivos individuais. Na interpretação dos relatos foram percorridas as seguintes etapas: a) leitura preliminar do material buscando mapear as idéias atribuídas pelos sujeitos às perguntas feitas; b) interpretação dos conteúdos e posicionamentos dos sujeitos, frente aos significados orientadores de seus relatos; c) elaboração de uma síntese interpretativa (MINAYO, 2007).

Os recortes de falas das entrevistas tiveram a denominação por código em E1, E2, E3 e assim sucessivamente, e a profissão exercida por cada profissional foi abreviada em: enfermeiro (a) (ENF), médico (a) (MED), agente comunitário (a) da saúde (ACS), auxiliar de enfermagem (AUX ENF) e técnico de enfermagem (TEC ENF), e após foi explicitada a unidade de saúde em: A, B, C e D. Desse modo os relatos serão apresentados por E1 ENF – unidade A, e assim por diante.

No Quadro 1 é apresentada uma síntese da organização dos dados das entrevistas, com os subtemas e temas.

Quadro 1 - Temas e subtemas utilizados para a organização e interpretação das falas dos entrevistados nas Equipes de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2012.

Recortes das falas	Subtemas	Temas
<i>O atendimento acontece por dois motivos, ora o atendimento já está previamente agendado. E aí, dependendo do estado geral dessa criança, a própria mãe acaba optando por trazer quando há necessidade na consulta eventual. (E3 ENF-unidade A)</i>	Tipo de atendimento	A organização da assistência à criança
<i>Além das consultas agendadas, a gente faz o acolhimento, pergunta para mãe a queixa, há quanto tempo, por exemplo, se tem tosse, se teve febre, desde quando, outros agravantes que as mães podem procurar o serviço de saúde quando necessário. (E1 ACS-unidade B)</i>	Acolhimento	
<i>Para o recém-nascido (RN) é realizado visita logo no nascimento. (E7 ENF-unidade D)</i>	Visita domiciliar	
<i>Quando a criança nasce já entra no esquema de puericultura, que é o acompanhamento de forma próxima, mensal, bimensal e depois a gente orienta o agendamento a cada seis meses. (E3 ENF-unidade A)</i>	Cronograma de rotina da assistência em puericultura	
<i>Resfriado, rinite, infecção de garganta, problemas na respiração. (E5 ACS-unidade D)</i>	Motivos de procura	
<i>Sempre tem, só que no inverno geralmente aumenta mais [problema respiratório]. (E4 MED – unidade A)</i>	Épocas que propiciam o aparecimento de sinais e sintomas	
<i>O chiado, aperto no peito, dificuldade de respirar, conforme a criança respira abre um tipo de buraco no peito, mas não lembro o nome mais. (E1 AUX ENF- unidade B)</i>	Sinais e sintomas indicativos de asma em crianças	O tratamento e o acompanhamento da saúde da criança com asma
<i>Eu acho que está relacionado ao ambiente em que ela [a criança] vive, ou muda temperatura, assim muda o padrão respiratório. (E7 ENF- unidade D)</i>	Aspectos do ambiente e do cotidiano	
<i>Além dos medicamentos inalatórios e corticóides, também são dadas as orientações para a mãe como deixar o ambiente mais propício para a criança, arejado. (E5 MED-unidade B)</i>	Uso de alguns medicamentos	
<i>Eu não vou entrar muito nessa parte farmacológica, porque não sei, não faço prescrição, mas a administração é da gente, sei dos aerossóis, bombinha. Mas, também existe uma questão indiscriminada do uso de aerossóis, que é usado em casa, muitas vezes, pela família de forma inadequada. (E7 ENF-unidade C)</i>	Uso indiscriminado de medicamentos	
<i>Acompanhamento é feito aqui, se o médico acha necessário ele faz encaminhamento para a atenção hospitalar ou alguma avaliação com alergista, especialista, via encaminhamento. (E7 ENF-unidade D)</i>	Seguimento especializado	
<i>Ações preventivas, você pega as orientações básicas em relação ao ambiente, quarto, dormitório, a casa em geral, aos animais, bichos. (E4 MED- unidade A)</i>	Medidas de proteção e prevenção	
<i>Orientamos a retirar as cortinas, tapetes, arejar o ambiente, não deixar a criança sem roupa de frio ou agasalho. (E2 ACS- unidade B)</i>	Orientações no domicílio	A família e o cuidado da criança com asma
<i>Tem os que fazem questão de mostrar que fazem o que nos orientamos, mas tem os que nem ligam e continuam com o mesmo problema. (E3 ACS-unidade D)</i>	Adesão às orientações	
<i>Sempre ouvem a gente, na medida do possível. Mas, elas [mães] não abrem mão dos remédios caseiros, que eles sempre dão, que são os chás, que nós nem perguntamos o que elas põem, deixa para lá, elas põem mesmo. (E4 ACS-unidade B)</i>	Uso de medidas caseiras	
<i>A gente tem isso direcionado para a mãe. O pai, muitas vezes, não participa, mesmo quando a gente faz atividades educativas. Primeiro, acho que pela cultura mesmo, a mulher é responsável pelos cuidados da família e o pai pelo trabalho. Às vezes, a gente vê pais que trazerem o filho, mas isso acontece quando o pai trabalha à noite e a mãe durante o dia. (E7 ENF-unidade D)</i>	A figura materna	

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são descritos e analisados os resultados, organizados em: Caracterização das unidades de saúde da família e dos participantes do estudo; A organização da assistência à saúde da criança; Tratamento e acompanhamento da saúde de crianças com asma; A família e o cuidado da criança com asma.

4.1 Caracterização das unidades de saúde da família e dos participantes do estudo

No Quadro 2 são apresentados os números das equipes existentes em cada uma dessas quatro unidades selecionadas, o número de famílias cadastradas, o número de profissionais pertencentes às unidades e os que participaram das entrevistas das unidades de ESF de Ribeirão Preto.

Quadro 2: Distribuição do número de equipes, de famílias com crianças cadastradas e de profissionais nas unidades de Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2012.

Unidades	Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
Número de equipes	3 ESF, 2 Equipe Saúde Bucal (ESB)	1 ESF	1 ESF	2 ESF, 1 ESB
Número de famílias cadastradas em dezembro, 2009	1027	945	610	655
Número de crianças cadastradas com até 5 anos em dezembro, 2009 – SMS/RP	385 na equipe de ESF entrevistada e 218 na equipe de ESF não entrevistada	374 na equipe de ESF entrevistada	265 na equipe de ESF entrevistada	308 na equipe de ESF entrevistada e 277 na equipe de ESF não entrevistada
Número de profissionais existentes nas equipes entrevistadas	Total: 06 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 3 ACS	Total: 09 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 5 ACS	Total: 09 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 técnico de enfermagem, 5 ACS	Total: 10 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliar de enfermagem, 6 ACS
Número de entrevistados	Total: 04 1 médico, 1 enfermeira e 2 ACS	Total: 06 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 3 ACS	Total: 06 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 4 ACS	Total: 09 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 6 ACS

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP (2010)

A equipe da unidade de ESF com maior número de crianças cadastradas foi a Unidade A, com trezentos e oitenta e cinco crianças menores de 5 anos de idade. A segunda equipe é da unidade B com trezentos e setenta e quatro crianças cadastradas, seguida pela equipe da Unidade D com trezentos e oito crianças e da unidade C com duzentos e sessenta e cinco crianças cadastradas.

Na USF A, aceitaram participar da entrevista uma médica, uma enfermeira e duas ACS, houve recusa de uma ACS e de uma auxiliar de enfermagem. Os outros funcionários desta Unidade eram: um aprendiz que trabalha nos serviços de prontuários e na recepção, um dentista, um auxiliar de serviços, um auxiliar administrativo, um auxiliar de farmácia, um farmacêutico, um auxiliar de consultório dentário e dois agentes de segurança.

Na USF B aceitaram participar da pesquisa uma auxiliar de enfermagem, três ACS, um médico e uma enfermeira. Recusaram participar uma auxiliar de enfermagem e um ACS. Estava de férias uma ACS que também não participou da pesquisa. Os outros membros que trabalham nessa unidade eram: residentes de medicina de família e de outras áreas, um auxiliar de serviços gerais e um agente administrativo.

Na USF C foram entrevistadas quatro ACS, um técnico de enfermagem e uma enfermeira. Houve recusa de um auxiliar de enfermagem e uma ACS. Um médico tinha menos de um ano de trabalho nessa unidade e foi excluído, considerando os critérios deste estudo. Os outros funcionários dessa unidade eram: um recepcionista e uma faxineira.

Na USF D participaram da entrevista seis ACS, um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Uma auxiliar de enfermagem que estava de férias não participou da pesquisa. Os outros funcionários eram: um dentista, um auxiliar de consultório odontológico, um agente administrativo e um auxiliar de limpeza.

As unidades A, B, C e D recebem alunos de graduação de diferentes cursos da área da saúde, vinculadas à USP de Ribeirão Preto.

Participaram do estudo vinte e cinco profissionais, sendo 04 da Unidade da A, 06 da unidade B, 06 da unidade C e 09 da unidade D. Dos vinte e cinco entrevistados, vinte e três eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Os 2 participantes do sexo masculino eram médicos.

Onze entrevistados tinham idade de trinta e um a quarenta anos, onze entrevistados de quarenta e um a cinquenta anos e 3 entrevistados tinham de cinquenta e um a sessenta anos. Seis entrevistados tinham 1 filho, quatorze tinham 2 filhos, dois tinham 3 filhos, um tinha 4 filhos e dois entrevistados não tinham filhos.

Dos entrevistados, dezesseis têm ensino médio completo, 8 entrevistados têm ensino superior completo e 1 entrevistado tem o ensino fundamental completo. Dos quinze ACS que participaram do estudo, somente 1 tem ensino superior completo (pedagogia), treze entrevistados têm o ensino médio e 1 ACS tem ensino fundamental. Os auxiliares e técnicos de enfermagem têm ensino médio. Entre os entrevistados, há quatorze que são formados entre onze e vinte anos, 9 são formados entre vinte e um a trinta anos, 1 entrevistado tem onze anos de formação e 1 não soube dizer há quantos anos está formado.

Vinte e quatro entrevistados tinham até dez anos de atuação na unidade de saúde e 1 tinha de onze anos de atuação. Do total de entrevistados, vinte e dois trabalham somente na ESF, um médico trabalhava na ESF e também em um hospital e 2 ACS trabalhavam na ESF e tinham outro trabalho (vendedora, manicure e promotora de eventos).

Os entrevistados, em sua totalidade, mencionaram a falta de treinamento nas unidades de saúde sobre a asma, mencionaram que há treinamentos sobre algumas patologias, nas unidades e na secretaria da saúde, com ênfase na hipertensão arterial, tuberculose e diabetes.

Estudo realizado em municípios brasileiros sobre implantação da ESF demonstrou que mil cento e trinta e quatro municípios haviam implantado a estratégia desde 1998, sendo que todas as regiões iniciaram o processo de implantação, entretanto nas regiões Sul e Centro-Oeste houve maior adesão a partir dos anos de 2000 e 2001. Até o ano 2002, no Brasil havia a cobertura de 70,2% dos municípios brasileiros com ESF, com destaque para os municípios dos Estados da Paraíba (90,1%), Pernambuco (93,5%), Piauí (96,8%), Rondônia (98,1%), Alagoas (100,0%) e Ceará (100,0%), cujos percentuais apresentaram-se acima de 90% (SILVA, 2002).

O número de equipes de ESF implantadas em 2003 era de dezenove mil e a cobertura populacional era de 35,7% da população brasileira, o que correspondia à cerca de 62,3 milhões de pessoas em 2003 (BRASIL, 2008 b).

Em 2009, o total de equipes de ESF implantadas foi: trinta mil trezentos e vinte e oito a cobertura populacional cobria 50,7% da população brasileira, o que

correspondia cerca de 96,1 milhões de pessoas. Em agosto de 2011 o número de equipes de ESF era de 32.079, segundo dados do SIAB (BRASIL, 2008 b).

Em Ribeirão Preto há vinte e nove equipes de ESF, sendo que no Distrito Oeste, local da presente pesquisa, há dezesseis equipes de ESF, correspondendo a 55,2% das ESF municipais instaladas no Distrito. Nesse distrito, há uma população total de cento e cinqüenta e um mil cento e quarenta e um habitantes. Na Unidade A, a população coberta pelas equipes de ESF é de nove mil seiscentas e um habitante, na unidade B são de três mil seiscentos e quarenta e sete pessoas, na unidade C de três mil e vinte e cinco pessoas e na unidade D é de dois mil seiscentos e vinte e seis pessoas, sendo que na unidade D corresponde às pessoas atendidas pela equipe entrevistada neste estudo ².

Em pesquisa qualitativa, realizada em uma unidade de ESF, em Curitiba-PR, as idades dos profissionais que compuseram a amostra variaram de trinta e cinco a cinqüenta e seis anos, o tempo de conclusão da formação profissional foi diversificado, variando de 5 a vinte três anos, com relação ao tempo de atuação profissional em ESF, os profissionais apresentaram, em média, 5 anos de trabalho na ESF, sendo sugerido pelos autores que os profissionais já possuíam experiências na saúde da família e também no trabalho em equipe (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Em nosso estudo, o tempo de formação profissional nas equipes investigadas, assim como na literatura, é diversificado, o tempo de atuação na unidade foi de até dez anos e na literatura de até cinco anos com vivência na saúde da família.

² Dados do consolidado da Secretaria Municipal da Saúde (dados não publicados)

Em estudo realizado em Teixeira-MG, a maior parte dos ACS que trabalhavam na ESF tinham segundo grau de escolaridade completo, receberam algum tipo de treinamento sobre o trabalho na ESF, há predomínio do sexo feminino e em relação à disponibilidade de dedicação exclusiva à ESF, 32,1% dos seus profissionais trabalhavam em outros locais (COTTA et al., 2006). O trabalho exclusivo na ESF foi predominante no referido estudo, assim como o estudo ora realizado em Ribeirão Preto.

