



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ARGUMENTOS DE FISIOTERAPEUTAS PARA A SUA ATUAÇÃO  
NA ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES  
CRÔNICAS**

**Adelino Furtado Madureira**

**Rio de Janeiro  
Março de 2016**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ARGUMENTOS DE FISIOTERAPEUTAS PARA A SUA ATUAÇÃO  
NA ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES  
CRÔNICAS**

**Adelino Furtado Madureira**

Dissertação apresentada à  
Pós-Graduação em Saúde da  
Criança e da Mulher, como  
parte dos requisitos para a  
obtenção do título de Mestre  
em Ciências

Orientadora: Dra. Martha Cristina Nunes Moreira  
Coorientadora: Dra. Miriam Ribeiro Calheiros de Sá

**Rio de Janeiro  
Março de 2016**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE  
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO  
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE  
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

M183     Madureira, Adelino Furtado.

Argumentos de fisioterapeutas para a sua atuação na atenção à saúde de crianças com condições crônicas / Adelino Furtado Madureira. – Rio de Janeiro, 2016.  
100 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Orientadora: Martha Cristina Nunes Moreira

Co-orientadora: Miriam Ribeiro Calheiros de Sá

Bibliografia: f. 87-93

1. Fisioterapia. 2. Doença Crônica. 3. Criança. I. Título.

CDD 22.ed. 615.82

## DEDICATÓRIA

**Ao meu pai, Adelino Madureira, que me ensinou a valorizar as coisas mais simples da vida. Onde você estiver estará sempre comigo.**

## AGRADECIMENTOS

À minha esposa Carolina, que mais uma vez me incentivou em realizar meus sonhos, foi compreensiva quando não recebia a atenção merecida e sempre esteve disposta em ler meus escritos. Obrigado meu Amor, seu sorriso deixa tudo mais fácil.

À Martha Moreira e Miriam Calheiros, por serem sempre atenciosas, pacientes e acolhedoras, não só como orientadoras, mas também como amigas. Obrigado pelas horas de dedicação, pela literatura apresentada e por me incentivarem continuamente a buscar o conhecimento.

Aos profissionais que aceitaram participar como sujeitos de pesquisa e depositaram sua confiança em meu trabalho.

Aos professores da Pós-graduação, por proporcionarem aulas que contribuíram para o resultado desse trabalho. Obrigado por disponibilizarem acesso a conhecimentos de temas variados.

Aos funcionários da secretaria acadêmica do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz por estarem sempre disponíveis para atender minhas solicitações.

Às colegas do Mestrado 2014, pela troca de conhecimentos e experiências.

Aos meus irmãos Rosa e Robson, por me oferecerem ajuda sempre que precisei. Obrigado por existirem na minha vida.

À minha vó por ter me criado como um filho.

Ao meu sogro, José Antônio Duba, pelo apoio e interesse por meu trabalho.  
Obrigado por servir de inspiração intelectual.

À minha sogra, Luciene Zanolini, pelo amor e apoio nesse período.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)  
pelo auxílio financeiro.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAFIN – Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional

ADC – Análise de Discurso Crítica

ASSOBRAFIR – Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

CNE – Conselho Nacional de Educação (CNE)

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DCVPM – Dependência Crônica de Ventilação Pulmonar Mecânica

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz

IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes

Figueira

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>QUADRO 1</b> – Quadro analítico exemplificando alguns trechos de entrevistas com argumentos e afirmativas relacionadas .....	39
--	----

## RESUMO

O aumento na prevalência de doenças crônicas complexas na infância demanda estratégias diferenciadas na atenção à criança e formação e capacitação de profissionais. Deste modo, o presente estudo procurou entender a partir de quais lógicas argumentativas os fisioterapeutas, que atendem crianças em condições crônicas de saúde, constroem e justificam sua prática profissional. Assim, pretendemos contribuir para a produção de conhecimento sobre essa população de pacientes que precisa ser acolhida nos ambulatórios de pediatria, nos serviços de reabilitação e nas clínicas de estratégia de saúde da família. Procurando compreender as relações existentes nesse campo, nossa pesquisa teve caráter qualitativo, sendo utilizado o modelo de Toulmin para a obtenção e análise dos dados. A interpretação dos dados foi feita com base nos fundamentos da Análise de Discurso Crítica (ADC). O estudo foi realizado com 21 fisioterapeutas do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Os achados desse estudo mostram que os fisioterapeutas utilizam de apoios da tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve para construir suas práticas. Além disso, identificamos disputas sobre o campo de saber e competências relacionados a essa população. Observa-se, ainda, que apesar de os hospitais terem sido pensados exclusivamente como espaços para a ação da biomedicina, representada por médicos e enfermeiros, compreendemos que existe um cenário em formação onde os conhecimentos de outras categorias de saúde, como a Fisioterapia, precisam ser reconhecidos e respeitados.

**Palavras-chave:** Fisioterapia, Doença Crônica, Criança.

## ABSTRACT

The increase in the prevalence of complex chronic diseases in childhood needs differentiated strategies to the child care and training of professionals. Therefore, this study sought to understand from which logical argumentative physical therapists, who treat children with chronic health conditions, build and justify their professional practice. Thus, we intend to contribute to the production of knowledge about this population of patients who need to be accepted in pediatric clinics, rehabilitation units and family health strategy clinics. Trying to understand the relationships in this field, our research was qualitative, and used Toulmin's model to obtain and analyze the data. Interpretation of the data was based on the fundamentals of Critical Discourse Analysis (CDA). The study has been carried out with the physical therapists of the National Institute of Women's Health, Child and Adolescent Fernandes Figueira of the Oswaldo Cruz Foundation (IFF / Fiocruz). The findings show that physical therapists use to support the hard technology, light-to-hard technology and soft technology to build their practices. In addition, we identified disputes about area of competence related to this population. It is further notes that although hospitals have been designed strictly as places for biomedicine action, represented by doctors and nurses, we understand there is a unfolding scenario where the knowledge of other health categories, such as Physical Therapy, need to be recognized and respected.

**Key-words:** Physiotherapy, Chronic Disease, Child.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 – MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	20
1.1 Recuperando a história social da criança e da infância: problematizando o lugar da criança cronicamente adoecida .....	20
1.2 Recuperando o lugar dos saberes formais sobre as crianças: a Pediatria e seu lugar nas formações de saúde e seu reconhecimento da cronicidade na infância. ....	25
CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODO: uma história a contar .....	35
2.1 A Análise argumentativa como uma forma de construir o acesso ao discurso .....	35
2.2 O campo do estudo e seus sujeitos: suas particularidades e nossa entrada.....	44
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	49
3.1 Resultados.....	49
3.2 Discussão .....	53
3.2.1 Eixo 1: A Fisioterapia para Novos Atores: Disputas e Inovações para Atenção às Crianças Cronicamente Adoecidas .....	55
3.2.2 Eixo 2: Apoios / Mediações para Cuidar das Crianças Cronicamente Adoecidas: Associando Tecnologias e Experiência .....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
REFERÊNCIAS .....	87
APÊNDICES.....	94
ANEXOS.....	97

## INTRODUÇÃO

Desenvolvi o interesse pelo tema, quando realizei meu estágio no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), na área de fisioterapia motora. Nesse período tive contato não somente com as crianças e adolescentes cronicamente adoecidos, e suas respectivas famílias, mas estive com fisioterapeutas que cotidianamente atuavam em uma perspectiva de cuidado e orientação a essa clientela.

Ao final do estágio, já como profissional, fui convidado a ser pesquisador de campo na pesquisa intitulada "*Estudo da Assistência Fisioterapêutica Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro e Projeto de Capacitação*". Esta pesquisa objetivou mapear e investigar a rede da atenção fisioterapêutica pediátrica existente no Estado do Rio de Janeiro. Nesse projeto, visitei estabelecimentos de saúde, conversei com os profissionais e pude observar qual era a realidade da assistência à essas crianças e adolescentes cronicamente adoecidos. A partir das observações que fiz em campo, percebi a existência de uma lacuna de conhecimento da atenção pública às mesmas, além da ausência de uma rede articulada de promoção de saúde para estes indivíduos. Durante este campo, surgiu o interesse em compreender a perspectiva dos profissionais que atuam na área, aprofundando as lógicas argumentativas que sustentam suas práticas sobre a atenção específica para crianças e adolescentes com condições crônicas.