Na presente investigação, a maioria dos entrevistados que trabalham nas ESF estudadas eram do sexo feminino, aspecto também apontado em outros estudos realizados por Camelo e Angerami (2007), Cotta et al. (2006) e Pinto, Menezes e Villa (2010). O mercado de trabalho está aberto à mulher devido mudanças econômicas ocorridas no Brasil há décadas (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Estudo desenvolvido com trabalhadores de equipes de saúde da família da cidade de Ribeirão Preto, em 2005, encontrou trabalhadores predominantemente do sexo feminino, particularmente as auxiliares de enfermagem, enfermeiras e ACS, e a maioria na faixa etária entre trinta e cinco a cinquenta e seis anos de idade (CAMELO; ANGERAMI, 2007). O referido estudo discute que essa faixa etária pode ser considerada mais experiente e contribuir para um melhor desempenho no trabalho junto à equipe de saúde da família. Em nosso estudo, a maioria dos entrevistados tem idade de trinta e um a cinquenta anos.

Essa caracterização das unidades e dos participantes do estudo trouxe um sucinto panorama a cerca do perfil dos profissionais que estão atuando na ESF.

A seguir são apresentados os resultados e discussão dos relatos dos profissionais com base nas entrevistas realizadas.

A partir da análise dos relatos dos profissionais de saúde foi possível a apreensão de seus conhecimentos e experiências na assistência à criança com asma no contexto da ESF, que são apresentados em temas.

4.2 A organização da assistência à saúde da criança

O tema **organização da assistência à saúde da criança** retrata aspectos sobre o tipo de atendimento, acolhimento, visita domiciliar (VD), cronograma de rotina na assistência em puericultura, motivos de procura e principais sinais e sintomas da demanda de crianças para atendimentos na unidade de saúde da família.

Os profissionais mencionam o tipo de atendimento que as crianças recebem nas unidades de saúde da família, especificando em agendado e eventual:

É bastante, a maioria são pacientes agendados, mas também tem grande volume de crianças que vem eventualmente. (E1 ACS- unidade A)

Além das marcadas tem as eventuais, que o horário é sempre às sete horas da manhã, ou ao meio dia, que o médico da família irá atender. Mas, a agendada é sempre uma consulta mais demorada, ele procura ver a criança como um todo, não só a dor na barriga, ele vai examinar o porquê da dor na barriga. (E6 ACS- unidade D)

O atendimento acontece por dois motivos, ora o atendimento já está previamente agendado, e aí, dependendo do estado geral dessa criança, a própria mãe acaba optando por trazer quando há necessidade. Então, assim, esse atendimento acontece rapidamente no primeiro ano de vida sempre, nós convocamos por algum atraso, assim por diante, ou de forma eventual quando a criança já é maior de dois anos ou três, dependendo do estado de saúde dela. (E3 ENF- unidade A)

Na visão dos profissionais, a consulta agendada é mais abrangente por abordar vários aspectos da criança e não só a queixa. A atenção à saúde da criança na ESF promove o cuidado por meio de consultas agendadas realizadas por médicos e enfermeiros, assim como consultas eventuais caso a criança precise de atendimento, além de VDs, as quais são realizadas principalmente pelos ACS, após a alta hospitalar e posteriormente mensalmente. Sempre que necessário são realizadas VDs por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Revisando as ações de saúde da criança no município, o Programa de Saúde da Criança de Ribeirão Preto enfoca as ações programáticas assistenciais e educativas que visam atender a criança de forma integral e individualizada em todas as fases do crescimento e desenvolvimento, preconiza a promoção, prevenção e recuperação da saúde, dirigidas a: promoção do aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunização; controle das doenças respiratórias; controle das doenças diarreicas; prevenção de acidentes e maus tratos; assistência à criança vítima de violência e atividades educacionais e assistenciais aos demais agravos (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Na AB à saúde da criança, no município de Ribeirão Preto, as diretrizes para a assistência em puericultura enfatizam a necessidade de início na primeira semana

de vida da criança, o mais próximo possível da alta hospitalar, justificando que é nesse período que a mãe e família precisam de muito apoio e orientações sobre o RN. Para tanto, o Programa Floresce uma Vida, implantado desde 1995, realiza uma articulação da alta do binômio mãe-filho entre a maternidade e a unidade de saúde, para garantir o acesso dos RNs e suas mães em atendimentos de enfermagem, médico, vacinação, amamentação, teste do pezinho, continuidade do seguimento e consulta de puerpério, entre outros aspectos. As unidades de saúde devem manter as agendas médicas e de enfermeiras sempre disponíveis no sistema Hygia Web, com o número de vagas compatíveis com sua demanda, sendo recomendado que o RN passe por consulta de enfermagem, preconizada entre 3 a 5 dias de vida, antes da consulta médica, a qual está preconizada entre 5 a dez dias de vida (RIBEIRÃO PRETO, 2010). A agenda de atendimentos médicos e de enfermagem serve para direcionar os atendimentos e não para dificultar o acesso dos pacientes, garantindo flexibilidade e não engessamento.

A consolidação e melhoria contínua do SUS dependem de políticas que valorizem os atributos de eficiência, eficácia e efetividade, que contemplem as necessidades da população e obtenham melhores resultados (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

O cumprimento da função de porta de entrada pelos serviços de AB implica acessibilidade geográfica, temporal e cultural e o uso do serviço por parte dos usuários (ESCOREL et al., 2007). O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura assistência e do profissional que o conduz dentro do sistema, sendo que os determinantes desse processo podem ser descritos como características e fatores relacionados à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização

dos serviços e à política de saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O grau de informação em saúde também determina o acesso aos serviços e, portanto, o padrão de utilização dos mesmos (ASSIS, VILLA; NASCIMENTO, 2003; JESUS; ASSIS, 2010).

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do MS brasileiro, enfatizando um cuidado integral e multiprofissional que dê conta de compreender as necessidades e direitos da criança como indivíduo, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar uma assistência à saúde qualificada e humanizada. Como princípios norteadores do cuidado da saúde da criança, há destaque para o planejamento e desenvolvimento de acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral e resolutiva, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas e intersetoriais, com ênfase na promoção da saúde, participação da família, controle social na gestão local e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004 b).

Outro aspecto apontado nos relatos dos profissionais está relacionado à **organização e oferta de um acolhimento** no atendimento às crianças:

Além das consultas agendadas, a gente faz o acolhimento, né. Pergunta para a mãe a queixa, há quanto tempo está, por exemplo, se tem tosse, se teve febre, desde quando, outros agravantes que as mães podem procurar o serviço de saúde quando necessário. (E1 ACS- unidade B)

Eventuais temos dois horários aqui no posto, a gente faz o acolhimento lá na frente de manhã e a tarde. (E8 AUX ENF – unidade D)

Eventuais tem horário de manhã e a tarde, tem vez que não tem criança e tem vez que têm várias, vai de acordo com a necessidade. (E1 ACS- unidade C)

Os entrevistados apontam não só a necessidade de organização em consultas agendadas, mas também nos atendimentos eventuais e com a realização de acolhimento, com a investigação da queixa que trouxe a criança ao serviço de saúde, qual o tempo que está apresentando os sinais e sintomas, quais são eles, o que foi feito em casa, entre outras informações.

O ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude de inclusão. O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (BRASIL, 2006 b).

A temática do acolhimento na área da saúde, no Brasil, tem sido veiculada nos documentos oficiais do MS e em pesquisas, ganhando ênfase juntamente com discussões sobre acesso, humanização, escuta e integralidade da atenção à saúde (JESUS; ASSIS, 2010). O acolhimento é considerado como espaço de escuta às necessidades de saúde do usuário, promovendo atendimento humanizado e melhor resolubilidade (BRASIL, 2006 b).

O acolhimento caracteriza-se como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito, assim como o acolhimento não está restrito a um espaço ou local, trata-se de uma postura ética (BRASIL, 2009).

Estudo realizado por Carvalho e Campos (2000) aponta que há uma relação entre acesso e acolhimento. Os autores abordam que o acolhimento é como um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples ou referenciá-los se necessário.

A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região, prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os aos recursos escassos e aos aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos (RAMOS; LIMA, 2003).

As equipes de saúde das unidades que compõem a rede de serviços de APS devem receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada. Deve-se adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento aos usuários – durante todo o expediente – para não se incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer com um fluxo contínuo, em que a unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade para com suas necessidades de saúde (BRASIL, 2004 b).

Em estudo realizado Schmidt e Lima (2004) com membros de uma equipe de Saúde da Família de um município do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil foram identificados alguns entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários, em função da organização do trabalho da enfermagem. O estudo apreendeu que as atividades de recepção nessa equipe são realizadas, em geral, pelas auxiliares de enfermagem, que seguem um repertório preestabelecido de opções de encaminhamento, tendo por base a capacidade tecnológica da unidade, em que são utilizados os critérios “não tem febre” ou “não tem vaga” para negar o atendimento. O referido estudo aponta que a atividade de acolhimento deve

ser de responsabilidade de toda a equipe e, para que isso ocorra, deve ser valorizado o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço.

O acolhimento da clientela pela enfermagem (CAMELO et al., 2000) é essencial na prevenção de doenças e na promoção à saúde, sendo importante assegurar que não basta agendar consultas e realizar procedimentos técnicos, mas é preciso questionar e averiguar as queixas e necessidades, orientar, apresentar comportamentos de acolhimento verbais e não-verbais, dirigir-se ao indivíduo chamando-o pelo nome, cumprimentá-lo, individualizá-lo, transmitindo a sensação de que ele é importante para o profissional e personalizando as relações. O acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das unidades de saúde, ao mesmo tempo em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano (CAMELO et al., 2000).

Alguns entrevistados apontaram a importância do **atendimento em VD**, acompanhando a saúde da criança:

Olha, o atendimento é muito bom, tem atendido todos, inclusive nós como ACS temos que fazer a visita nas casas com crianças até 2 anos, mas até 5 anos as crianças são atendidas muito bem. (E2 ACS – unidade D)

A gente vai até as casas em VD, elas vêm em consultas agendadas e eventuais. (E5 TEC ENF – unidade C)

A gente tem uma prioridade para crianças de 0 a 2 anos de idade que é aquela criança que a gente procura visitar e marcar consulta todo mês e aí vão marcando mais consultas afastadas uma das outras. (E6 ACS – unidade D)

Para o RN é realizado visita logo após o nascimento, se eles não vêm até a unidade. Se ele vem até a unidade, se a gente entende que tem que fazer uma visita no domicílio, aí a gente vai, caso contrário não. (E7 ENF – unidade D)

Quando ela [criança] nasce a gente faz uma visita a todos, agentes e enfermagem, as demais só agentes fazem visitas e o resto a equipe só diante de necessidade. (E9 MED - unidade D)

Primeiramente, nós agentes passamos em VD, fazemos cadastro, como é a família, que doença que tem que não tem. (E2 ACS – unidade C)

A VD é abordada nos relatos dos profissionais como uma forma de monitorar a saúde das crianças e pode ser organizada também de acordo com as necessidades de saúde.

Entre as atividades preconizadas na ESF, a VD é uma atividade muito importante no processo de trabalho do ACS. Ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas, de certo modo, em tudo o que esse espaço representa, ele orienta, monitora, esclarece e ouve. Nessa casa vive uma família, com suas crenças, sua cultura e sua própria história. Durante a VD a pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita, ser sempre chamada pelo nome, demonstrando respeito e interesse por elas, investigando os problemas de saúde e ajudando a tratar e orientar (BRASIL, 2009).

Entre os profissionais entrevistados, os que realizam VD são: enfermeira, técnica e auxiliar de enfermagem, ACS, médico, odontólogo e auxiliar de consultório odontológico. O ACS é identificado como o profissional que realiza as VDs com maior frequência.

Realizar o cuidado nos domicílios é uma atribuição comum a todos os profissionais da APS, com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde, por meio de VDs (SAKATA et al., 2007).

Em estudo realizado Município de Sapé-PB, as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde de saúde da família são: atendimento clínico, preventivo e coletivo; tratamento de doenças; ações preventivas e educativas; consultas médicas; VDs; diagnóstico e terapêutica das doenças na população atendida (ARAUJO; LIMA, 2009).

A assistência domiciliar na ESF foi analisada, por meio de questionários aplicados a profissionais de saúde, em Curitiba-PR, e observou-se que esse tipo de assistência é reconhecido pelos profissionais em sua importância e em suas diferentes dimensões, que a exercem de modo a buscar a integração e continuidade das ações desempenhadas (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A sensibilidade e capacidade para compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes durante a VD. Isso ajuda a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação. Toda VD deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009). Muitas vezes, não é o enfermeiro ou o médico da ESF que irá visitar as famílias, mas eles analisam os casos e supervisionam o trabalho do ACS junto às famílias.

A assistência domiciliar vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde, visando construir uma ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, de interações e de relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio, passa, portanto, a considerar o

contexto domiciliar das famílias. De modo geral, as ações educativas são o forte das VD, destacadas por meio das orientações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As VDs são atividades potenciais para o cuidado à família, mais humano e acolhedor, permitindo o vínculo, a construção de laços de confiança e conhecer o usuário no seu ambiente familiar, podendo ser ora compreendidas como acompanhamento da saúde, ora como fiscalização, e também dificuldades para manejar o pouco tempo disponível e a impotência da equipe frente aos problemas encontrados no contexto familiar (SAKATA et al., 2007).

A VD permite conhecer os principais problemas de saúde dos moradores da comunidade, perceber quais as orientações que a família mais precisa ter para cuidar melhor da saúde do enfermo, contribuir para melhorar a qualidade de vida e identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente ou especial, com orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2009; SAKATA et al., 2007).

Nos locais onde está implantado o programa de atenção domiciliar, é importante que haja uma efetiva articulação com a AB, de forma a prover o cuidado necessário para a criança no seu domicílio, evitando-se a internação hospitalar, sempre que possível, garantindo a assistência necessária e a continuidade da atenção pela equipe da AB (BRASIL, 2004 b).

No presente estudo, os entrevistados também mencionaram o **cronograma de rotina da assistência em puericultura**, especificando alguns intervalos entre os atendimentos:

Quando a criança nasce já entra no esquema de puericultura, que é o acompanhamento de forma próxima, mensal, depois bimensal e depois a gente orienta o agendamento a cada 6 meses. (E3 ENF – unidade A)

Quando a criança nasce logo a maternidade já liga e avisa e daí a gente já começa a agendar as primeiras consultas aqui na unidade, que são mensal até 1 ano de idade e depois de 3 em 3 meses até os 5 anos. (E2 ACS – unidade B)

A partir da primeira semana que a criança nasce já é agendada a primeira consulta, até os 6 meses de vida são consultas mensais, a partir do sexto mês até 1 ano de vida são agendados de 2 em 2 meses, de 1 a 2 anos de vida são agendadas consultas a cada 3 meses, a partir dos 2 anos de vida são agendadas consultas de 6 em 6 meses. (E5 MED- unidade B)

Tem as consultas agendadas que até 6 meses é consulta todo mês, depois vai espaçando, mas podem vir em eventual caso precisem e não esteja marcado. (E5 ACS – unidade D)

Com relação aos eventuais é de acordo com a necessidade mesmo, e ao agendamento a gente tem uma agenda já pré-estabelecida para os RNs, a gente já tem vagas liberadas pra eles de 0 a 1 mês e depois os retornos são mensais até o sexto mês, a cada 2 meses até 1 ano e depois semestral até 2 anos e aí anual depois dos 2 anos. (E7 ENF- unidade D)

Elas vêm em consulta de agendamento ou de eventual. A de rotina é de puericultura, todo mês até no segundo ano e depois vamos agendando de acordo que a mãe traz o cartão agendamos. (E9 MED – unidade D)

Eu sei que até um ano são consultas mensais, depois até os 2 anos são semestrais e vão marcando mais, de tempo em tempo. (E1 ACS – unidade C)

Entre os profissionais entrevistados notou-se uma divergência quanto ao cronograma de atendimentos de rotinas das crianças para menores de 1 ano, de 1 a 2 anos e acima de 2 anos de idade.

No Brasil, a APS da criança estrutura-se, prioritariamente, em torno do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, com um cronograma, sugerido pelo MS, de visitas de rotina para as crianças que não são classificadas como de risco, sendo recomendado, no mínimo, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 24º mês (BRASIL, 2007).

No município de Ribeirão Preto, a SMS preconiza que a primeira consulta seja realizada pela enfermeira para o binômio mãe-filho, com retornos e consultas subsequentes, devendo ser registrados na ficha Hygia (sistema municipal informatizado). Recomenda que a primeira consulta ocorra na primeira semana de vida da criança, tendo prioridade o RN de alto risco (consulta entre o 2º e 3º dia de vida) e o RN de baixo risco (consulta entre o 3º e 5º dias de vida), podendo ser realizada na unidade de saúde ou no domicílio. O primeiro agendamento, considerado o Caso Novo de Puericultura, deve ser realizado nos primeiros dias de vida do RN, na alta hospitalar pelo Programa Floresce uma Vida ou pela unidade de saúde; de 1 a 6 meses de idade é preconizado o Retorno de Puericultura, com consultas mensais; de 6 até doze meses com consultas a cada 2 meses; de doze à vinte quatro meses com consultas a cada 4 meses; de 2 a 5 anos será Caso Novo ou Retorno de Pediatria, com consultas a cada 6 meses; de 5 a 10 anos, também com consultas a cada 6 meses. Para os adolescentes, de 10 a dezesseis anos

incompletos, é preconizado Caso Novo ou Retorno de Pediatria, durante a fase de puberdade, com consultas semestrais e depois anuais (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

As diretrizes municipais referem que os retornos de puericultura poderão ser mais frequentes, de acordo com a avaliação médica, particularmente para as crianças de risco, também enfatizam a realização de busca ativa dos casos faltosos de crianças menores de doze meses e, caso haja faltosos na agenda diária, a mesma pode ser suprida por atendimentos eventuais. As crianças, principalmente as menores de 2 anos, que tiverem atendimentos eventuais nos pronto-atendimentos da rede pública de serviços de saúde, deverão ser orientadas (as famílias) a procurarem a unidade de abrangência para seguimento de puericultura ou pediatria, assim como fazer a contra referência para os casos de riscos. O acompanhamento da criança deverá ser realizado em consulta de enfermagem e médica, com retornos diário, semanal, quinzenal ou mensal, conforme a necessidade de cada caso e também por meio de grupos educativos (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil tem sido o foco principal na APS da criança, com incentivo ao aleitamento materno, orientação da alimentação da criança, imunização, prevenção de acidentes e atenção às doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2004 b). Essas práticas de saúde têm sido avaliadas como os elementos essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância (WHO, 1996; VICTORA et al., 2011). Em situações de pobreza, estudo discute que é de extrema importância a modulação exercida por programas bem planejados de assistência integral à saúde da criança (MONTEIRO, 2003).

O planejamento do cronograma de atendimentos à criança tem sido apontado como aspecto importante para a vigilância à saúde, tendo como base pontos a serem observados na criança e na vulnerabilidade que ela apresenta, e que a

determinação da frequência e do espaçamento dos atendimentos deve ser definida levando em conta quais os riscos que se pretende avaliar, identificando os melhores momentos para a avaliação da saúde da criança (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003).

Nesse sentido, alguns riscos são destacados: risco de agravos existentes desde o nascimento, elegendo o 1º e 2º mês de vida como relevantes; risco de agravos nutricionais, quando é importante avaliar o risco de desmame, erros alimentares, introdução progressiva de alimentos, principalmente no 1º, 2º, 4º, 6º e 9º mês de vida; risco de comprometimento do desenvolvimento, avaliando marcos do desenvolvimento e alertas da existência de possíveis problemas, particularmente no 2º, 4º, 9º e 18º mês de vida e risco de infecções, enfatizando a proteção através da imunização no 1º, 2º, 4º, 6º, 12º e 15º mês de vida, apontando que a vacinação realizada no 15º mês poderá ser avaliada aos 18 meses de vida. Resumindo, a criança teria um esquema de visitas à unidade de saúde nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24, sendo o 12º e o 24º mês os marcos para o seguimento posterior nas datas de aniversário da criança, considerada uma proposta mínima e suficiente de seguimento da criança de baixo risco (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003).

Há discussões de que não há necessidade de consultas mensais no primeiro ano de vida ou bimensais no segundo ano para as crianças de baixo risco, como era recomendado nos antigos programas da criança, alegando que o acúmulo de consultas tem levado ao preenchimento das vagas de atendimentos nas unidades, não deixando espaços para as intercorrências clínicas, apontando que o cronograma de atendimento deve ser definido em função da disponibilidade de recursos humanos, da composição etária da população e da realidade epidemiológica (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003).

A puericultura vem sendo retomada com a justificativa de que seus princípios e práticas se desvalorizaram e foram esquecidos frente à tendência da especialização e sofisticação tecnológica no campo da saúde, assim, é difundida para que seja aprofundada e atualizada, resguardando também sua filosofia original, tendo como linha-mestra a prevenção de agravos e a promoção da saúde da criança com o objetivo de propiciar condições de pleno desenvolvimento de suas potencialidades (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

Os antigos princípios da puericultura também vêm sendo questionados, partindo do abandono dos preceitos higienistas que eram preconizados desde sua criação, buscando repensar as orientações educativas e outros enfoques, com vistas à assistência à saúde da criança. Algumas propostas de transformação do modelo assistencial, em serviços de atendimento ambulatorial, enfatizam a atenção integral, procurando articular as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com as de assistência. Essas propostas, denominadas como Nova Puericultura, procuram não mais se orientar pela normatização de condutas na assistência à criança e têm como eixo principal o conceito de risco, alegando a necessidade de mudança da qualidade de vida das crianças (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003) e a busca de evidências (BLANK, 2003).

A puericultura também tem procurado fundamentações em outros campos do conhecimento, como a história e a sociologia, permitindo reflexões sobre sua prática, apontando seus limites e colocando que ela está em constante construção (BONILHA; RIVOREDO, 2005).

Outro aspecto abordado nos relatos dos profissionais de saúde entrevistados foi a demanda de crianças às unidades de saúde, descrevendo **os principais**

motivos de procura, especificando sinais e sintomas e enfermidades em determinadas épocas.

Os relatos dos profissionais mostram que os principais motivos da procura aos serviços de saúde estudados são por diarreia, febre e queixas respiratórias. Os entrevistados também trazem os diagnósticos mais comuns em crianças encontrados nas unidades de saúde da família:

Mais as respiratórias mesmo, as gripes, tosse, febre, mas a maioria é isso mesmo, problema alérgico. E tem também a diarreia. (E2 ACS – unidade C)

É a bronquite, asma, resfriado, febre e tem alguns casos de pneumonia e diarreia. (E2 ACS – unidade B)

Crianças que vem eventualmente, que são crianças que chegam com uma tosse alérgica, com febre. Têm muitas crianças que chegam com problemas de respiração, que até a gente fala que é bronquite, então tem sim. (E1 ACS – unidade A)

Geralmente é virose, vômito, diarreia intensa, desidrata a criança, e tem as que vêm com febre, que é bem comum, é o que mais tem. (E3 ACS – unidade C)

Sempre as mesmas coisas, como as rinites, que as mães chamam de gripe, tosse e dor de garganta. (E2 ACS – unidade D)

As duas principais são doenças respiratórias e doenças gastrointestinais. (E5 MED – unidade B)

As principais doenças são os resfriados, as doenças respiratórias, diarreia, são as mais comuns. (E6 ENF – unidade B)

As falas dos entrevistados descrevem que as doenças respiratórias e diarréicas são as principais ocorrências que acometem as crianças menores de 5 anos de idade nas 4 equipes das unidades de saúde da família estudadas. Entre as principais queixas e diagnósticos pontuados pelos profissionais entrevistados, espontaneamente, a asma não foi lembrada.

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança são: abordagem as doenças respiratórias e infecciosas, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, atenção aos distúrbios nutricionais, dentro do eixo do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2004 b).

Dados do MS evidenciam a morbidade hospitalar no SUS, segundo CID-10, por local de internação. Em Ribeirão Preto de 2008 a 2011, entre as crianças com até 5 anos de idade, as doenças do aparelho respiratório foram a segunda causa de morbidade, com quatro mil trezentos e sessenta e quatro casos. A asma acometeu duzentas e vinte e nove crianças com até 5 anos de idade (BRASIL, 2008 b).

As doenças respiratórias e diarréicas persistem como graves problemas para a criança e quando associadas à desnutrição colocam em risco a sua vida. As doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência, o que demanda capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, com continuidade da assistência até a resolução dos problemas, evitando-se internação hospitalar desnecessária e a morte por esse motivo. A asma merece atenção especial, seja por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, seja pela interferência na qualidade

de vida da criança. A AIDPI é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos (BRASIL, 2004 b).

Os problemas respiratórios estão concentrados principalmente no outono e inverno, em **épocas que propiciam o aparecimento de sinais e sintomas**:

É sazonal, né. Então, acontece principalmente na primavera e inverno os problemas respiratórios. (E3 ENF – unidade A)

Depende da época, esta época tem mais problema respiratório mesmo, rinite, dor de garganta, hoje mesmo teve caso de alergia. A gente tem essas queixas, diarreia, vômitos, geralmente crianças são estas queixas. (E8 AUX ENF – unidade D)

Sempre tem, só que no inverno geralmente aumenta mais os problemas respiratórios. (E4 MED – unidade A)

Principalmente resfriado, acontece sempre com a mudança de tempo. Mas, assim, aqui é bem tranquilo, são mais problemas respiratórios. (E1 ACS – unidade C)

As doenças respiratórias infantis, particularmente as infecções respiratórias agudas, constituem importante gerador de demanda de serviços de saúde em vários países. Nos serviços de saúde é importante avaliar se o acesso é fácil, se os atendimentos realizados são por uma real necessidade, ou se os indivíduos estão sendo expostos a riscos desnecessários, se a capacidade instalada é insuficiente, se o padrão de morbidade é elevado, se o atendimento pode faltar ou ocorrer de forma inadequada, analisando esses processos para uma melhor utilização dos serviços e o pleno atendimento da população que necessita de cuidados de saúde (CESAR et al., 2002).

Embora estejam tendo melhorias nos serviços de saúde, há recomendações para que os programas voltados à saúde da criança sejam intensificados, sugerindo-se assistência especial à criança com infecção respiratória (FERREIRA et al., 2004).

Em estudo realizado por Stephan et al. (2010), em Pelotas-RS-Brasil, as manifestações mais frequentes em crianças de 1 a 9 anos de idade com asma foram: sibilos alguma vez na vida (58,3%), tosse noturna (34,7%) e sibilância nos últimos doze meses (26,8%). O diagnóstico de asma realizado pelo médico foi de 29,6% dos casos, foram encontradas 10,3% crianças com 4 ou mais crises de chiado nos últimos doze meses, 10,6% com 1 a 3 crises e sono prejudicado por sibilos e 1,7% crianças com 1 a 3 crises, sibilância após exercícios físicos e tosse noturna. A prevalência de asma atual encontrada na população estudada foi de 28,7% em lactentes, 20,2% em pré-escolares e 22,0% em escolares. O referido estudo aponta que os lactentes apresentaram as maiores prevalências, não houve associação com sexo ou cor da pele, e a frequência maior de sintomas nas crianças de 1 a 5 anos está associada às características anatômicas e fisiológicas das vias aéreas, nessa faixa etária. O conhecimento da magnitude de um problema de saúde pode subsidiar o planejamento de ações mais efetivas (STEPHAN et al., 2010).