Este estudo possui relevância para a saúde coletiva já que, em função de uma mudança em curso do perfil de morbimortalidade da população infantil, existe um incremento nas necessidades de saúde de um crescente contingente de crianças e adolescentes crônicos, que precisam ser absorvidos pelo sistema de saúde. Ou seja, necessitam ser acolhidos, por exemplo, nos ambulatórios de pediatria, nos serviços de reabilitação e nas clínicas de estratégia de saúde da família. Busca-se ainda contribuir para o nível de atenção das práticas de saúde, permitindo rever e reelaborar conceitos.

Para tanto, procuramos entender como essas crianças são vistas pelos profissionais que atuam de forma direta na sua assistência, pois consideramos importante conhecer a lógica para qualificar o cuidado.

Segundo a OMS<sup>1</sup>, as condições crônicas de saúde não se limitam às doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma, além de não poderem ser consideradas de forma isolada ou sem relação entre si. As condições crônicas incluem: condições não transmissíveis; condições transmissíveis persistentes; distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas. Canesqui<sup>2</sup> apresenta uma série de autores e obras que desde a década de 80 do século XX colocam na agenda de pesquisas não somente o ponto de vista dos doentes sobre suas doenças crônicas e deficiências, como também analisam os aspectos políticos e sociais desses processos de adoecimento<sup>2,3</sup>. Ou seja, abordar as condições crônicas de saúde – englobando doenças e deficiências, todas de curso longo – implica em olhar não somente para a epidemiologia de sua distribuição na população, mas incluir o ponto de vista de quem adocece, e no caso da presente pesquisa de quem trabalha com esse segmento da população.

Moreira e Goldani<sup>4</sup>, em relação à saúde da criança, destacam o surgimento de um novo padrão de saúde e doença, caracterizado pela queda do número de doenças agudas e um aumento na incidência das condições crônicas. Para esse estudo tomamos como referência a definição de condição crônica apresentada por Moreira, Gomes e Sá<sup>5</sup> que destacam as seguintes características: estar presente na criança por mais de três meses, ou que tenha tido três ou mais manifestações clínicas no último ano, com possibilidade de reincidência; presença de limitações funcionais e necessidade de adaptações; comprometimento das dimensões de sociabilidade específicas da infância, como dias de ausência na escola e limitações de atividades cotidianas; necessidade de apoio para interagir, se comunicar e se expressar, assim como de suporte tecnológico à vida; vulnerabilidade associada com as condições físicas, emocionais, de desenvolvimento e comportamentais, demandam cuidados domiciliares primários e de serviços de saúde diferenciados; possível presença de relações de associação entre fatores genéticos/familiares e fatores pré e pós-neonatais<sup>5</sup>.

O acesso às tecnologias sofisticadas, criação de novas vacinas, medicamentos mais eficazes e o desenvolvimento da cirurgia pediátrica, leva a uma mudança positiva na sobrevivência dessas crianças, resultando em um aumento de demanda a ser atendida nos serviços de saúde<sup>4</sup>, particularmente nos chama atenção as internações prolongadas nos ambientes hospitalares, e que envolvem um alto nível de cuidado, dentre essas citamos os pré-termos extremos, com malformações congênitas e doenças crônicas. Tal mudança gera a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, que deve se deslocar do modelo hospitalocêntrico apontando para a necessidade de uma

“nova pediatria” voltada para as demandas e os conhecimentos necessários para atenção a esse grupo de crianças<sup>4</sup>.

As mudanças apontadas acima contribuem para aquilo que Moreira *et al*<sup>6</sup> denominam como o surgimento de novos sujeitos: crianças com condições crônicas complexas de saúde. Essa discussão surge no âmbito de uma ampla revisão de literatura internacional e em sintonia com uma pesquisa desenvolvida no ano de 2014 e 2015<sup>6</sup>. A pesquisa apontou que do total de internações ocorridas no IFF/Fiocruz cerca de 85% estavam referidas a condições crônicas complexas de saúde, com duração média de 35 dias. Essas crianças, segundo os autores, nascem marcadas por diagnósticos sombrios, com prognósticos que as qualificam com o signo de inviáveis. Porém, elas alcançam a viabilidade, mas dentro de uma estabilidade da condição crônica, que demanda um olhar atento dos sinais de instabilidade pelos profissionais e pela família. Elas se constroem resilientes e dependentes de muitos recursos financeiros, mas também de uma necessidade de afeto, apoio e acolhimento, que deve envolver todas as pessoas que são responsáveis por seu cuidado, incluindo, além da família, os profissionais que delas tratam.

Corroborando essa ideia, Gomes<sup>7</sup> afirma que esse novo perfil de adoecimento, com maior proporção de casos caracterizados como crônicos, resulta em uma maior necessidade de cuidados multidisciplinares e serviços hospitalares mais complexos, com aumento da demanda por recursos tecnológicos tanto para diagnóstico quanto para tratamento.

Buscando especificar o segmento de crianças que hoje vivem com condições crônicas qualificadas como complexas, acessamos a revisão

empreendida por Cohen *et al*<sup>8</sup>. Os autores recorrem ao termo “crianças com complexidade médica”, e propõe um quadro com 4 grandes domínios que as caracterizam. Essa condição se refere a uma complexidade que é desenvolvida no curso do seu crescimento e desenvolvimento. Assim, essas crianças são caracterizadas pelo incremento das necessidades de serviços de saúde na família, tais como médicos, terapias especializadas, além de demandas educacionais diferenciadas, gerando, inclusive, impacto financeiro no núcleo familiar; presença de 1 ou mais condições crônicas associadas a altas taxas de morbidade e/ou mortalidade; limitações funcionais, comumente severas, que requerem uso de tecnologias como traqueostomia, gastrostomia ou cadeira de rodas; alta utilização dos serviços de saúde, com hospitalizações frequentes, múltiplas cirurgias e atendimento multiprofissional.

O aumento na prevalência de doenças crônicas complexas na infância demanda estratégias diferenciadas na atenção à criança e na formação e capacitação de profissionais. Castro e Piccinini<sup>9</sup> defendem um acompanhamento multiprofissional voltado tanto para a criança como para seu entorno familiar, uma vez que todos serão afetados por mudanças em suas rotinas por conta da necessidade de visitas constantes ao médico, utilização de medicamentos e hospitalizações. Além disso, destacam que a dúvida sobre o futuro da criança pode abalar as relações familiares e prejudicar o desenvolvimento psicológico da criança. Moreira, Gomes e Sá<sup>5</sup> reafirmam a importância de que várias categorias profissionais estejam envolvidas no cuidado de crianças e adolescentes crônicos. Observam, no entanto, que esses profissionais precisam estar atentos ao sofrimento que pode estar envolvido na vivência com condições crônicas, bem como as capacidades de

crianças e adolescentes. Ainda nesse estudo, os autores ressaltam que referir a condição crônica como complexa significa não somente compreendê-la a partir das lentes da biomedicina<sup>10</sup>, mas incorporar a complexidade da experiência em suas dimensões sociais, políticas, econômicas e emocionais. A discussão do autor à perspectiva biomédica se centra em uma crítica a hegemonia de um paradigma, ou seja, um conjunto de concepções que atravessam as formações em saúde e contribuem para a perda da dimensão integral no cuidado e atenção à saúde<sup>10</sup>. Essa redefinição da complexidade como experiencial e referida ao adoecimento crônico parece exigir um enfrentamento por parte das formações e práticas profissionais de atenção à saúde.

Duarte *et al*<sup>11</sup> registram que essa população apresenta alta frequência de reinternações hospitalares. Em seu estudo, foi identificado uma dificuldade dessas crianças em encontrarem, em seu município, ofertas de serviços hospitalares que pudessem dar conta de suas demandas de saúde. É preciso, portanto, pensar sobre uma reestruturação da rede de saúde que propicie que pacientes com condições crônicas de saúde possam ser acompanhados - conforme a complexidade permita - por unidades onde não seja necessário se deslocar de um município para outro, o que contribuiria inclusive para adesão à atenção especializada.