No Brasil, mais da metade dos óbitos de crianças menores de 5 anos de idade ocorre devido a doenças respiratórias e diarreicas agudas. Os indicadores de óbitos em crianças menores de 5 anos de idade têm comportamento bastante distinto nas diferentes regiões brasileiras, sendo que nas regiões Sul e Sudeste as doenças respiratórias agudas são as principais causas de óbito em crianças menores de 5 anos de idade, com destaque para os estados de São Paulo (75,0%), Rio Grande do Sul (65,7%), Minas Gerais (61,5%) e Rio de Janeiro (57,0%), com mais de 50% dos óbitos desta faixa de idade atribuídos às doenças respiratórias

agudas. Nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste observa-se ganho da importância relativa das doenças diarreicas agudas como causa mais prevalente de óbito de crianças menores de 5 anos de idade, com destaque para os estados do Ceará (26,4%), Pernambuco (24,1%) e Alagoas (22,0%), com os maiores percentuais de óbitos devido a doenças diarreicas agudas nesse grupo etário (DUARTE et al., 2002).

Os profissionais entrevistados também relataram que há **casos esporádicos** de catapora, conjuntivite e dengue, em determinadas unidades:

Tem muita virose, diarreia, tosse, dificuldade para respirar e, às vezes, tem os surtos como catapora. (E4 ACS – unidade C)

As crianças vêm com dificuldade de respirar, precisando de um aerossol, que a gente faz e melhora, também com diarreia, é raro catapora, essas coisas. (E5 TEC ENF – unidade C)

São inúmeras queixas, teve as fases da conjuntivite. A gente teve as fases de dengue né. Mas, assim, a maioria, a gente tem uma demanda grande, diarreia, mal estar geral, vômito, febre, dor de garganta, que a gente não vai diagnosticar como amigdalite, porque só médico diagnostica. Essas são as queixas mais importantes aí que aparecem nas demandas eventuais. (E7 ENF – unidade D)

Atualmente, a principal procura é por suspeita de dengue e conjuntivite. Mas, sempre tem, a principal demanda é por febre e tosse, sempre. (E1 AUX ENF – unidade B)

Doenças respiratórias, diarreia, ultimamente dengue, mas a gente vê mesmo casos de diarreia e de respiração. (E9 MED – unidade D)

Algumas enfermidades podem estar concentradas em determinadas épocas, desencadeando situações de surtos, e vem ocorrendo no município de Ribeirão Preto, principalmente quanto à dengue.

As doenças respiratórias, entre elas a asma que traz situações vulneráveis ao afetar o cotidiano da criança e sua família pela sua cronicidade, as diarreias e o binômio infecção-desnutrição têm sido colocados como eventos mórbidos que requerem medidas promocionais, preventivas e terapêuticas a serem sistematizadas e implementadas na prática da atenção à saúde da criança. Juntamente com esses eventos, estão colocadas outras medidas importantes, voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, amamentação, alimentação, imunização e prevenção de acidentes e violência. Embora avanços venham ocorrendo no tocante à redução da mortalidade infantil e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, temos dois importantes desafios: como melhorar a qualidade das intervenções de saúde e como alcançar as crianças mais desfavorecidas (VICTORA; BARROS, 2005).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência para redução da morbimortalidade infantil devem ter o compromisso da qualidade de vida para a criança, para que cresça e desenvolva de forma saudável. O profissional da ESF deve acompanhar a criança na infância no contexto de cada família, uma etapa fundamental e prioritária, desenvolvendo ações efetivas e um cuidado ampliado.

4.3 O tratamento e o acompanhamento da saúde da criança com asma

Neste tema são apresentados relatos dos profissionais sobre a identificação e descrição de sinais e sintomas indicativos de asma em crianças, o tratamento com uso de medicamentos e outras medidas de proteção e o seguimento especializado da criança com asma.

Os **sinais e sintomas indicativos de asma em crianças** são apontados pelos profissionais de saúde como característicos dos casos que eles acompanham e atendem na unidade, particularmente aqueles relacionados à respiração:

Respiração mais acelerada, ofegante, necessitando de um esforço respiratório, combinado com um chiado para respirar. Aí você observa uma retração da musculatura intercostal, outra da abdominal, abertura da asa do nariz, a cianose labial está presente na criança, a criança fica pálida, tosse seca, não consegue mamar ou ingerir líquido (E5 MED – unidade B)

O chiado, aperto no peito, dificuldade de respirar, conforme a criança respira abre um tipo de buraco no peito, mas não lembro o nome mais (E1 AUX ENF-unidade B)

Eu vejo, percebo o sibilo, né? E percebo movimentos respiratórios frequentes e, muitas vezes, vêm associados com tosse. E a gente brinca: “aquela tosse que não resolve, tossinha” (E3 ENF - unidade A)

Uma dispnéia casual, também a dispnéia aos esforços, taquipnéia. Também quando vê dispnéia quando faz algum esforço físico (E9 MED – unidade D)

Respiração mais acelerada, ofegante, com um grande esforço respiratório com um chiado torácico, dificuldade na respiração, abertura da asa do nariz, cianose labial em crianças, não consegue mamar ou ingerir líquido (E6 ENF – unidade B).

Eu acho que é mais chiado no peito, aquela coisa de ficar meio com falta de ar (E6 ACS – unidade D).

Secreção no nariz, dificuldade para respirar, cansadinha (E5 TEC ENF – unidade C)

Os entrevistados referem sinais e sintomas da asma que observam nos domicílios durante as VDs ou na unidade de saúde no atendimento da criança em consultas e também por meio de perguntas para as mães e cuidadores.

Na literatura, são indicativos de asma um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã, sendo sintomas episódicos e há melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma, especialmente os broncodilatadores e antiinflamatórios (III CONSENSO..., 2002).

Apesar de ser uma patologia conhecida desde a antiguidade e de apresentar grande frequência na população mundial, a asma tem sua definição dificultada devido à semelhança de seus sintomas com de outras patologias. De acordo com o

III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002) trata-se de uma doença inflamatória crônica, com hiper-responsividade das vias aéreas, manifestando-se clinicamente por episódios de broncoespasmo, dispnéia, tosse predominantemente noturna ou no início da manhã e sibilos mais audíveis na fase expiratória, associados à secreção de muco (CUNHA et al., 2006).

Aspectos que ajudam a identificar a asma podem ser analisados ao fazer perguntas aos pais ou cuidadores ou observar em casa, como por exemplo, se teve episódios recorrentes dispnéia, se tem ou teve crises ou episódios recorrentes de sibilância, se há tosse persistente, particularmente à noite ou ao acordar, se acorda por tosse ou falta de ar, ocorrência de tosse, sibilância ou aperto no peito após atividade física, ou após exposição à alergenos como mofo, poeira domiciliar e animais ou a irritantes como fumaça de cigarro e perfumes, ou após resfriados ou alterações emocionais como riso ou choro (III CONSENSO..., 2002). A história clínica levantando dados como episódios recorrentes de sibilância, tosse noturna na ausência de resfriado, ausência de variação sazonal dos sintomas fornece informações importantes e características da asma, além da relevância de examinar a criança (ALVIM; LASMAR, 2009).

Em crianças abaixo de 5 anos de idade, o diagnóstico da asma é complexo e está baseado principalmente em aspectos clínicos e dados da história da criança, pois os exames objetivos são difíceis de serem realizados nessa faixa etária (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2006). Os fenótipos presentes devem ser distinguidos, tais como a sibilância recorrente transitória e a persistente, mas, em muitas situações, somente a observação continuada da criança é que poderá definir se os sibilos são transitórios e desaparecerão entre 3 e 6 anos de idade, observando-se também os antecedentes familiares ou pessoal de atopia, eosinofilia

e comprovação de sensibilidade a aeroalérgenos ou alimentos (KINCHOKU et al., 2011).

No presente estudo, também foram assinalados pelos profissionais de saúde quais **aspectos do ambiente e do cotidiano da criança** que eles notam e associam à asma:

Eu acho que está relacionada ao ambiente em que ela [a criança] vive, ou muda temperatura, assim muda o padrão respiratório (E7 ENF – unidade D)

Eu acho que na asma a criança fica mais prostrada, com dispnéia, até emagrecimento pode ter, porque ela não come direito. Às vezes, ela vem de uma família que não está emocionalmente estável. Isso eu também já reparei, isso traz a criança num estado emocional e físico pior (E7 ENF – unidade C).

Criança cansadinha, que não brinca, que não corre tanto como as outras, que fica com tosse, espirrando (E4 ACS – unidade B).

Nos relatos acima, há destaque para os comportamentos que os profissionais observam nas crianças e família, descrevendo aspectos físicos, emocionais e do desenvolvimento.

Estudos apontam que a vida da criança com asma nem sempre se desenvolve de maneira normal, costuma ser objeto de cuidados exagerados, sendo impedida pela mãe de praticar jogos ao ar livre, andar de bicicleta, ficar descalço, comer alimentos gelados, expor-se ao sol ou ao vento (BOSI; REIS, 2000; FROTA; BARROSO, 2003).

A asma pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais aos seus portadores e tais limitações podem comprometer a qualidade de vida, mas que para pacientes com asma, de maneira geral, a redução na qualidade de vida é proporcional ao grau da doença (JUNIPER, 2005). O manejo da asma resulta em controle da doença e melhor qualidade de vida dos seus portadores. Estudos que envolvem a associação entre controle da asma e qualidade de vida, são escassos e controversos (KWON et al., 2008; VIEIRA et al., 2011).

Estudo realizado por Pereira et al. (2011), com pacientes de diferentes idades, portadores de asma moderada ou grave, acompanhados em um ambulatório para tratamento da asma em um hospital em Fortaleza-Ceará, encontrou uma boa correlação entre qualidade de vida e controle da asma, levantando a justificativa que a asma engloba aspectos multidimensionais, incluindo sintomas, atividade da vida diária e a auto avaliação do controle da doença, fatores esses que afetam a qualidade de vida dos pacientes. Foi observado que os pacientes com um tempo mais prolongado da doença apresentaram melhor qualidade de vida e sugerem que uma possível explicação pode ser o aprendizado com os anos em lidar com a doença.

Estudo realizado com escolares em Vitória da Conquista e Jequié, Bahia, analisaram sinais e sintomas apresentados por estudantes, sendo verificado que a fala e o sono são alterados por crise de sibilos, a presença de tosse noturna foi referida e apesar de não ser suficiente para o diagnóstico da asma, essa questão pode ser sugestiva de hiper-reatividade brônquica, afirmaram também ter sibilos após exercícios (CUNHA et al., 2006).

A patogênese do broncoespasmo induzido por exercício está associada ao fluxo de calor e água da mucosa brônquica em direção à luz do brônquio, com o

objetivo de condicionar grandes volumes de ar que chegam ao trato respiratório inferior. A obstrução da via aérea costuma iniciar logo após o exercício (CUNHA et al., 2006).

Com relação ao tratamento, os profissionais relataram sobre o **uso de alguns medicamentos**, mas também expressaram a associação do tratamento medicamentoso com as medidas de controle do ambiente:

O uso de aerossóis, quando no caso de crise, se precisar de oxigênio, agora medicações é que nem eu estou te falando não sei específico, mas sei que existe budesonida, corticóides. Agora, os não medicamentoso são os cuidados mesmo com cachorros na casa, animais domésticos evitar, limpeza (E8 AUX ENF- unidade D)

Além dos medicamentos inalatórios e corticóides, também são dadas as orientações para a mãe como deixar o ambiente mais propício para a criança, arejado (E5 MED – unidade B)

Que eu conheço é o aerossol e a bombinha, só essas. O tratamento ameniza a crise, porque a cura para asma eu acho que não tem ainda (E4 ACS – unidade D)

Que eu sei são os aerossóis os mais usados, porque a mãe costuma acatar as orientações que são dadas sobre retirada de tapetes, cortinas, essas coisas, que não é de medicamento (E4 ACS – unidade B)

O que a gente trabalha é em relação ao ambiente, ventilação. E isso é uma coisa que a gente conversa com todos da família. Com relação às medicações são realizados aerossóis e uma medicação mais específica (E7 ENF – unidade D)

Os relatos trazem noções mais gerais sobre o tratamento, não havendo muitos detalhes e especificidades sobre as medidas terapêuticas atuais da asma em crianças.

A asma tem sido descrita como uma doença que apresenta broncoconstrição reversível, hiperresponsividade brônquica e aumento da produção de muco. Nas estratégias de tratamento, após o reconhecimento de que essa enfermidade se caracteriza como uma doença inflamatória, maior enfoque passou a ser dado às medicações anti-inflamatórias (III CONSENSO..., 2002).

Os glicocorticóides são agentes antiinflamatórios potentes para o controle da asma e da inflamação das vias aéreas. Os protocolos para o manejo da asma recomendam o uso de corticóide por via oral em episódios agudos moderados, que apresentam resposta incompleta ou recaída dos sintomas após a utilização de β_2 -agonista inalatório, e nas exacerbações graves o uso de corticóide é considerado obrigatório (III CONSENSO..., 2002; MILANI et al., 2004; WARNER; NASPITZ; CROPP, 1998).

Existem dois tipos de medicação que ajudam a controlar a asma: medicamentos de ação preventiva em longo prazo, especialmente anti-inflamatórios, que previnem o aparecimento dos sintomas ou das crises agudas, e medicamentos para alívio rápido dos sintomas, como os broncodilatadores de curta ação, que também atuam rapidamente nas crises de asma (PORTUGUAL, 2000).

Para conseguir o controle efetivo da asma é necessário selecionar a medicação mais adequada, abordar a asma a longo prazo, tratar as crises de asma, identificar e evitar os fatores desencadeantes de agravamento e promover a educação em saúde com os doentes para o tratamento da sua doença (PORTUGUAL, 2000).

São três pilares para o tratamento da asma: ação educativa para controle da doença, tratamento farmacológico de manutenção e tratamento da crise (ALVIM; LASMAR, 2009; BRASIL, 2004 a). O tratamento objetiva controlar os sintomas, prevenir a morte, permitir atividades da vida diária normalmente, sem crises asmáticas, prevenir limitação do fluxo aéreo, manter a função pulmonar normal, evitar crises, minimizar efeitos adversos do uso da medicação e reduzir a necessidade do uso do broncodilatador (BRASIL, 2004 a).

Há princípios para o tratamento da asma como: todas as pessoas devem receber orientação sobre a asma, seus fatores desencadeantes de crises, principalmente domiciliares (pelos de animais, alergenios da poeira domiciliar, fumaça de cigarro); o tratamento de manutenção deve ser iniciado de acordo com a classificação da gravidade da asma, devem ser enfatizadas as diferenças entre o tratamento de manutenção de uso regular e o uso de broncodilatador sintomático usado para crises (BRASIL, 2004 a).

A asma é classificada de acordo com a gravidade em: intermitente e persistente, e a persistente em leve, moderada e grave (ALVIM; LASMAR, 2009; BRASIL, 2004 a; PORTUGUAL, 2000). Para alívio dos sintomas deve ser usado na asma intermitente e na persistente o broncodilatador de ação rápida (III CONSENSO..., 2002; BRASIL, 2004 a).

Para manejo da asma persistente leve devem ser usados corticosteróides inalatórios de baixa dose. Na asma persistente moderada corticosteróides inalatórios de alta ou média dose juntamente com broncodilatador de ação rápida ou associação de corticosteróides inalatórios de baixa ou média dose com broncodilatador de ação prolongada. Na asma persistente grave corticosteróides

inalatórios de alta dose juntamente com broncodilatador de ação prolongada e pode ser utilizado ou não corticosteróide oral (III CONSENSO..., 2002; BRASIL, 2004 a).

Alguns relatos trazem aspectos sobre **uso indiscriminado de medicações** pelas famílias:

Eu não vou entrar muito nessa parte farmacológica, porque não sei, não faço prescrição, só a médica, mas a administração é da gente, sei dos aerossóis, bombinha. Mas, também existe uma questão indiscriminada do uso de aerossóis, que é usado em casa, muitas vezes, pela família de forma inadequada. (E7 ENF – unidade C)

Tem os cuidados com a casa, da poeira que falei que a família deve fazer, deixar o ambiente úmido. Mas, as pessoas também usam budesonida, inalação, soro fisiológico, este tipo de medicação é comum a gente ver usar, sempre vê, uma ou outra criança sempre usa (E6 ACS – unidade D)

Os relatos expressam que, embora sejam realizadas as orientações, em algumas situações eles vêem o uso indiscriminado das medicações.

Ao avaliar o manuseio dos dispositivos pelos pacientes com asma grave, acompanhados em um Programa para o Controle da Asma e Rinite Alérgica, em Salvador-Bahia, o estudo registrou a frequência dos erros e a relação desses com a falta de controle da asma (COELHO et al., 2011). Os dispositivos avaliados foram o inalador dosimetrado, de uso isolado ou com espaçador, e o inalador de pó seco. A maioria dos pacientes demonstrou técnicas inalatórias adequadas no uso dos dispositivos, poucos erros foram observados na etapa essencial de “coordenar

disparo e inspiração”. A maioria dos pacientes utilizava adequadamente os dispositivos. O referido estudo aponta que uma técnica inalatória adequada está associada ao controle dos sintomas (COELHO et al., 2011).

Em estudo realizado por Ferrari e Araújo (2006) para avaliar o conhecimento dos familiares de crianças com asma sobre a doença, fatores desencadeantes e tratamento de crise aguda e de manutenção, foi aplicado um questionário aos responsáveis pelos pacientes atendidos em um Pronto-Socorro Municipal, em Bauru-SP. Constatou-se que a primeira crise ocorreu, em média, aos 16,4 meses, os principais desencadeantes eram conhecidos – poeira (95%), fumo (88%), carpetes, cortinas e tapetes (84%) e pelos de animais (73%), mas tal conhecimento não motivou o afastamento da criança dos fatores citados. O tratamento na crise aguda não era adequado, com uso de β 2-agonista oral, prescrito por médicos. A orientação para seguimento médico ocorreu em poucos casos. Dentre os familiares que receberam orientação para o uso crônico de medicações, 83,3% achavam desnecessário fazê-lo e apenas três pacientes receberam a prescrição adequada. No caso de crise asmática, a medicação prescrita explicita a desinformação do profissional da saúde a respeito da indicação e do efeito das medicações usadas.

Em relação ao tratamento é importante um aprimoramento profissional para o atendimento de crianças com asma, uma vez que, segundo dados obtidos em pesquisa (FERRARI; ARAÚJO, 2006), o tratamento inadequado começa por uma prescrição imprópria. Nesse estudo, a medicação de manutenção não foi ministrada por grande parte dos pacientes, sugerindo ser reflexo do fato de as crianças não serem acompanhadas periodicamente. Entre os familiares que não seguiam a prescrição médica, o principal motivo era o fato de não acreditarem na necessidade de tratamento de manutenção. Outro aspecto levantado no estudo foi sobre as

prescrições de medicações de controle, quando feitas, provavelmente, não foram adequadas e as informações fornecidas ao familiar não foram suficientes a respeito de sua importância. Os familiares de crianças com asma mostraram pouco conhecimento sobre a doença, exceto sobre fatores desencadeantes, reforçando a necessidade de organizar a assistência e a capacitação com educação permanente dos profissionais de saúde, contribuindo para diminuir custos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (FERRARI; ARAÚJO, 2006).

Alguns ACSs mencionaram não ter conhecimento sobre o tratamento para casos de asma, mas reforçam aspectos de um tratamento não medicamentoso com as medidas de cuidado do ambiente onde a criança vive:

Ter cuidados com pelos, o que falei. Mas, de medicações eu não tenho muito conhecimento não, não sei o que usa (E3 ACS – unidade B)

Olha, eu sei do aerossol que faz aqui, acredito que tenha outros remédios, mas não sei qual para asma e o médico que é responsável pelo tratamento, eu não sei nada de asma (E1 ACS – unidade C)

Olha, médico trata e orienta o que fazer, mas a gente vai falando também que, para a criança respirar bem, precisa não deixar poeira na casa, não varrer. Eu sei do berotec, atrovent que é muito usado nas crianças com problema de respiração. E já ouvi falar da bombinha, só sei esse nome de bombinha (E2 ACS – unidade C)

As orientações e indicações de tratamento são realizadas pela equipe, mas há uma divisão e especificidade do trabalho, em que para o médico fica a parte do diagnóstico e da terapêutica, e enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e

ACS se dirigem mais para as orientações sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e de controle do ambiente.

A adesão ao tratamento sofre interferência do conhecimento dos familiares ou responsáveis que cuidam das crianças e das orientações profissionais quanto ao uso de medicações e organização do ambiente.

Fatores ligados a não adesão ao tratamento da asma podem ser relacionados à medicação: não compreensão da necessidade dos fármacos na prevenção de crises, dificuldades com os inaladores, medo dos efeitos colaterais, preço da medicação e habitar longe da farmácia. Os fatores não relacionados à medicação que podem levar a não adesão podem ser: não acreditar ou negar a causa dos sintomas ou das crises, não compreender o plano de tratamento, insatisfação com os profissionais de saúde, supervisão, treino ou seguimento insuficientes, motivos culturais, como tradições e crenças acerca da asma e do seu tratamento, motivos familiares, como fumantes e animais domésticos em casa (PORTUGUAL, 2000).

A asma na infância é considerada uma doença crônica de difícil controle devido ao grande número de fatores envolvidos tanto na etiologia, quanto na prevenção e tratamento da doença. Estudo com crianças com asma de 2 a dez anos de idade em um hospital universitário no Pará encontrou que as mães/cuidadoras achavam sua participação necessária para a realização do tratamento da criança. Em relação ao cumprimento das indicações médicas, todas as cuidadoras relataram o não seguimento de todas as regras do tratamento, por exemplo, o controle dos alérgenos inalantes domiciliares (cobertores de lã, ou edredons, colchas, agasalhos de lã, poeira domiciliar, fumo na presença da criança), indicaram problemas financeiros, custo com a reorganização do ambiente doméstico e o relacionamento entre cuidadora e médico durante a consulta. Apenas uma de dez mães acreditava

ser possível seguir as orientações em sua totalidade (MENDONÇA; FERREIRA, 2005).

Um estudo realizado no Texas-EUA (NEWCOMB, 2006) sobre a adesão ao tratamento e às orientações referentes à asma, identificou que as crianças que completaram as diretrizes do programa de orientações do National Institute of Health em clínicas de cuidados pediátricos diminuíram em 85% as internações por asma, assim como houve redução de 87% nos atendimentos de emergência para asma e diminuição de 71% em visitas ao consultório com episódios de exacerbação da asma aguda. A investigação apontou que os pacientes podem se beneficiar com programas sobre o manejo da asma, além de facilitar a execução das diretrizes baseadas em evidências.

Um estudo avaliou a adesão ao tratamento preventivo de asma persistente moderada e grave, com a participação de pacientes com asma persistente moderada ou grave com doze anos ou mais, em diferentes estados do Brasil (CHATKIN, 2006). Foi considerado como aderente ao tratamento o paciente com asma que utilizou, no mínimo, 85% das doses prescritas de medicamento; houve diferença significativa na adesão quanto à gravidade da asma, com maior adesão nos casos graves e a taxa geral de adesão ao tratamento de manutenção da asma foi baixa.

A adesão ao tratamento é um dos itens fundamentais para a melhoria de qualidade de vida em pacientes com condições crônicas e a ocorrência de baixa adesão a esquemas terapêuticos em doenças crônicas está bem documentada, com cerca de 50% dos pacientes agindo estritamente conforme as orientações recebidas da equipe de profissionais da saúde, em regimes preventivos ou terapêuticos (SAWYER; ARONI, 2003).

O acompanhamento e tratamento da criança com asma também foi apresentado nos relatos dos profissionais como vinculado a outros serviços de saúde, sendo abordado um **seguimento especializado**:

Acompanhamento é feito aqui, se o médico acha necessário ele faz encaminhamento para a atenção hospitalar ou alguma avaliação com alergista, especialista, via encaminhamento. (E7 ENF – unidade D).

Às vezes, o médico aqui também faz a receita e inicia o tratamento. Mas, às vezes, manda para o especialista, daí ele que faz todo o seguimento e tratamento. (E7 ENF – unidade D).

Geralmente, encaminho para especialista e não faço contato direto sempre. Mas, crianças sempre ficam bem, raramente procuram o serviço por crise de asma. (E5 MED - unidade B)

Aqui é feito o encaminhamento pelo médico, nós mandamos para secretaria da saúde que agenda o especialista e aí a guia volta para a unidade e nós avisamos a família para levar no dia e hora agendada. (E6 ENF –unidade B)

A gente, geralmente, encaminha para um especialista mesmo, médico alergista ou pneumologista, que tem na rede, aqueles casos mais complicados mesmo. (E4 MED –unidade A)

É feito consultas com o médico aqui e se precisar ela vai fazer acompanhamento com especialista. Primeiro o médico avalia, aí a hora que ele ver que é necessário ele encaminha para o especialista, faz uma guia que a secretaria da saúde agenda o local e a gente avisa a família, ou o agente administrativo liga, se

não consegue a gente deixa bilhete para vim até a unidade retirar a guia. (E2 ACS – unidade C)

Os relatos dos profissionais de saúde apresentam aspectos do acompanhamento da criança com asma pela ESF e da interface que estabelecem com os especialistas, com encaminhamento por meio de um fluxo da SMS / RP com guia de referência.

De acordo com as diretrizes governamentais, a maioria dos casos de crises asmáticas pode ser tratada nas unidades da rede básica de serviços de saúde, identificando se é uma crise grave, moderada ou leve (BRASIL, 2004 a).

As ações de saúde da APS e as ações de saúde especializadas precisam ser aprimoradas. A APS tem uma importância primordial como coordenadora da assistência e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção à saúde (SILVA, 2011).

O papel-chave da APS para o adequado funcionamento de um trabalho em rede depende de: ações de saúde abrangentes e articuladas para garantir a vigilância, prevenção de agravos e promoção da saúde; gestão do cuidado com continuidade por meio da regulação do acesso e integração com outros níveis de atenção; disponibilidade de profissionais generalistas com boa formação, com utilização de melhores evidências científicas; escopo assistencial amplo, incluindo diferentes especialidades que atuem de forma articulada com os profissionais generalistas e integração matricial com os especialistas (SILVA, 2011).

A organização dos serviços de saúde em redes é um desafio atual no Brasil e está ligada à concepção de aprofundar a estratégia de regionalização e humanização, no âmbito do SUS, para a qualificação da atenção, da gestão e do

cuidado em saúde, com a organização de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde.

Em nosso país, estudo aponta que a dificuldade do controle da asma pode ser agravada se considerarmos que a maioria dos pacientes asmáticos não tem acompanhamento adequado, o qual, muitas vezes, é feito por médicos não-especialistas (VIEGAS, 2009).

O trabalho entre o médico generalista e o especialista precisa estar articulado para que a criança e sua família sejam acompanhadas com cuidado integral à sua saúde.

A assistência em puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vistas às intervenções apropriadas. Para isso, pressupõe a atuação de toda a equipe de atenção primária à criança, de forma intercalada e conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, a consulta médica, os grupos educativos e as VDs (CAMPOS et al., 2011).

O apoio especializado deve ser buscado quando houver dúvida do diagnóstico e manejo, provável asma ocupacional, em casos de asma de difícil controle (sintomas contínuos apesar do uso de corticosteróide inalatório e necessidade de corticosteróide sistêmico para o controle), sibilância recorrente no lactente, asma grave e crise com risco de vida (BRASIL, 2004 a).