Em estudo recente, com foco na saúde da criança e na prática fisioterapêutica, Sá e Gomes<sup>12</sup> apontam que existe uma dificuldade dos profissionais em lidar com essas crianças, destacando que estas dificuldades podem estar associadas a mudança do perfil da população atendida caracterizado por doenças de longa duração (outra expressão para condições

crônicas). Segundo os autores, existe uma ausência de ações de promoção de saúde em grande parte da prática profissional fisioterapêutica, sendo esta ainda caracterizada pela atenção aos eventos agudos oriundos da doença de base, pelas práticas resolutivas de situações mais imediatas, e pela reabilitação funcional das crianças. Como Moreira, Gomes e Sá<sup>5</sup> destacam, a condição crônica de crianças não deve ser considerada somente pelo tempo de adoecimento, idas aos serviços de saúde, ou pela mudança na rotina do paciente. Deve-se pensar nas transições etárias que vão ocorrer quando uma criança é diagnosticada com uma doença de longa duração, sendo necessário promover mudanças no fluxo entre os serviços, processos de alta, tomada de decisão e a organização de uma rede família, hospital e escola, além de garantir seus direitos.

Numa breve revisão de literatura<sup>13,14,15</sup> sobre a formação de fisioterapeutas para trabalho em pediatria identificamos alguns pontos dignos de destaque e que nos ajudam a problematizar a construção do objeto desta pesquisa. Spake<sup>13</sup> ao estudar os desafios da educação voltada para a Fisioterapia Pediátrica nos Estados Unidos, a partir de uma revisão da literatura disponível nos últimos 40 anos, destaca que houve pouca mudança na prática da educação clínica. Segundo a autora, apesar de a maioria dos programas de graduação ter locais disponíveis para a prática clínica pediátrica, poucos a consideravam obrigatória. Já o estudo de Schreiber *et al*<sup>14</sup>, que tinha como objetivo levantar informações sobre a situação da educação profissional de fisioterapia pediátrica nos Estados Unidos, identificou que apesar de 70% da amostra indicar que a quantidade de locais existentes para a prática clínica pediátrica atendia às necessidades curriculares, somente 7% dos programas

colocavam como obrigatória a experiência. Em um estudo brasileiro, Guedes, Alves e Wyszomirska<sup>15</sup>, apontam que o ensino da Fisioterapia Pediátrica segue práticas voltadas para doenças. Como resultado de suas entrevistas, apontam uma recomendação para a inserção de novos conteúdos e ampliação da carga horária das disciplinas com foco em Pediatria, além de aprimorar a articulação teórico-prática e criar espaços físicos para essa prática. Importante ressaltar que desde 2002, o Conselho Nacional de Educação (CNE)<sup>16</sup> aprovou uma resolução estabelecendo novas habilidades e competências para o ensino da Fisioterapia no Brasil.

Este documento provocou uma reformulação nas matrizes curriculares dos cursos, buscando atender ao novo perfil do egresso, tendo sido incluídos diferentes conteúdos. No entanto, a Fisioterapia Pediátrica permanece como uma disciplina oferecida, em geral, no último ano de graduação, com uma pequena carga horária que deverá contemplar todo o conteúdo da abordagem fisioterapêutica para essa população. Nota-se, a partir dos documentos aqui citados o reduzido espaço reservado para a Pediatria na formação do fisioterapeuta, seja na carga horária ou nos espaços para a prática, o que pode resultar em possíveis ausências sobre as especificidades do trabalho desse profissional, particularmente no que tange as crianças com condições crônicas complexas.

A Fisioterapia Pediátrica no Brasil passou a ser reconhecida tardiamente como uma especialidade. Por meio da Resolução 377/2010, o COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional)<sup>17</sup> dispôs sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia, firmando parceria com as associações de

especialidades reconhecidas por essa entidade, visando à realização do exame nacional para obtenção de títulos. Desde então, a ASSOBRAFIR (Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva) concede o título de especialista ao fisioterapeuta respiratório Pediátrico e Intensivista, e a ABRAFIN (Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional) desde 2012 concede o título de especialista em Fisioterapia Neurofuncional da Criança e do Adolescente.

Em virtude do exposto enunciamos como objeto da presente pesquisa **a exploração das lógicas dos argumentos de fisioterapeutas para sua atuação na atenção à saúde de crianças com condições crônicas.**

Esta pesquisa teve como **objetivo geral** explorar as lógicas que sustentam as práticas de cuidado de fisioterapeutas que atuam na atenção à criança e ao adolescente com condições crônicas. Já os **objetivos específicos** foram: Identificar argumentos sobre como o profissional de Fisioterapia construiu sua opção por trabalhar com essa população; explorar argumentos sobre como o fisioterapeuta compreende a prioridade atribuída a esta população na rede de saúde e sua visibilidade; sistematizar a partir das lógicas argumentativas dos fisioterapeutas os desafios para a atenção ao segmento de crianças crônicas.

## **CAPÍTULO 1 – MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL**

Entendo ser necessário situar e recuperar historicamente o lugar que a criança ocupa na sociedade, e a maneira como organizam prioridades para ela, a fim de contextualizar práticas e saberes, olhares profissionais. Esse primeiro movimento teórico nos encaminha ao segundo marco conceitual dentro do qual problematizamos o campo profissional dos fisioterapeutas e a capacidade da formação em valorizar ou não a Pediatria, e no seu interior a criança cronicamente adoecida e seu desenvolvimento.

### **1.1 Recuperando a história social da criança e da infância: problematizando o lugar da criança cronicamente adoecida**

No que se refere a história social da criança, vemos diferenças nos modos de interpretar sua presença na família e na sociedade. Desde uma colocação em segundo plano até sua interpretação como um problema social ameaçador, que precisava ser controlado e resolvido.

Segundo nos relata Veyne<sup>18</sup>, no Império Romano o chefe da família decidia se os recém-nascidos seriam recebidos na sociedade ou não, sendo práticas usuais e perfeitamente legais a contracepção, o aborto, o enjeitamento das crianças de nascimento livre e o infanticídio do filho de uma escrava.

Já Ariès<sup>19</sup>, destaca que na época medieval, as crianças eram consideradas seres inferiores, viviam em uma situação de quase invisibilidade, sem direitos diferenciados, nem autonomia e onde o corpo infantil era representado como um adulto em miniatura. Além disso, era comum as

crianças morrerem, e suas mortes serem consideradas perdas eventuais e tratadas com indiferença.

Ao partirmos dessa perspectiva, podemos fazer um paralelo entre essas duas crianças, as crianças da obra de Ariès e as crianças com condições crônicas de saúde, que ainda hoje tem pouca visibilidade, ficam afastadas da sociedade, tem sua linha de cuidados baseada em práticas desenvolvidas para adultos e por vezes sua cronicidade encarada como fim de linha.<sup>20,21</sup>

Se em Ariès<sup>19</sup> estamos diante de uma historiografia, em Corsaro<sup>22</sup> a abordagem sociológica aponta para uma vertente que discute modelos relacionais onde crianças estão submetidas a uma visão prospectiva. Nesse caso o autor discute a partir da revisão das Teorias sobre o Desenvolvimento da Criança a relevância dada aos projetos que ligam a criança como “ser do futuro”, os adultos que se tornarão, implicando tanto no que se deve investir a ponto de evitar que eles sejam “um risco para a sociedade”.

Dessa forma, as crianças são vistas dentro de um modelo determinista, no qual exercem uma função essencialmente passiva e precisam ser controladas, ensinadas e moldadas para serem reconhecidas como membros que possam contribuir para a sociedade. Assim, a criança não tem voz e nem protagonismo sobre sua existência, ela é concebida como um ser com potencial para ser útil à sociedade, mas que precisa ser treinada nas normas sociais para contribuir com a ordem e equilíbrio do sistema. Neste sentido, a sua importância está representada no projeto futuro de se tornar um adulto e assumir função no ciclo social.

Corsaro<sup>22</sup> evidencia que enxergar as crianças por essa lente determinista, é desconsiderar a importância delas na sociedade, subestimando sua capacidade ativa no processo de criação de cultura. O autor propõe, então, a noção de reprodução interpretativa, onde a criança não se limita a incorporar os valores da sociedade, ela atua ativamente no processo de apropriação e reinvenção da cultura social. Ao mesmo tempo, elas são influenciadas pela sociedade e cultura da qual fazem parte. Assim as crianças aparecem no coletivo, elas ficam no centro da cena, a ideia de reprodução não se caracteriza simplesmente por um espelhamento da sociedade, é a interpretação da sociedade, em um processo que não se limita em internalizar a sociedade e a cultura, mas sim que produz mudança cultural. Porém, elas estão por sua própria participação na sociedade restritas pela estrutura social existente e pela reprodução social, estando de um certo modo limitadas.