A AB deve estabelecer a articulação com as equipes de apoio e rede ambulatorial especializada, para verificar se a criança efetivamente conseguiu o atendimento referido e manteve a continuidade da assistência na AB com vistas a

promover a saúde integral da criança e não transferir a responsabilidade para o nível de assistência especializada, evitando-se prejuízo da visão global sobre a criança e o cuidado necessário em cada caso. O encaminhamento de crianças para a atenção especializada deverá seguir os protocolos locais e acordos pactuados entre unidades/municípios/regionais, para esse nível de assistência, e deve ser feita a contra referência por escrito (relatório de atendimento e proposta terapêutica) da unidade especializada para a equipe de AB, fundamental para qualificar o seguimento da criança (BRASIL, 2004 b).

Nos relatos também há preocupação com as medidas preventivas e de proteção da saúde da criança, analisando o cotidiano do cuidado da criança nos domicílios:

Ações preventivas, você pega as orientações básicas em relação ao ambiente, quarto, dormitório, a casa em geral, aos animais, bichos. (E4 MED - unidade A)

Olha, tem uma mãe muito difícil, é uma mãe que um dia está bem, outro dia não está, só traz os filhos mesmo quando as crianças estão bem ruim. Então, como ela é uma mãe muito difícil eu estou sempre na casa, eu estou sempre passando pra ver como está a criança. Então, quando eu passo e vejo que a criança está muito cansada, está com aquela dificuldade pra respirar, eu falo: está na hora de levar essa criança. Pergunto se está tendo febre. Eu passo, falo que ele não está bem com aquela canseira, com dificuldade pra respirar, eu já falo: ele não está bem, tem que levar ele, não está bem, está meio prostrado. E ele já está com 5 anos, agora ele até que melhorou e faz tempo que ele não tem essas crises. Mas, assim, desde RN, quando ele tinha 8 ou 9 meses, ela estava sempre aqui por causa disso, estava

com febre, falta de ar, para fazer aerossol, fazer vinte minutos de aerossol, depois esperar vinte minutos para fazer de novo. (E1 ACS - unidade A)

Esse menino que eu to te falando, ele já veio grandinho já, faz 2 anos e pouquinho que ele está na nossa área, então não é desde bebezinho. Ele tem 8 já. Mas a mãe é bem cuidadosa, deixa a casa bem arejada, tirou cortina, tapete, tudo, porque no comecinho, quando ela tinha um tapete na sala, sabe aqueles tapetes que junta muito pó, que todo mundo tem na sala, virava e mexia ele tinha uma crise, virava e mexia. Aí, um dia eu falei que tinha que tirar o tapete, que junta muito pó, que pra ele não era bom, aí ela tirou, sabe. (E2 ACS - unidade A)

Alguns profissionais exemplificam casos de asma em crianças, em que acompanham, observam, orientam e realizam intervenções no cuidado familiar, já que a asma implica em cuidados rotineiros pela cronicidade da enfermidade.

A possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil) amplia a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno, por exemplo, o crescimento e desenvolvimento alterados, desvios na alimentação, imunização e a pronta abordagem da criança com algum sinal de risco, como doenças respiratórias. Por meio de ações educativas em saúde, nos domicílios e na coletividade, a equipe de saúde proporciona o acesso às ações e serviços, com informação, promoção social e proteção da cidadania, além de orientar e acompanhar (BRASIL, 2004 b).

Estudo em um ambulatório pediátrico de um hospital público em São Paulo, com crianças e seus familiares, mostrou que as relações no mundo social da criança

com asma giram em torno de três eixos: a família, a escola e o serviço de saúde (BORDA; SARTI, 2005). A manifestação da asma ocorre em um contexto de relações interpessoais, mostrando a necessidade de um tratamento interdisciplinar que contemple as dimensões biopsicossociais. O papel dos profissionais seria contribuir para que a criança e sua família possam vivenciar a asma como parte do processo dinâmico da vida, a fim de que a qualidade do atendimento represente um caminho de crescimento para todos, que a assistência deve ultrapassar o enfoque meramente individual e incluir a família, com suas relações, nas estratégias de intervenção. Para tanto, é fundamental o conhecimento das experiências familiares, sua aceitação como parte das relações de afeto da família, e seu acolhimento pela equipe de saúde como objeto de intervenção (BORDA; SARTI, 2005).

A promoção da saúde com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças e agravos de doenças crônicas como a asma deve ser realizada com responsabilidade de cuidadores, familiares e profissionais da saúde de todos os níveis de atenção.

4.4 A família e o cuidado da criança com asma

Neste tema são apresentados aspectos sobre as orientações no domicílio, a adesão às orientações profissionais, o uso de medidas caseiras e a responsabilidade da mãe no cuidado da criança com asma.

No acompanhamento das famílias, há ênfase nas **orientações no domicílio**, com enfoque na retirada de objetos e animais, higiene, entre outros:

Tem muitas famílias que são bem cuidadosas, mas têm algumas que não fazem nada, elas se recusam a fazer as orientações. Algumas aderem às orientações de cuidado com a criança como, por exemplo, retirar tapetes, cuidados com animais, mas outras não. (E2 ACS - unidade B)

Por exemplo, quando a gente entra numa casa que o local não oferece o que a criança precisa, a gente vê e fala, não pode fumar aqui dentro, não pode ter poeira, tapete, cortina, cachorro, gato, não pode ter em casa com criança asmática. (E2 ACS – unidade A)

A gente já começa a orientar quanto à limpeza da casa, quarto do bebê, retirar tapetes, cortinas, bichos de pelúcia. A gente pede pra evitar, até, se possível, tirar tudo isso do quarto do bebê, por uma bacia de água próximo à cama dele para umidificar o ar, a gente procura orientar. (E8 AUX ENF - unidade D)

Ações de orientações, normal, quanto a gato, cachorro, tapete, cortina, roupas de lã, são coisas que devem ser retiradas. A casa tem que estar bem arejada, limpa. (E1 AUX ENF – unidade B)

Cientes dos fatores que desencadeiam crises asmáticas, os profissionais da saúde orientam quanto aos fatores que podem ser evitados na casa e retirados do ambiente em que a criança vive, além de orientar os cuidados para que criança viva sem crises asmáticas, como deixar o ambiente arejado e limpo.

A literatura descreve que os fatores de risco e/ou desencadeantes de crises de asma são, particularmente, os alérgenos (ácaros, pólenes, fungos e pêlos de animais), agentes irritantes (fumaça, poluição ambiental e alterações climáticas súbitas), infecciosos (origem viral ou bacteriana) e esforços físicos, enfatizando que eles podem desencadear crises asmáticas (ALVIM; LASMAR, 2009).

Estudos realizados em várias cidades do Brasil, incluindo São Paulo, Ribeirão Preto, Uberlândia, Curitiba e Fortaleza, revelaram que a exposição a alérgenos de ácaros é elevada, comparável àquela observada em cidades da costa leste dos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália (TOBIAS et al., 2004). Em nosso meio, os níveis médios de alérgenos de ácaros, particularmente aqueles observados em amostras de poeira de cama, são superiores a níveis considerados de risco para a sensibilização e o desenvolvimento de sintomas em indivíduos sensibilizados. Alérgenos de barata são encontrados em níveis moderados em nossos domicílios. Por outro lado, os níveis de alérgenos de gato e cachorro são baixos em amostras de poeira domiciliar (TOBIAS et al., 2004).

Um estudo avaliou os aspectos clínicos, laboratoriais e os fatores de risco associados à asma em crianças atendidas em um ambulatório de pediatria, e comparou a exposição domiciliar à umidade, à poeira, ao ar condicionado, ao carpete e às plantas, encontrando semelhança em dois grupos, de casos e de controles. O referido estudo observou também que 44,1% dos casos e 50,0% dos controles estavam expostos ao tabagismo passivo, e a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Ainda, entre os fumantes no domicílio, o pai foi o principal fumante, seguido pela mãe. Com relação aos animais domésticos, a exposição esteve presente em 82,7% dos controles e 52,5% dos casos, e a sensibilização aos alérgenos domiciliares, principalmente ácaros, barata e animais, mostrou uma forte associação com asma nesse estudo, concluindo que a educação quanto ao controle do ambiente deve ser enfatizada em todos os níveis de atenção à saúde, para que se possa alcançar êxito no tratamento da asma (MORAES et al., 2001).

A implantação de um programa de controle da asma “Respira Londrina”, em uma USF de Londrina-PR, mostrou que houve melhoria das condições de vida dos pacientes com asma com as orientações de controle da doença. A diferença entre uma USF com e sem o programa foi altamente significativa quanto ao relato de recebimento de VD, redução dos atendimentos de urgência decorrentes de crises asmáticas, com controle de fatores ambientais e decréscimo de crises (CARMO; ANDRADE; NETO, 2011).

Há entre os relatos dos profissionais entrevistados aspectos sobre o **contexto familiar** ressaltando a questão do fumo no ambiente em que a criança vive:

Na primeira consulta eu começo a falar sobre o ambiente familiar. Eu sou uma pessoa estudiosa nas questões do tabagismo, primeira coisa que eu pergunto. Tem algum fumante na casa? Primeira coisa e aí, às vezes, eu sei que a mãe é fumante, eu sei que o pai é fumante, a avó é fumante. Então, eu falo, assim, bem claramente, olha se vocês não tirarem esta fonte desencadeadora desses problemas respiratórios nessa criança, essa criança vai passar o resto da vida com problemas respiratórios. E aí eu falo claramente, elas vêm e falam assim: “Ah eu estou diminuindo, eu estou tentando diminuir”. Eu falo assim: “não adianta diminuir”, eu falo bem claro, eu passo todas as orientações. E falo também do restante do ambiente. Pergunto de pó, de mofo, de pêlo de gato, de cachorro, eu vou, assim, em cima de outros elementos também. (E3 ENF – unidade A)

Asma e tabagismo interagem de forma importante, uma vez que o tabagismo aumenta e agrava os sintomas da asma, dificultando seu controle, assim como acelera a perda da função pulmonar e piora a qualidade de vida do paciente e há também uma probabilidade de que a fumaça do cigarro cause alterações na

inflamação das vias aéreas, aumentando a hiperresponsividade brônquica (THOMSON; CHAUDHURI; LIVINNGSTON, 2004).

Está documentado que, em crianças, a associação de tabagismo passivo e asma têm papel fundamental no desenvolvimento e na gravidade da asma (IRVINE et al., 2009). Portanto, são muito importantes as consequências do tabagismo para a saúde pública, pois ele aumenta a morbidade da asma brônquica e é o mais importante fator de risco evitável e independente para dificultar seu controle (VIEGAS, 2009).

Uma casa com melhor ventilação, sem carpetes ou pisos acumuladores de poeira, uma correta abordagem no envoltório do colchão e travesseiro, ausência de tabagismo passivo e de exposição a produtos químicos e animais domésticos são o indicado, e o controle ambiental eficaz pode repercutir numa diminuição dos sintomas e no uso de medicamentos, seja para as exacerbações ou para uso profilático (JENTZSCH; CAMARGOS; MELO, 2006).

Um conjunto de ações relacionadas ao cuidado mais adequado da criança e ao conhecimento de medidas preventivas de saúde tem associação com maior escolaridade das famílias, contribuindo para a redução da morbidade por doença respiratória (MACEDO et al., 2007).

Um estudo verificou a adesão às medidas de controle ambiental em lares de crianças asmáticas, por meio de VDs, com observação direta e preenchimento de questionário, antes e após 90 dias das medidas de controle ambiental serem preconizadas (JENTZSCH; CAMARGOS; MELO, 2006). Foi perguntado aos pais o porquê de não se fazer o controle ambiental, sendo que o acréscimo na adesão aos diferentes itens pesquisados foi de 11,1%, e a presença de fumantes passivos foi reduzida em 9,7%. Quando perguntado o porquê de não se adotarem as medidas

recomendadas, os principais motivos alegados foram: falta de dinheiro (60,1%), achou difícil de realizar (6,1%), não dependia só dela (4,0%) e falta de tempo da mãe (4%). Esse estudo, com uma população estudada com renda média mensal de 2,5 salários mínimos, concluiu que o controle ambiental nem sempre é realizado e pode ser influenciado por fatores socioeconômicos e culturais (JENTZSCH; CAMARGOS; MELO, 2006).

Na presente pesquisa, depreende-se que as orientações oferecidas pelos profissionais nos domicílios atendem aos fatores associados à asma, no entanto é preciso estar atento ao modo como tais orientações são abordadas com a família.

Estudo aponta que a asma pode levar a sérios problemas tanto para a criança quanto para os familiares, podendo gerar uma sensação de culpa nos pais por terem transmitido a asma ao seu filho, pelo seu caráter hereditário, bem como a necessidade de adaptação no ambiente domiciliar e a higiene como uma medida de prevenção, indicando retirada de cortinas, animais domésticos, sofás estofados, entre outros (SILVA; SILVA; SANTOS, 2009).

A carência de esclarecimento coerente sobre a doença, em muitos casos, pode ser ocasionada por falta de envolvimento dos profissionais na educação em saúde, sendo discutido que a saúde tem sido direcionada ao tecnicismo (FROTA; MARTINS; SANTOS, 2008).

Nos atendimentos das famílias a **adesão às orientações** é outro aspecto apontado nos relatos dos profissionais:

A maioria não estudou muito, mas se a gente explica como dar o remédio, o que fazer para não entrar em crise, elas fazem sim. (E5 TEC ENF – unidade C)

Porque a mãe que tem uma criança com asma ela já sabe quando ela está, entende uma crise, ela já conhece. (E2 ACS – unidade A)

Eu acho que participam bem sim, cuidam das crianças, trazem ao médico. Elas aprendem o que ensinamos. Geralmente, fazem tudo que os médicos orientam, são preocupadas com as crianças. (E4 ACS - unidade C)

Mais da metade das famílias fazem o que nós orientamos de remédios e orientações. Aprendem o que ensinamos, porque quase ninguém sabe sobre asma. (E5 MED – unidade B)

É a criança que a mãe mais fica atenta, aprende e faz. Não é asma, mas as mães fazem tudo certinho (E8 AUX ENF - unidade D)

Os profissionais ressaltam que há adesão às orientações por eles fornecidas para as famílias cuidarem da criança com asma, enfocando a assistência como um aprendizado.