As discussões anteriores são exemplares no sentido em que revelam relações entre modos de produzir conhecimento sobre as crianças e a infância, e as práticas que organizam seu lugar na sociedade. No caso das crianças com doenças de longa duração, devemos pensar o que elas despertam e a posição que ocupam na sociedade.

Herzlich<sup>23</sup>, citando Michael Bury, refere a partir do conceito de ruptura biográfica que doenças de longa duração promovem uma fundamental reconsideração da biografia da pessoa e de seu conceito de si, onde os pacientes buscam recuperar o controle de suas vidas. O autor entende como ruptura biográfica um tipo preciso de experiência na qual as estruturas da vida cotidiana e as formas de conhecimento que as suportam se rompem. Isso se dá porque a doença crônica envolve dor, sofrimento e até morte. Além disso, as

doenças crônicas promovem mudanças na autoestima, trazendo um sentimento de vergonha relacionado ao estado de deterioração do corpo e ao "estigma" sentido ao se encontrar com os outros.

Nesse sentido, o corpo doente e sua exposição influencia como o paciente elabora a sua identidade. A experiência da doença crônica causaria um desequilíbrio na vida do paciente, gerando interrupções da sua rotina diária e dificultando as relações com outras pessoas. Entretanto, Herzlich destaca ao se promover visibilidade às narrativas pessoais dos doentes, trazendo do privado para o público suas vivências pessoais, estes têm a oportunidade de renovação e mudança, ou ainda, de “mostrar-se à altura das circunstâncias” e “ser um doente bem-sucedido”<sup>23</sup>. As contribuições da autora indicam pistas para o universo dos adultos que vivem e convivem com doenças crônicas, mas não incluem pesquisas sobre as crianças no lugar de doentes e suas experiências familiares.

Tal leitura, tanto de Herzlich<sup>23</sup> quanto de Bury<sup>24</sup>, com base no conceito de ruptura biográfica e a partir da perspectiva dos adultos na experiência de seu próprio adoecimento crônico, merece ser reconsiderada à luz da experiência das crianças que vivem com condições crônicas. Nesse caso, há menos uma ruptura biográfica, e mais um exercício de normalização da experiência, daquilo que faz parte de sua vida, muitas das vezes desde o nascimento<sup>25,26,27</sup>. Assim, teríamos menos rupturas e mais antecipações biográficas<sup>27</sup>, onde a criança e seu entorno familiar desenvolvem uma visão de normalidade sobre a doença.

Deste modo, existe uma constante revisão do processo de normalização e menos interrupção de aspirações futuras, pois já são esperadas possíveis limitações e mudanças no funcionamento do corpo são consideradas como normais. Quando trazemos para discussão a visão de Canguilhem<sup>28</sup> podemos salientar o surgimento de novas normalidades, uma vez que o autor nos fala que o limite entre o patológico e o normal é impreciso, pois a normalidade não tem uma rigidez, mas sim flexibilidade determinada por condições e percepções individuais, logo o que é considerado normal em determinadas condições pode ser considerado patológico em outras.

Ao pensarmos em uma realidade de mudança epidemiológica<sup>4</sup>, onde as doenças agudas dão lugar às doenças crônicas e as crianças dependentes de tecnologias e cuidados diferenciados já nascem dentro de uma nova normalidade – a de uma vida marcada pela cronicidade de sua doença – precisamos promover estudos que propiciem um melhor entendimento de como os profissionais de saúde podem atuar junto a essa população, respeitando suas visões de mundo e normalidade.

Podemos refletir sobre a importância dessas análises para nossa pesquisa, considerando que as definições e compreensões sobre a infância e a adolescência, bem como sobre as crianças e os adolescentes, suas condições de saúde e as marcas que as mesmas imprimem em seus corpos, podem influenciar as práticas profissionais e suas formações. A perspectiva histórica que buscamos acima em Ariés<sup>19</sup> e Corsaro<sup>22</sup>, assim como as relações entre criança/adolescente e os processos de saúde que encontramos em Herzlich<sup>23</sup> e, de uma forma mais geral, em Canguilhem<sup>28</sup>, constituem marcos conceituais importantes desta pesquisa, na medida em que permitem situar e especificar

as perspectivas dos sujeitos da pesquisa sobre o adoecimento crônico nesse período da vida. Com isso assumimos aqui que, a relação de cuidado profissional que se estabelece com crianças e adolescentes, não pode ser comparada ou submetida aos estudos referidos às experiências de cuidar de adultos e/ou idosos.

## **1.2 Recuperando o lugar dos saberes formais sobre as crianças: a Pediatria e seu lugar nas formações de saúde e seu reconhecimento da cronicidade na infância.**

Donzelot<sup>29</sup> aponta que na Europa até meados do século XVIII, a saúde de crianças e mulheres não faziam parte do interesse da Medicina. A questão do parto, assim como as doenças das parturientes e das crianças, era destinada às “comadres” (domésticas e nutrizes que através de seu saber absorviam essa demanda). Para a Medicina conquistar esse mercado era necessário acabar com esse domínio das comadres sobre a saúde das crianças e parturientes. Assim, entre as décadas finais do século XVIII e o fim do século XIX, são elaborados livros com foco higienista, destinados às famílias burguesas, que tratam de temas como criação, educação e medicação de crianças.

As famílias burguesas se tornaram, então, locais para o desenvolvimento de uma medicina doméstica, e os médicos encontraram na mãe um aliado importante na luta contra as influências externas na criança. Essa união garantiu ao médico o fim do domínio das comadres, e concedeu à mulher poder na esfera doméstica a partir da valorização das funções

maternas. Cabe ressaltar que tais processos foram heterogêneos no que se refere as classes sociais conforme aponta o autor. Enquanto na burguesia existia uma preocupação em traçar um cordão sanitário permitindo o desenvolvimento infantil a partir de um controle discreto e compartilhado com as mães, nas famílias populares instaurou-se uma vigilância direta, com o objetivo de conter o excesso de liberdade e o abandono de menores nas ruas.

Sanglard e Ferreira<sup>30</sup> e Gondra e Garcia<sup>31</sup>, para citar algumas referências nacionais, por perspectivas diversas, exploraram em comum a via histórica nas relações entre a construção dos campos profissionais da Medicina e a visão sobre a infância e as crianças. Ao fornecerem um panorama histórico sobre o estabelecimento do ensino da Pediatria e assistência à infância no Rio de Janeiro, Sanglard e Ferreira<sup>30</sup> retratam um protagonismo dos médicos na gênese da assistência infantil e mostram que a institucionalização da Pediatria teve prioridade na redução da mortalidade infantil. Com campanhas higienistas e de saúde pública, os médicos promoveram intervenções relacionadas a educação da maternidade visando ensinar as mães o correto cuidar da criança. Assim, a partir da criação de instituições direcionadas para o cuidado de crianças, foi possível articular ações de assistência e estabelecer a Pediatria e a Puericultura como especialidades médicas.

Gondra e Garcia<sup>31</sup> destacam que o discurso médico do século XIX no Brasil, moldado pelo europeu, também foi orientado por uma visão higienista direcionada à infância. A apropriação das ideias francesas guiou a visão da Medicina sobre as crianças, sobre o tema do aleitamento materno e sobre a família. Porém, na realidade brasileira da época, a maioria das amas-de-leite era escrava e os discursos médicos higienistas iam em direção ao

enfrentamento da escravidão e à defesa do aleitamento materno, justificando que não existia possibilidade de uma ama escrava ter algum amor pelos filhos de suas senhoras. Em relação à infância pobre, a institucionalização das crianças abandonadas e a criação da “roda dos expostos” da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, propicia aos médicos um espaço onde podiam exercer suas pesquisas no campo da higiene. Todavia o próprio prédio não oferecia condições adequadas de higiene aos enjeitados.

Costa<sup>32</sup> desenvolve historicamente como a infância brasileira e os corpos infantis foram domesticados e transformados em campos do saber médico no século XIX. Como aponta o autor, com objetivo de controle sobre a população e ordenar o espaço urbano, o Estado apoiou o modelo higienista. Desse modo a Medicina definiu o espaço urbano como um lugar de exercício de poder através das ações médicas. A família burguesa passa, então, a ser o foco das intervenções médicos higienistas.

Nesse sentido, as crianças precisavam ser controladas e preparadas para atender os interesses do Estado e da sociedade. A educação concebida na instituição dos internatos, aparece assim como uma ferramenta onde o controle do corpo é exercido através da punição sobre a sexualidade. O trabalho dos higienistas preconizou transformar os sujeitos para a nova ordem urbana pretendida pelo Estado, assim, a burguesia precisava seguir medidas normalizadoras que em sua maioria pretendia trazer hábitos europeus para a população. A mulher, agora, teria como função primordial a maternidade, se dedicando ao aleitamento, a higiene e o cuidado da criança que no futuro faria parte da sociedade.<sup>32</sup>

Conforme aponta Pereira<sup>33</sup>, ao se desenvolver como uma ciência baseada no cuidar de doenças, a Medicina Pediátrica demarcou como seu o campo do saber técnico, garantindo aos médicos pediatras o domínio deste espaço de atuação. Deste modo, o monopólio sobre a doença infantil foi definido aos médicos pediatras, e transformou os outros profissionais que lidam com a saúde em leigos. A Pediatria assumiu, então, uma especificidade centrada na cura e em situações de emergência do cuidado infantil, o que a obriga abrir espaço a outros profissionais que atuariam no âmbito da higiene e prevenção em saúde.

Em nosso estudo, recorrer a esses trabalhos que apresentam como as crianças foram concebidas pela sociedade, pode contribuir na discussão teórica e conceitual sobre as lógicas que sustentam argumentos para práticas de fisioterapeutas na atuação com crianças e adolescentes, que nesse caso não vivem sob a égide da saúde esperada, mas sim dos estigmas da condição crônica.

Essa associação entre a condição crônica em crianças e as marcas simbólicas dessa doença merece ser aqui apontada por meio da definição de estigma. O mesmo deve ser considerado quando tratamos de doenças de longa duração, pois estas, muitas vezes, marcam o indivíduo em sua diferença. Segundo Goffman<sup>34</sup>, o termo estigma foi criado pelos gregos e se referia às marcas corporais utilizadas com o intuito de destacar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral do sujeito. Conforme o autor, a sociedade e os ambientes sociais determinam as categorias de pessoas que podemos encontrar neles, e através de preconceções são criadas expectativas normativas que vão permear os encontros. Assim, o estigma se

caracterizará por uma disparidade entre as identidades sociais, sendo estas a identidade social virtual e a real. Enquanto a identidade social virtual é a classificação potencial na qual, através das preconceções, categorizamos os indivíduos, a identidade social real é a categoria e os atributos que o indivíduo prova possuir. E esse atributo, que o torna diferente dos outros, pode fazer com que seja reduzido a uma pessoa “estragada” e “diminuída”. Entretanto, devemos entender que um atributo que estigmatiza (marca) um indivíduo pode sustentar a normalidade de outro, é preciso ver o estigma dentro de uma linguagem de relações, onde o ambiente social influi na visão sobre determinada característica.

Goffman<sup>34</sup> nos traz, também, a concepção do termo “informados” representando os “normais” que de alguma maneira vivenciam e entendem o mundo de pessoas que possuem um determinado estigma. Os informados são considerados pelos indivíduos estigmatizados como alguém diante do qual não é preciso sentir vergonha ou é exigido um autocontrole. Mas para isso não é suficiente que se apresentem como tal, eles precisam ser aceitos pelo grupo dos “iguais” (aqueles que compartilham estigmas). No nosso estudo, podemos citar diretamente o autor quando diz:

*“Um tipo de pessoa ‘informada’ é aquele cuja informação vem de seu trabalho num lugar que cuida não só das necessidades daqueles que têm um estigma particular quanto das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles. Por exemplo, as enfermeiras e os terapeutas podem ser ‘informados’; eles podem vir a saber mais sobre um determinado tipo de equipamento de prótese do que o paciente que deve utilizá-lo para minimizar sua deformação.”*<sup>34</sup> (p. 38-39)

Como informados, os profissionais de saúde, e a relação com o objeto da presente pesquisa, os fisioterapeutas podem ser identificados como “informados” em relação às relações de cuidado que estabelecem com as crianças com condições crônicas de saúde. Eles detêm um conhecimento sobre as características das doenças e das técnicas e práticas necessárias para os cuidados destes pacientes. Ao atuar diretamente nos cuidados com a criança crônica, o profissional é reconhecido pelo paciente e pelos familiares como alguém que se identifica e contribui com o grupo.

Podemos entender que uma criança com doença crônica pode vir a despertar em profissionais que dela cuidam interpretações sobre seus estigmas que Goffman<sup>34</sup> refere como “abominações do corpo”, que incluem as várias deformidades físicas. Assim, podemos destacar que os considerados normais, ou seja, aqueles que não se afastam negativamente das categorias para eles preconcebidas, agem muitas vezes de forma discriminatória e acabam por construir uma teoria do estigma.

*“As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta*

*do perigo que ela representa, (...). Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. ”<sup>34</sup> (p.14-15)*

Para o autor, as situações sociais mistas, onde os indivíduos “normais” e os estigmatizados se encontram, são caracterizadas por uma interação permeada pela angústia, sendo compreensível que nem todas as coisas ocorram de maneira harmoniosa. No caso da atuação profissional, e mais especificamente no campo da Fisioterapia onde a ação tem como instrumento o corpo de ambos – de quem cuida e de quem recebe esse cuidado – cabe compreender as expressões argumentativas que sustentam e são deflagradas por essa interação.

Uma vez que o presente estudo procurou, entre outras coisas, acessar as lógicas argumentativas do fisioterapeuta que se vê no contexto do atendimento de crianças com condições crônicas, o estudo de Sá e Gomes<sup>12</sup> pôde servir de ponto de partida nessa direção. No estudo, os autores ao analisarem aspectos voltados para a atuação fisioterapêutica em um ambiente de alta complexidade hospitalar, identificam uma dificuldade destes profissionais em lidar com a criança com doença crônica. Destacam, ainda, que essa prática profissional, fortemente baseada no modelo biomédico, centrado na doença e não no sujeito, não favorece a atenção integral à saúde da criança cronicamente adoecida.

Existe uma tendência de as ações fisioterapêuticas, se concentrarem na agudização das doenças de base, na clínica e nas mensurações, não tendo espaço para a promoção da saúde e o cuidado ampliado em saúde. Nesse sentido, os autores reconhecem que por essas crianças apresentarem muitas comorbidades associadas, é mais difícil e desafiador para o profissional desenvolver um trabalho de prevenção e aplicação dos conceitos de cuidado e atenção integral, pois ficam focados na resolução de emergência e agudizações das doenças crônicas. Afirmam porém, que mesmo nos casos em que existem comorbidades associadas, para além das ações preventivas, as estratégias de promoção da saúde poderiam favorecer uma atenção ampliada ao cuidado em saúde.

Moreira, Cunha e Mello<sup>21</sup> ponderam que a criança crônica não deve ser vista pela marca de algo negativo, contraproducente ou não traz novidades ao aprendizado profissional, pelo contrário, elas demandam novas práticas de atenção à saúde, geram aprendizados que irão favorecer o atendimento de todas as crianças que necessitam estratégias diferenciadas e acolhimento.

Ao refletirmos sobre a criança crônica no interior da assistência à saúde, encontramos em Sá e Gomes<sup>12</sup> e Moreira e Souza<sup>35</sup> discussões que problematizam, no discurso de profissionais de saúde, o fato de que a especialização pediátrica é vista com menos valor no interior das formações médicas. Sá e Gomes<sup>12</sup>, assinalam que dentro da Fisioterapia, a especialidade pediátrica é considerada uma área “menor”, sendo pouco valorada pelos próprios fisioterapeutas.