Os projetos educativos em saúde, em geral, acabam tendo um caráter de transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cuja sabedoria prática é, muitas vezes, desvalorizada ou ignorada, não trabalhando com o aprender do cotidiano da vida (MEYER, 2006).

Em geral, na assistência à saúde da criança, as mães relatam o que observam e o que utilizam na alimentação da criança, no manejo de sintomas respiratórios, da diarreia, da febre, de problemas de pele, do uso de medicamentos, entre outros e, nesse processo de observar, adota algumas condutas, inclusive quando levar ao serviço de saúde, mostrando uma capacidade de preocupação e inquietação, significando responsabilidade por parte da mãe (MELLO; [LIMA](#); [SCOCHI](#), 2007). Desse modo, é preciso conhecer e reconhecer o que as mães e famílias trazem, enriquecendo a assistência.

No cuidado à criança com asma, os pais são essenciais na assistência e apoio à criança, e, considerando a cronicidade da doença, a criança precisa ser entendida integrada à família. É necessário que os profissionais da saúde planejem os cuidados em torno do contexto familiar com maior possibilidade de realizações das orientações, prevenção de crises e manejo da asma (BURCIAGA; MELLO; LIMA, 2004).

Alguns aspectos sobre a cultura das famílias apareceram em relatos que apontam o **uso de medidas caseiras para a prevenção e tratamento da asma**:

Sempre ouvem a gente, na medida do possível. Mas, elas não abrem mão dos remédios caseiros, que eles sempre dão, que são os chás, que nós nem perguntamos o que eles põem, deixa para lá, eles põem mesmo. Mas, sempre orientamos o que deve ser feito para deixar a casa limpa. Geralmente, a família cuida e faz todas as orientações que damos, para casa, animais também. (E4 ACS - unidade B)

De um modo geral, fazem uso de medicamentos, antialérgicos, de corticóides e estas crianças tinham receitas de casa já previamente estabelecidas tanto para uso de aerossol, medicamentos na forma de xarope, e alguns outros já maiorzinhos já até com bombinha, a popular bombinha. Então, normalmente, assim, ou crises de broncoespasmo, ou bronquite, bronquiolite, crise asmática. (E3 ENF- unidade A)

Os relatos trazem aspectos do cuidado cotidiano que mencionam a busca das famílias por medidas alternativas. No entanto, nem sempre os profissionais dialogam com a família para compreender mais detalhes sobre esse cuidado.

Um estudo sobre o cuidado materno de crianças com asma discutiu o manejo da asma na visão das mães cuidadoras e a asma como sofrimento e risco para a vida dos filhos, concluindo que é importante respeitar a cultura das mães e família,

para que seus valores possam ser preservados, acomodados e reestruturados junto ao cuidado profissional (SILVA; SILVA; SANTOS, 2009).

A assistência à saúde da criança tem que contemplar o estilo de vida da mãe, caracterizado como uma série de aspectos comportamentais de natureza sociocultural, cabendo destacar que as mães possuem um saber global, com base no senso comum e ligado as suas condições materiais de existência, mas ao mesmo tempo, elas valorizam o saber científico e buscam conduzir a criação dos filhos de acordo com as normas da puericultura, as quais, muitas vezes, já foram incorporadas por elas (DYTZ; ROCHA, 2002).

É importante dialogar sobre os valores, crenças e noções que as pessoas têm sobre o que seja uma “boa saúde” para a criança, implicando compartilhar a cultura, para que esse aspecto não fique inexplorado ou com uma forte tendência a ver e assumir o modo que vivemos como o melhor, um padrão com o qual os outros devem ser julgados (TUDGE, 2001).

Nos relatos dos profissionais a **figura materna** é enfatizada como a principal cuidadora da criança com asma:

A gente tem isso direcionado para a mãe. O pai, muitas vezes, não participa, mesmo quando a gente faz atividades educativas. Primeiro, acho que pela cultura mesmo, a mulher é responsável pelos cuidados da família e o pai pelo trabalho. Às vezes, a gente vê pais trazerem o filho, mas isso acontece quando o pai trabalha à noite e a mãe durante o dia. É como falei, a mãe é que aprende os cuidados que orientamos. (E7 ENF - unidade D)

Geralmente, quem faz mais é a mãe, mas a família atende (E8 AUX ENF - unidade D)

Tem a mãe que faz o que a gente orienta, mas tem mãe que não faz, como a questão do cigarro mesmo que a gente conhece. A gente sabe que tem a criança com problema dentro de casa, mas fuma. Tem aquela que adere e outras que não (E1 AUX ENF – unidade B)

Olhamos o cuidado da mãe com a criança, a alimentação da criança e como está sendo dada, até a limpeza da própria criança, porque, às vezes, a mãe deixa a criança muito tempo sem trocar, aí tem que estar orientando a mãe. (E1 ACS - unidade D)

Olha, eu acho que é a mãe mesmo que fica muito em cima, porque pai não, é a mãe que sempre preocupa mais, que olha tudo, que deixa até de ter animais para a criança ficar bem. É a mãe que aprende, cuida mesmo, que limpa a casa, deixa tudo certinho para criança. (E2 ACS - unidade C)

Depois de diagnosticado, a mãe é orientada com cuidados da casa, não pode ficar com a janela fechada, bem arejada, bem ventilada, sem tapete, sem muita coisa de juntar poeira, tudo isso também, fumante não pode fumar, principalmente numa casa que tem criança não pode fumar gente, se eu vejo eu falo. (E2 ACS - unidade A)

A mãe é mencionada pelos profissionais de saúde como a mais presente no cuidado cotidiano da criança com asma, enfatizando que é com ela que eles interagem mais com relação às orientações.

Um dos principais pilares da prevenção e controle da asma diz respeito ao processo educativo. Desse modo, é preciso conhecer as características culturais e sociais das mães e famílias da criança com asma, buscando relacionar as recidivas com a questão cultural materna e familiar, o conhecimento sobre a doença e que

ações preventivas são adotadas na prevenção das crises asmáticas, valorizando o cuidado materno (FROTA; MARTINS; SANTOS, 2008).

Na atenção à saúde da criança, além do alcance da adesão às orientações, há necessidade de se preocupar com os valores das mães e famílias e com o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre os profissionais e as mães e famílias. Um estudo analisou o modo como os profissionais vêem as mães que utilizam a APS da criança, ressaltando que as mães que têm regularidade à assistência em puericultura são vistas como aquelas mais preocupadas com a criança e as que não têm regularidade procuram a unidade de saúde somente quando a criança está doente. Enfatizam, ainda, que as mães vêm buscar reforço positivo para o cuidado que estão desempenhando em casa e querem adquirir confiança de que estão no caminho bom e certo (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007).

Os profissionais de saúde precisam apreender, compreender e dialogar com as famílias, buscando uma multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagem (MEYER, 2006).

É essencial que haja educação para a saúde, com a conscientização dos profissionais de saúde para que possam colaborar para a maior efetividade na prevenção da asma, promoção da saúde da criança e sua qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível apreender aspectos relevantes do acompanhamento da saúde da criança com asma a partir dos relatos dos profissionais de saúde, fornecendo subsídios para a atenção à saúde da criança e sua família na ESF, dentro do contexto do SUS.

Os atendimentos às crianças podem ser agendados e eventuais, além de VD, sendo realizado o acolhimento e um cronograma de rotina na assistência em puericultura. Na visão dos profissionais, a consulta agendada é mais abrangente por abordar vários aspectos da saúde da criança e não somente a queixa.

Os profissionais da ESF enfatizam os principais motivos de procura, especificando sinais e sintomas indicativos da asma em crianças, as épocas em que ocorre maior frequência da procura com sintomas respiratórios e as enfermidades mais comuns, são eles: febre e queixas respiratórias, particularmente dificuldade respiratória, tosse, dor de garganta, e diarreia. Os problemas respiratórios estão concentrados principalmente no outono e inverno, épocas que propiciam o aparecimento de sinais e sintomas. Relatam que há casos esporádicos, em determinadas unidades, de catapora, conjuntivite e dengue.

Os entrevistados referem sinais e sintomas da asma que observam nos domicílios durante as VDs ou na unidade de saúde no atendimento da criança em consultas e também por meio de perguntas para as mães e cuidadores, como dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã.

Os profissionais relataram sobre o uso de alguns medicamentos, mas também expressaram a associação do tratamento medicamentoso com as medidas de controle do ambiente. Os relatos trazem noções mais gerais sobre o tratamento, não havendo muitos detalhes e especificidades sobre as medidas terapêuticas

atuais da asma em crianças. Os relatos expressam que, embora sejam realizadas as orientações, em algumas situações eles observam o uso indiscriminado das medicações pelas famílias.

O acompanhamento da saúde da criança com asma também foi apresentado nos relatos dos profissionais como vinculado a outros serviços de saúde, com seguimento especializado.

As orientações às famílias, realizadas pelos profissionais das equipes de saúde da família, voltam-se para a retirada de objetos e animais, higiene domiciliar, não fumar, retirar fatores que desencadeiam crises asmáticas do ambiente em que a criança vive. Os profissionais ressaltam que há adesão às orientações por eles fornecidas para as famílias cuidarem da criança com asma, enfocando a assistência como um aprendizado.

No cuidado em saúde da criança é muito importante conhecer as características culturais e sociais das mães e famílias, buscando identificar e esclarecer o conhecimento sobre a doença, avaliar o cuidado cotidiano para a compreensão e o alcance da adesão às orientações e tratamento, estabelecendo vínculo e co-responsabilidade entre os profissionais, mães e famílias.

A organização de um trabalho em rede é fundamental no contexto do SUS, levando a um incremento da APS, com integração entre os profissionais de saúde e instituições, que contribua para o cuidado integral à saúde da criança no contexto familiar.

A equipe da saúde da família tem o compromisso de um seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança, de modo efetivo e ampliado, com proximidade da família e da comunidade, bem como um trabalho intersetorial com outros profissionais e instituições. Os profissionais especialistas têm o compromisso

de um acompanhamento da saúde da criança em suas necessidades específicas de saúde, englobando o tratamento especializado de um agravo, mas que deve estar bem articulado aos atendimentos na atenção primária, com um trabalho de referência e contra referência, para que não fique fragmentado e descolado do acompanhamento mais global da saúde da criança e sua família. Os especialistas têm, ainda, o compromisso de uma retaguarda aos generalistas, com a divulgação e discussão de conhecimentos específicos.

É de extrema importância uma prática de cuidar que enfoque ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da criança, centrada na continuidade e integralidade da assistência. Desse modo, constrói um seguimento longitudinal com a participação da família, estabelecendo um cuidado que prioriza o diálogo, a interação, a busca de entendimento, adesão ao tratamento, esclarecimento de dúvidas e identificação de barreiras, procurando apoiar efetivamente as famílias no cuidado cotidiano das crianças asmáticas.

REFERÊNCIAS

- AL-GHAMDY, Y. S. et al. Socioclinical profile of children with asthma in Al-Majmaah Health Province. **Saudi Medical Journal**, Riyadh, v. 21, n. 9, p. 847-851, Sep. 2000.
- ALVIM C. G.; LASMAR, L. M. L. B. F. **Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias**. Belo Horizonte: Coopmed; Nescon UFMG, 2009.
- ARAÚJO, M. F. S.; LIMA, G. D. A Estratégia Saúde da Família Dentro do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 14, p. 30-40, set. 2009.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- BELAMARICH, P. F. et al. Do obese inner-city children with asthma have more symptoms than nonobese children with asthma? **Pediatrics**, Evanston, v. 106, n. 6, p. 1436-1441, Dec. 2000.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na Atenção Básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.
- BENGUIGUI, Y.; CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. S. F. Panorama atual e perspectivas da AIDPI na Região das Américas. In: CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Org.). **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 27-54.

- BENICIO, M. H. D'A. et al. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 91-101, 2000. Suplemento 6.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, p. 513-522, 2003. Suplemento 1.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.
- BONILHA, L. R. C. M.; RIVOREDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.
- BORDA, R. I. H. et al. Daily life of children with acute asthma in school settings. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 921-927, 2009. Número especial - 70 Anos.
- BORDA, R. I. H.; SARTI, C. A. A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. **Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. São Paulo v. 28, n. 5, p. 249-254, 2005.
- BOSI, D. R.; REIS A. O. A. A criança asmática na família: estudo de uma representação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo v. 10, n. 2, p. 60-76, 2000.
- BOUDREAUX, E. D. et al. Race/ethnicity and asthma among children presenting to the emergency department: differences in disease severity and management. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 5 pt 1, p. 615-621, May 2003.

BRAMAN, S. S. The global burden of asthma. **Chest**, Northbrook, v. 130, n. 1, p. 4S-12S, July 2006. Supplement.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma e rinite: linhas e conduta em atenção básica**. Brasília, DF, 2004 a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação: módulo 1**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança: passaporte de cidadania**. 3. ed. Brasília, DF, 2007. (Série A). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>. Acesso em : 2 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS DATASUS**. Brasília, DF, 2008 a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 13 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS DATASUS**. Brasília, DF, 2008 b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas. **Estatísticas de saúde e mortalidade**. Brasília, DF, 2005.

BRITTO, M. C. A. et al. Baixa renda como fator de proteção contra asma em crianças e adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, DF, v. 34, n. 5, p. 251-255, 2008.

BROWN, E. S. et al. Depressive symptoms and functioning in asthma patients. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, London, v. 6, n. 4, p. 155-161, Dec. 2000.

BURCIAGA, L. V. B.; MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. Asma en la infancia: importancia de la familia para su control. **Desarrollo Científico Enfermería**, México, v. 12, n. 8, p. 237-242, set. 2004.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em Unidades Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, out./dez. 2007

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.

CARMO, T. A.; ANDRADE, S. M.; NETO, A. C. Avaliação de um programa de controle da asma em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 162-172, jan. 2011.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 507-515, 2000.