Já Moreira e Souza<sup>35</sup> apontam que a Pediatria e a Psiquiatria são percebidas como especialidades menores, por seus praticantes, no sentido que suas práticas se desenvolvem com sujeitos a quem se atribuem status de menores, mais complicados, porque trazem consigo a marca da dependência, incapacidade, do inesperado, da violência, da transgressão, da espontaneidade. Os autores destacam que o prestígio ou a desvalorização de um trabalho liga-se ao objeto e ao lugar em que é exercido, sendo que existe um *ethos* interno às profissões de saúde que relega à Pediatria uma menor valoração.

Em uma pesquisa com a equipe de enfermagem, Santos<sup>36</sup> aponta que, as relações de cuidado em um ambiente onde predomina a experiência do adoecimento crônico de crianças e adolescentes promove um compartilhamento de significados e representações, que extrapolam ao domínio do profissional. Conforme a autora, existe uma aproximação dos sentimentos que são despertados nos profissionais da área de saúde daqueles sentidos por pacientes e familiares. Eles se sentem impotentes diante dos limitados recursos pessoais e científicos, além das dificuldades para identificar e lidar com seus próprios sentimentos.

Tomamos por pressuposto que o profissional pode ser identificado aos símbolos e significados que caracterizam o seu objeto de trabalho ou as pessoas a quem oferece seu trabalho. Dessa forma cabe a discussão de que esses estigmas que marcam essas crianças podem promover não só sentimentos de menos valia nos profissionais, como podem estar sustentando lógicas, histórica e socialmente construídas, que dificultam o estabelecimento de prioridades nos programas de atenção à saúde da criança e do adolescente.



## **CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODO: uma história a contar**

### **2.1 A Análise argumentativa como uma forma de construir o acesso ao discurso**

O desenho metodológico da presente pesquisa seguiu as orientações da pesquisa qualitativa em saúde que inclui a consideração de que os dados gerados estarão referidos aos símbolos, lógicas e compreensões que demandam um olhar minucioso<sup>37,38,39</sup>.

Nesse caso os aspectos numéricos e as variáveis não se fazem tão necessários quanto as impressões e valores, crenças e lógicas discursivas. Nessa direção não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Interessa saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. Assim, o *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde ou o cuidado que vão oferecer aos outros.

Já Minayo<sup>40</sup> destaca que a abertura e flexibilidade, além da capacidade de observação e interação dos investigadores com os atores sociais envolvidos, são atitudes fundamentais para investigação qualitativa. A autora aponta a importância do aprofundamento e abrangência da compreensão dos sentidos de um grupo social, uma organização, uma instituição, de uma política ou de uma representação, em oposição a simples generalizações. Assim, a amostragem deve privilegiar os sujeitos sociais com os atributos que se pretende investigar, não desprezar informações ímpares que se destacam e devem ser consideradas, diversificar os informantes e escolher o local e grupo

para observação que possibilitem apreender o conjunto das experiências e expressões objetivados com a pesquisa.

No caso do presente estudo essas mediações organizam lógicas profissionais que são expressas por meio de argumentos.

Para acessar a estrutura dos argumentos, utilizamos como técnica a entrevista qualitativa. Segundo Bauer e Gaskell<sup>41</sup>, a entrevista qualitativa promove a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. Tendo como objetivo entender as crenças, atitudes, valores e motivações em determinados contextos sociais. Como técnica, permite estabelecer ou descobrir perspectivas e visões sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista. Bauer e Gaskell<sup>41</sup> definem os seguintes passos para a entrevista qualitativa: preparar um tópico guia; selecionar o método de entrevista; delinear a estratégia de seleção dos sujeitos; realizar as entrevistas; transcrever as entrevistas; e analisar o corpus do texto.

A análise dos dados ocorreu a partir da técnica da estrutura do argumento, com base no *layout* proposto por Toulmin<sup>42</sup>, no qual a partir de uma alegação, cujo mérito precisa ser estabelecido, recorre-se aos fatos para apoiar tal alegação. Estes fatos, chamados de dados, no entanto não validam a alegação/conclusão, sendo necessário aprofundar as informações, as quais o autor chamou de garantias. As garantias são afirmações gerais, hipotéticas, que servem como pontes, que mostram como através dos dados se chegou a alegação. Toulmin<sup>42</sup> explica que em alguns casos, dado, garantia e conclusão não são suficientes para tornar o argumento aceito, sendo apresentado, então, um qualificador modal, normalmente um advérbio, que atua como a força que a

garantia empresta à conclusão. Outro componente presente neste modelo, são as condições de exceção ou refutação, que indicam as condições em que a garantia deve ser deixada de lado, pois perde sua força em dar suporte à conclusão. Para proporcionar mais força à garantia temos ainda o que o autor chamou de apoio, sendo uma afirmativa para justificar a garantia, devendo ser utilizado quando a garantia não convence por si só.

Sendo assim, o modelo argumentativo é composto por alegação, dados, garantias, qualificador (quando necessário), apoio e refutação. A organização dos dados tece como base o esquema de Toulmin<sup>42</sup>, na perspectiva de organização de um quadro analítico onde foi possível visualizar extratos das entrevistas e as interpretações relacionadas aos principais argumentos desenvolvidos pelos sujeitos.

Toulmin<sup>42</sup> sugere como etapas da técnica a coleta de uma amostra representativa que incorpore os pontos de vista das partes interessadas no debate. No caso de nossa pesquisa privilegiamos entrevistar a totalidade dos fisioterapeutas do serviço estudado. Destacamos que somente não participaram aqueles que tinham impossibilidades de caráter pessoal. Em um segundo momento o autor indica sintetizar os pontos principais em um parágrafo, parafraseando o mínimo. Nesse momento organizamos um quadro analítico onde extratos originais das entrevistas eram retirados e alocados, permitindo identificar as expressões e/ou trechos usando as definições apresentadas pelos sujeitos respeitando sua fidedignidade. Essa organização em um quadro permitiu seguir a indicação do autor que aponta a necessidade de comparar todas as partes do argumento em uma apresentação esquemática a fim de que elas possam ser lidas em relação umas com as outras. E como

etapa final foi construída uma interpretação em termos do contexto geral e do argumento dos sujeitos. Essa relação entre o argumento dos entrevistados e o contexto mais geral a que se referem os argumentos sintoniza com a discussão foucaultiana que apoia a análise de discurso crítica. Para Foucault<sup>43</sup>, todo enunciado atualiza outros enunciados, ou seja, não há uma completa independência e neutralidade dos textos, falados ou não, eles fazem parte de um conjunto e desempenham um papel, se apoiando e se distinguindo de outros textos. Portanto, não há texto sem contexto, e toda prática discursiva se liga a outros tantos textos e referências.

No quadro criado para análise de nosso material colocamos na primeira coluna à direita duas afirmativas provocadoras. Sendo estas:

1. Uma criança e um adolescente crônicos são vistos como sujeitos menos importantes.
2. Um fisioterapeuta que atue com eles pode também ser considerado menos importante.

Estas foram elaboradas inspiradas em autores<sup>12,35,36</sup> que desenvolveram pesquisas junto a profissionais de saúde (fisioterapeutas, enfermeiros e médicos). Nesses trabalhos, as análises dos dados empíricos apontaram dilemas no contato com a clientela de crianças e adolescentes cronicamente adoecidos.

Seguindo a orientação de Toulmin geramos, a partir das transcrições, uma planilha que foi organizada na forma de um quadro. O mesmo é composto pelas seguintes colunas: identidade real do participante; termo utilizado para manter o sigilo da identidade real; argumentos utilizados; justificativas para o

argumento; afirmativa provocadora relacionada. A título de esclarecimento parte do quadro segue adiante:

Quadro 1: Quadro analítico exemplificando alguns trechos de entrevistas com argumentos e afirmativas relacionadas

Participante	Argumentos do encontro	Justificativa para os Argumentos	Afirmativa Relacionada
1	“E comecei a por em cheque a minha escolha, se eu tinha realmente feito a coisa certa. Até que vieram as disciplinas pneumo, que eu gosto muito, depois pediatria, fui me identificando e achei realmente que tinha escolhido meu caminho pro que seria bom para mim, sempre tive aptidão pro lado da terapia intensiva.	“já me formei empregada, me formei (...), no dia seguinte eu já estava trabalhando, com adulto em UTI”	2
	“Primeiro ano você leva aquele baque, mercado de trabalho, pouca remuneração, minha família toda de Minas, você sozinha em outra cidade”	“(…) esse primeiro emprego a gente não tinha nem carteira assinada, era plantão, não tinha essa exigência de 30 horas, fazia 3,4,5, 6 plantões de 12 e o valor era muito baixo, recebia R\$90,00 por cada plantão.”	2
	(…) porque as vezes a gente acaba priorizando os bebês mais graves, em detrimento daqueles bebês que estão menos graves mas que ainda precisam da sua assistência, e a gente acaba se voltando muito pro ponto de vista respiratório e olhando menos pro desenvolvimento motor, restrição ao leito, propriocepção (...)	(…) porque não dá tempo, tem que dar conta daquele que está mais grave, e aquele que está em desmame acaba ficando pro segundo plano, se der tempo. Claro que você faz uma programação, mas intercorrências acontecem, faz uma previsão para atender todos os bebês que são elegíveis para você naquele dia.	1
2	São. Aqui eu acho que menos, aqui a gente tem um perfil muito crônico, mas a gente sempre tenta buscar um agudo no crônico, uma agudização num crônico, aquilo que ele possa mudar e possa melhorar, a partir do momento que a gente chega num ponto que esse é um crônico estável, eu acho sim, ele se torna....não é menos importante, mas a gente acaba reduzindo um pouco o grau de investimento, de procedimentos, de tempo que você dispense com aquela criança.	(…) porque a gente não vê mais muito...muito resultado no que você está fazendo.  (…) mas o problema é que esse paciente se torna muito desinteressante. Aquele que todo dia a mesma coisa, a mesma coisa e ele não muda.	1
	(…) faltou o dia que eu quero deixar de ser fisioterapeuta, não é só com pediatria não, pediatria até que não é tão ruim, a Fisioterapia é extremamente desvalorizada, porque nós fisioterapeutas não sabemos nos valorizar, a gente não sabe se colocar(...)	(…) 200 milhões de vezes eu me olhei no espelho e falei “Não quero isso!!”, “não quero ser ignorada”, porque muitas vezes a Fisioterapia, o fisioterapeuta né... e aí isso faz parte da realidade de todo mundo, não é valorizada, não é respeitada, não é nem conhecida.	2

Enquanto Toulmin<sup>42</sup> contribuiu com uma técnica para organização e esquematização dos dados, Fairclough<sup>44</sup> possibilitou o encontro com os estudos sobre análise argumentativa situada no interior da análise de discurso crítica. Essa perspectiva crítica se situa no interior das análises foucaultianas sobre as relações de poder e saber que permeiam as práticas sociais. Evocar essa dimensão das práticas sociais imersas em disputas de poder e competência nos ajuda a situar as profissões como construções sociais. Ou seja, a Fisioterapia e seus praticantes, os fisioterapeutas, se situam em um campo simbólico onde as intervenções não somente visam produzir bem-estar e cuidado integral à saúde, mas também se afirmar como profissão<sup>45</sup> em torno de projetos e práticas de intervenção e disputa, não somente internos à Fisioterapia, mas na relação com outras profissões.

Cabe destacar que essas referências dialogam com o objeto da presente pesquisa, no sentido da interpretação dos dados, onde a perspectiva sócio antropológica sobre adoecimento crônico e mais especificamente sobre o lugar da criança, e das interações e símbolos que mediam seu cuidado em ambientes institucionais, antecede e situam a discussão dos dados. Em síntese, torna-se relevante conjugar na interpretação dos argumentos a dimensão crítica e a interacional, na mediação que a situação de adoecimento crônico e a posição ocupada pela criança adoecida provoca nas práticas profissionais.

Sendo assim, uma introdução sobre o assunto parece oportuna. O termo análise de discurso crítica (ADC) foi criado por Fairclough em 1985, sendo o autor o seu maior expoente, tanto que sua abordagem teórico-metodológica,

Teoria Social do Discurso, é convencionalmente chamada de ADC<sup>46</sup>. Desse modo, usaremos aqui o trabalho de Fairclough sobre a ADC.

Segundo Fairclough<sup>44</sup>, a linguagem é considerada uma forma de prática social, onde os indivíduos agem sobre o mundo e sobre os outros. Entretanto o discurso é moldado e restringido pela estrutura social, ou seja, pelas classes, relações específicas de instituições particulares, por sistemas de classificação, por normas, convenções e etc. Portanto, a prática discursiva contribui para reproduzir e transformar a sociedade, considerando-se uma relação dialética entre discurso e estrutura social, que é constituído socialmente, mas também é constitutivo da estrutura social.

Fairclough<sup>44</sup> afirma ainda que o discurso como prática política estabelece, mantém e transforma as relações de poder e as entidades coletivas onde existam relações de poder. E como prática ideológica constitui, naturaliza, mantém e transforma os significados do mundo de posições diversas nas relações de poder. Nesse sentido, quando analisamos um discurso específico, é preciso entender que este é produzido, distribuído e consumido tendo como pano de fundo, por exemplo, ambientes institucionais particulares, nos quais existem relações de poder e ideologias, e onde os sujeitos irão manifestar suas posições a partir desse contexto. Porém, o autor destaca que os sujeitos têm condições de criar suas próprias conexões entre as diversas práticas e ideologias a que são expostos, e desta forma, reestruturar as práticas e as estruturas posicionadoras.

Para a análise do discurso, o autor propõe um modelo de análise tridimensional, onde encontramos o texto em uma primeira dimensão,

organizada em: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Já a segunda dimensão é a prática discursiva, aqui estão os processos de produção, distribuição e consumo textual, onde devemos sempre considerar que os discursos são produzidos e consumidos de formas particulares em contextos sociais específicos. Na terceira dimensão encontramos a prática social, onde entra o contexto social no qual as práticas discursivas se produzem, levando em consideração efeitos de estruturas ideológicas e hegemônicas sobre o discurso.

Contribuindo para a ADC, encontramos os trabalhos de Foucault sobre a relação entre discurso e poder, a construção discursiva de sujeitos sociais e do conhecimento e o funcionamento do discurso na mudança social, que contribuem para a formação de uma teoria social do discurso<sup>44</sup>. Para Foucault<sup>47</sup>, o discurso constrói o conhecimento e delimita o que deve ou não deve ser dito. Assim, o autor entende que o discurso é controlado de forma a limitar os poderes do mesmo.

*“Suponho que em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade”<sup>47</sup> (p. 8)*

Na obra de Foucault<sup>48</sup>, saber e poder estão interligados, um alimenta o outro, em uma via de mão dupla, onde o saber produz poder, e esse por sua vez determina as formas e os campos possíveis de conhecimento. Porém, o

autor destaca que é preciso entender que o efeito do poder não deve ser visto sempre de forma negativa, pois é a partir dele que podem ser constituídos campos de objeto, rituais da verdade e conhecimento sobre as relações que surgem nessa realidade.

Fairclough<sup>44</sup> destaca duas principais contribuições de Foucault para a análise de discurso, primeiro uma visão constitutiva do discurso, na qual este aparece como ativamente constituindo ou construindo a sociedade, pois constitui os objetos de conhecimento, os sujeitos, suas formas sociais, e as relações sociais. Assim, o discurso atua na produção, transformação e reprodução dos objetos da vida social.

Outra contribuição que o autor destaca em Foucault, é a questão da intertextualidade, onde existe interdependência das práticas discursivas de uma sociedade ou instituição, já que os textos recorrem a outros textos contemporâneos ou anteriores e os transformam, fazendo com que uma prática discursiva resulte da combinação de outras e seja definida por suas relações com outras práticas discursivas. Fairclough afirma que para Foucault, uma formação discursiva estabelece objetos, limitando-os a partir de suas relações interdiscursivas e das relações entre as práticas discursivas e não-discursivas que a compõem<sup>44</sup>.

Semelhante a Foucault, Bourdieu<sup>45</sup> coloca que as relações de comunicação se constituem como relações de poder, tendo relação direta com o capital material ou simbólico acumulado pelos agentes. Assim, os sistemas simbólicos, enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento, tem função política de imposição e de

legitimação da dominação de uma classe, no que o autor define como uma forma de violência simbólica.

No entanto, em Foucault<sup>48</sup> o poder não deve ser visto como uma propriedade, onde uma classe dominante o possuiria sem atuação ou influência dos dominados, mas sim uma rede de relações, estratégias e manobras para ser exercido, como mostrado no trecho a seguir:

*“Temos, em suma, que admitir que esse poder se exerce mais do que se possui, que não é ‘privilégio’ adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito conjunto de suas posições estratégicas - efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados”<sup>48</sup> (p. 30)*

No que toca ao presente estudo, a discussão anterior se torna pertinente em função de estarmos diante de sujeitos que fazem parte de uma categoria profissional, e que como tal procura reafirmar sua posição dentro das relações de poder existentes no contexto dos cuidados em saúde. Ao lutar por assumir posições estratégicas dentro desse cenário, o profissional intenta fazer com que seu discurso seja ouvido e sua classe tenha visibilidade dentro do sistema vigente.

## **2.2 O campo do estudo e seus sujeitos: suas particularidades e nossa entrada**

Um dos primeiros aspectos a destacar com relação ao campo diz respeito ao que caracteriza o Instituto Fernandes Figueira, reconhecido desde

2010, pela portaria 4.159, como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Como unidade da Fiocruz e Instituto Nacional o IFF assume uma responsabilidade nacional, que se reúne aos seus quase 90 anos de atenção de referência e formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas últimas duas décadas o IFF vem se deparando e ao mesmo tempo se transformando para enfrentar os desafios disso que Moreira e Goldani<sup>4</sup> denominam uma “nova pediatria” e Moreira, Cunha e Mello<sup>21</sup> apontam como a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de crianças reconhecidas anteriormente como inviáveis, e que desenvolvem carreiras de doentes, mas acima de tudo de crianças frágeis e possíveis.

A partir de avanços na Medicina, tecnologia, nos tratamentos e nos medicamentos, existe uma mudança no perfil das crianças atendidas, onde identificamos uma redução nos casos de doenças agudas e um maior número de disfunções crônicas. Assim, vemos o surgimento de uma demanda para atendimento de crianças com malformações congênitas e cronicamente adoecidas<sup>4</sup>. É oportuno destacar que esse contingente de crianças pode ser reconhecido, em sua existência, há alguns anos. No entanto, o diferencial na atualidade se faz pela presença do avanço tecnológico que permite sua sobrevivência em situações extremas de hospitalizações prolongadas<sup>4, 6, 8</sup>.

No estudo, em quatro unidades hospitalares, empreendido por Duarte *et al*<sup>11</sup>, identificou-se elevada frequência na internação de crianças com doenças crônicas, sendo que em três unidades, as internações de pacientes com doença crônica foram encontradas em mais da metade do grupo estudado. Os

autores apontam que é preciso promover uma reorganização dos serviços pediátricos para garantir um melhor atendimento e absorção desta demanda, com acompanhamento de pacientes com histórico de reinternações, internações prolongadas e necessidades de cuidado multidisciplinar<sup>11</sup>. Nesse contexto, o IFF/Fiocruz se sobressai por ter cerca de 85%<sup>6</sup> dos seus atendimentos concentrados em crianças com condições crônicas de saúde.

Caracteriza também esse campo a história do serviço de fisioterapia que se constitui de forma singular através de uma cisão em fisioterapia respiratória e fisioterapia motora. Desses dois eixos o primeiro ganha características mais de tendência internacional<sup>9,49</sup> e nacional<sup>4,7,5</sup>, e o segundo nos parece estar muito marcado pela história local, e mais precisamente do IFF/Fiocruz.

Essa separação entre fisioterapia motora e fisioterapia respiratória, já foi documentada em estudo anterior<sup>50</sup>. Segundo relatos de fisioterapeutas do IFF/Fiocruz, isso ocorreu por conta de um histórico na forma como os serviços foram implantados. Inicialmente foi implementado o atendimento em fisioterapia respiratória, para acolher os casos de fibrose cística, já que o Instituto é referência nessa doença. Só posteriormente foi criado o atendimento em fisioterapia motora, inicialmente denominado serviço de estimulação essencial, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de crianças prematuras nascidas no IFF que geraram uma demanda de atendimento por outras áreas.

Em 1985, iniciou-se um trabalho voluntário, deflagrado a partir da presença de uma fisioterapeuta que estava fazendo residência em Neurologia no IFF, e que percebeu a necessidade da criação de um serviço de estimulação essencial para aqueles bebês aqui nascidos, que eram prematuros. Em 1987,

houve a disponibilização de bolsas para 03 profissionais, a saber, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Em 1989, o então diretor do IFF, Dr. Paulo Roberto Boechat, realizou a primeira contratação de uma equipe composta por uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga, que formataram o serviço em questão. O Setor de fisioterapia respiratória iniciou suas atividades em 1988, tendo sido consolidado em 1989 com a contratação de uma fisioterapeuta e o oferecimento de bolsas de iniciação científica para graduandos em Fisioterapia.<sup>51</sup>

Essa interface caracteriza nosso campo de estudo e os sujeitos entrevistados, na referência que compartilham de dois traços identitários<sup>52</sup>: serem servidores Fiocruz, e serem fisioterapeutas lotados no IFF.

Considerando que o pesquisador responsável pela pesquisa faz parte da mesma categoria profissional dos sujeitos entrevistados, fisioterapeutas, e que já havia passado por formação e vínculos de prestação de serviço com o IFF, fez-se necessário estranhar o familiar<sup>53</sup>. Ao mesmo tempo que a entrada em um campo previamente conhecido traz a necessidade de exercer o estranhamento, por outro lado a familiaridade com o mesmo, pode propiciar a oportunidade do pesquisador rever e enriquecer sua pesquisa e seus achados, na medida que ele tem a possibilidade de se dar conta que a realidade conhecida pode ser mais complexa e desafiadora que sua vivência anterior. Portanto, a entrada no campo do estudo foi marcada por um reencontro com profissionais com quem o pesquisador já tivera contato prévio e parte dos entrevistados conhecia o mesmo. As entrevistas ocorreram em tom de seriedade, mas sempre muito amistoso, sendo realizadas em um ambiente reservado, gravadas e transcritas individualmente. Esse histórico de formação

prévia no serviço e de conhecimento desse campo precisou ser mediado nas reuniões de orientação, onde foi destacada a necessidade de manter um olhar de estranhamento para o campo e os sujeitos do estudo.

No caso, ao elegermos o Instituto Fernandes Figueira como campo de estudo, e os fisioterapeutas que atuam na atenção à saúde da criança e do adolescente nesse local, consideramos o contexto de uma atenção de referência cuja clientela está sob a égide das condições crônicas complexas de saúde. Nesse ambiente é possível ter acesso aos fisioterapeutas que tem sua prática construída na interface entre Pediatria e atenção às condições crônicas complexas desta clientela. Dessa forma, os argumentos são sustentados por lógicas que revelam como confrontam a formação que tiveram e os repertórios técnicos e afetivos que precisaram desenvolver para responder a essa realidade.

Assim, os sujeitos do estudo foram os fisioterapeutas, incluindo residentes e servidores que prestam atenção à saúde de crianças com condições crônicas complexas no IFF/Fiocruz, e a realização das entrevistas para a pesquisa se deu no período de junho a setembro de 2015. A construção da amostra seguiu critérios qualitativos<sup>37</sup>, ou seja, sem critérios probabilísticos, importando a sua representatividade e a qualidade das informações obtidas, no confronto com os objetivos do estudo e as categorias analíticas (lógicas argumentativas e interação pela atuação clínica com crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde).

## CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Resultados

Participaram do estudo 21 sujeitos, cujo perfil é caracterizado a seguir: sete profissionais com até dez anos de formados e 14 com mais de dez anos de prática profissional. Desses sete entrevistados, quatro eram profissionais em fase de formação em serviço. Um total de 13 entrevistados priorizaram iniciar suas carreiras atendendo pacientes pediátricos. Dos 21 sujeitos pesquisados, 17 fizeram especialização ou cursos na área pediátrica. Entre os entrevistados, 17 tinham até dez anos de relação profissional com a instituição, enquanto quatro mais de dez anos. Somente dois profissionais eram do sexo masculino. Por não estarem disponíveis no momento de realização das entrevistas, quatro profissionais não puderam ser