CERCI-NETO, A. et al. Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 34, n. 9, p. 639-645, set. 2008.

CÉSAR, J. A. et al. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 299-305, jan./fev. 2002.

CHATKIN, J. M. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE)*. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 277-283, 2006.

CHATKIN, M. et al. Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 491-498, out. 2000.

CHRISTAKIS, D. A. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. **Pediatrics**, Evanston, v. 107, n. 3, p. 524-529, Mar. 2001.

COELHO, A. C. C. et. al. Manuseio de dispositivos inalatórios e controle da asma em asmáticos graves em um centro de referência em Salvador. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, Brasília, DF, v. 37, n. 6, p. 720-728, 2011.

III CONSENSO Brasileiro no Manejo da Asma. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 46, n. 3/4, p. 151-172, jul./dez. 2002.

COTTA, R. M. M. et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Viçosa v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUNHA, M. R. et. al. Sintomas asmáticos em escolares de 8 e 13 anos. **Revista Saúde com**, Bahia, v. 2, n. 1, p. 12-20, 2006.

DIEDHIOU, A. et al. Relationship between presence of a reported medical home and emergency department use among children with asthma. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 67, n. 4, p. 450-475, Aug. 2010.

DIXON-WOODS, M. et al. Lay evaluation of services for childhood asthma. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 10, n. 6, p. 503-511, Nov. 2002.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo Exploratório. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

DYTZ, J. L. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 151-156, 2002.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2, p.164-176, 2007.

FELISBERTO, E. et al. Implantação da AIDPI no programa saúde da família em Pernambuco. In: CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Org.). **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 77-94.

FERRARI, G. F.; ARAÚJO, S. T. Avaliação do conhecimento de familiares de crianças com asma provável. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 24, n. 3, p. 207-212, 2006.

FERREIRA, J. et al. Mortalidade por doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos no município de Caxias do Sul entre 1996 e 2001. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n. 4, p. 243-247, out./dez. 2004.

FREDRICKSON, D. D. et al. Understanding frequent emergency room use by Medicaid-insured children with asthma: a combined quantitative and qualitative study. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Waltham, v. 17, n. 2, p. 96-110, Mar./Apr. 2004.

FROTA, M. A.; MARTINS, M. C.; SANTOS, R. C. A. N. Significados culturais da asma infantil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 512-516, 2008.

FROTA, M. A.; BARROSO, G. T. **Desnutrição infantil na família**: causa obscura. Sobral: Universidade Vale do Acaraú, 2003.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). 2006 **Revision**: GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Bethesda: NHLBI/WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.ginasthma.org/guidelines-archived-2006-revision.html>>. Acesso em: 27 set. 2006.

HERSH, A. L. et al. Decreasing frequency of asthma education in primary care. *Journal of Asthma*, London, v. 47, n. 1, p. 21-25, Feb. 2010.

HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. **The practice of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.

IRVINE, L. et al. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 318, n. 7196, p. 1456-1459, 1999.

JENTZSCH, N. S.; CAMARGOS, P. A. M.; MELO, E. M. Adesão às medidas de controle ambiental em lares de crianças e adolescentes asmáticos. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, Brasília - DF., v. 32, n. 3, p. 189-194, 2006.

JESUS, L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JUNIPER, E. F. Assessing asthma quality of life: its role in clinical practice. **Breathe**, Lausanne, v. 1, n. 3, p. 192-205, 2005.

KINCHOKU, V. M. et al. Fatores associados ao controle da asma em pacientes pediátricos em centro de referência. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 591-598, 2011.

KWON, H. S. et al. Correlation between the Korean version of Asthma Control Test and health-related quality of life in adult asthmatics. **Journal of Korean Medical Science**, Korean, v. 23, n. 4, p. 621-627, 2008.

LAFATA, J. E.; XI, H.; DIVINE, G. Risk factors for emergency department use among children with asthma using primary care in a managed care environment. **Ambulatory Pediatrics**, New York, v. 2, n. 4, p. 268-275, July/Aug. 2002.

LASMAR, L. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 409-419, 2002.

LIU, A. H. et al. Status of asthma control in pediatric primary care: results from the pediatric Asthma Control Characteristics and Prevalence Survey Study (ACCESS). **Journal of Pediatric**, St Louis, v. 157, n. 2, p. 276-281, Aug. 2010.

MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de riscos para internação por doença respiratória aguda em crianças de até um ano de idade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 3, p. 351-358, 2007.

MARTÍNEZ, Z. I. et al. Costo directo de la atención por crisis aguda de asma en el servicio de urgencias pediátricas. **Revista Alergia**, México, v. 51, n. 4, p. 134-138, jul./ago. 2004.

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Health follow-up of children in poverty situation: between the routine and eventuality of daily care. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 820-827, set./out. 2007. Número especial.

MENDONÇA, M. B.; FERREIRA, E. A. P. Adesão ao tratamento da asma na infância: dificuldades enfrentadas por cuidadoras. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 56-68, 2005.

MEYER, D. E. et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MILANI, G. K. M. et al. Budesonida inalatória em crianças com asma aguda. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 106-112, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOHAMMED, F. et al. Predictors of repeat visits to the emergency room by asthmatic children in primary care. **Journal National Medical Association**, New York, v. 98, n. 8, p. 1278-1285, Aug. 2006.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Revista Estudos Avançados USP**, v. 17, n. 48, p. 7-20, 2003.

MONTEIRO-ANTONIO, M. A. G. et al. Avaliação do crescimento linear de crianças e adolescentes com asma. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 145-150, abr./jun. 2002.

MORAES, L. S. L. et al. Fatores de risco, aspectos clínicos e laboratoriais da asma em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 6, p. 447-454, 2001.

NEWCOMB, P. Results of an asthma disease management program in an urban pediatric community clinic. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 11, n. 3, p. 178-188, jul. 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Alma Ata 1978. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília, DF: OMS/UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS/OMS, 2007.

PAIXÃO, A. C. et al. Prevalência da asma e do subdiagnóstico em crianças nos centros de saúde de Aracaju-SE. **Revista Médica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 69-73, abr./jun. 2006.

PATEL, P. H.; WELSH, C.; FOGGS, M. B. Improved asthma outcomes using a coordinated care approach in a large medical group. *Disease Management*, Larchmont, v. 7, n. 2, p. 102-111, 2004.

PEAT, J. K. et al. Continuing the debate about measuring asthma in population studies. **Thorax**, London, v. 56, p. 406-411, 2001.

PEREIRA, E. D. B. et al. Controle da asma e qualidade de vida em pacientes com asma moderada ou grave. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, Brasília, v. 37, n. 6, p. 705-711, 2011.

PEREYRA, H. **Conocimientos de la madre sobre asma y su relación con el manejo de la crisis asmática en preescolares y escolares**, Instituto de Salud del Niño Octubre - Diciembre 1999. 2000. 36 f. Monografia (Licenciatura) – Facultad de Enfermería, Universidade Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2000.

PINA, J. C. et al. As contribuições da estratégia AIDPI ao acolhimento de crianças. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **A Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTUGUAL. **Manual de Boas Práticas na Asma**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2000.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 27-34, 2003.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura**: princípios e práticas - atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROSEIRO, M. N. V.; TAKAYANAGUI, A. M. Morbidade por problemas respiratórios em Ribeirão Preto (SP) de 1995 a 2001, segundo indicadores ambientais, sociais e econômicos. **Revista Paulista Pediatria**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 163-170, 2006.

SAKATA, K. N. et. al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2007.

SALGADO AGUILAR, G. G.; CEBALLOS MARTÍNEZ, Z. I.; SANDOVAL JURADO, L.; HERNÁNDEZ COLÍN, V. Agudizaciones del asma y sus costos de atención en el servicio de urgencias. **Revista alergia**, México, v. 53, n. 2, p. 64-68, mar./abr. 2006.

SANTOS, A. P. O.; LIMA, L. S.; WANDERLEY, A. G. Comparison between the drug treatment used in children up to five years of age treated in an emergency room and the guidelines established in the III Brazilian Consensus on Asthma Management. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 33, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 2007.

SAWYER, S. M.; ARONI, R. A. Sticky issue of adherence. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Melbourne, v. 9, n. 1, p. 2-5, 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Atenção à saúde da criança**. Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente Protocolo de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SHAH, S. S. et al. Who is providing and who is getting asthma patient education: an analysis of 2001 National Ambulatory Medical Care Survey data. **Health Education Research**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 803-813, Oct. 2008.

SIENRA-MONGE, J. J. L.; RÍO-NAVARRO B. E. D.; BAEZA-BACAB M. Asma. **Salud Pública de México**, México, v. 41, n. 1, p. 64-70, jan./fev. 1999.

SILVA, L. M. V. **O Programa de Saúde da Família**: evolução de sua implantação no Brasil, novembro, 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Universidade Federal da Bahia, 2002.

SILVA, M. D. B.; SILVA, L. R.; SANTOS, I. M. M. O cuidado materno no manejo da asma infantil-contribuição da enfermagem transcultural. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 772-779, out./dez. 2009.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011

SMITH, S. R.; WAKEFIELD, D. B.; CLOUTIER, M. M. Relationship between pediatric primary provider visits and acute asthma ED visits. **Pediatric Pulmonology**, New York, v. 42, n. 11, p. 1041-1047, Nov. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 32, p. 447-474, 2006. Suplemento 7.

SOLÉ, D.; CAMELO-NUNES, I. C. A dimensão do problema da asma e da rinite alérgica no Brasil: prevalência, hospitalizações e mortalidade. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 78, p. 3-10, 2008. Suplemento 2.

STARFIELD, B. **Atenção Primária à Saúde**: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

STEPHAN, A. M. S. et al. Prevalência de sintomas de asma em lactentes, pré-escolares e escolares em área coberta pelo Programa Saúde da Família, Pelotas, RS, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 125-132, 2010.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; BRESOLIN, A. M. B. Princípios do atendimento à criança. In: SÃO PAULO (Cidade). **Caderno temático da criança**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003. p. 29-31.

THOMSON, N. C.; CHAUDHURI, R.; LIVINNGSTON, E. Asthma and cigarette smoking. **European Respiratory journal**, Copenhagen, v. 24, n. 5, p. 822-833, 2004.

TO, T. et al. Can a community evidence-based asthma care program improve clinical outcomes?: a longitudinal study. **Medical Care**, Hagerstown, v. 46, n. 12, p. 1257-1266, Dec. 2008.

TOBIAS, K.R.; FERRIANI, V.P.; CHAPMAN, M.D.; ARRUDA, L.K. Exposure to indoor allergens in homes of patients with asthma and/or rhinitis in southeast Brazil: effect of mattress and pillow covers on mite allergen levels. **International Archives Allergy and Immunology**, Basel, v.133, n.4, p. 365-70, 2004.

TRAVESSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 5190-5198, 2004. Suplemento 2.

TUDGE, J. Estudando a criança e a família em seu contexto: para uma abordagem cultural da tolerância. In: BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; FISHMANN, R. (Org.). **Crianças e adolescentes: construindo uma cultura da tolerância**. São Paulo: Edusp, 2001. p. 65-77.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin América and Caribbean Region. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 18, n. 3, p. 197-205, 2005.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n.9780, p. 1863-1876, 2011.

VIEGAS, C. A. A. Tabagismo e controle da asma brônquica. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, Brasília-DF, v. 35, n. 3, p. 197-198, 2009.

VIEIRA, A. A. et al. Anxiety and depression in asthma patients: impact on asthma control. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 13-18, 2011.

WANNMACHER, L. Tratamento medicamentoso da asma em crianças. Uso Racional de Medicamentos. **Temas Seleccionados**, Brasília, DF, v. 3, n. 9, p. 1-6, 2006.

WARNER, J. O.; NASPITZ, C. K.; CROPP, G. J. A. Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. **Pediatric Pulmonology**, New York v. 25, p. 1-17, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Child Health and Development. Integrated Management of Childhood Illness: conclusions. **Bull. WHO**, Geneva, v. 75, p. 119-128, 1997. Supplement 1.

_____. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO/ Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, 1996.

YU, I. T. S.; WONG, T. W.; LI, W. Using child reported respiratory symptoms to diagnose asthma in the community. **Archives Disease in Childhood**, London, v. 89, n. 6, p. 544-548, 2004.

ZORC, J. J. et al. Scheduled follow-up after a pediatric emergency department visit for asthma: a randomized trial. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 3, p. 495-502, Mar. 2003.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

- Número: Data: Horário de início: Horário do término:
- Nome da unidade de saúde:
- Horário de funcionamento da Unidade:
- Nome fictício de identificação:

Perfil do(a) entrevistado(a)

- Sexo:
- Idade em anos:
- Número de filhos:
- Escolaridade:
- Formação:
- Tempo de formação:
- Cargo na unidade de saúde:
- Tempo de atuação nessa categoria profissional nesta unidade:
- Tem outro vínculo empregatício () Sim () Não, Especifique:_____.

- Como o serviço está organizado para assistência as crianças menores de cinco anos de idade?
- Quais as principais demandas, ou doenças que ocorrem em crianças menores de cinco anos de idade?
- Quais os indicativos, os sinais e sintomas de asma em crianças menores de cinco anos?
- Quais as ações de prevenção da asma e promoção de saúde de crianças com asma?
- Como tem sido o acompanhamento e o manejo da saúde de crianças menor de cinco anos de idade com asma?
- Como tem sido o tratamento medicamentoso e não medicamentoso de crianças com asma?
- Em caso de encaminhamento para outros serviços especializados comente como é realizado?
- Como é o cuidado da criança com asma junto da família?
- Me conta um exemplo de uma criança que tem asma, você lembra de algum caso?

ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0111/2010

Ribeirão Preto, 22 de junho de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 19 de junho de 2010.

Protocolo: nº 1136/2010

Projeto: ASMA NA INFÂNCIA: EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisadores: Debora Falleiros de Mello
Vania Daniele Paranhos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Debora Falleiros de Mello
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP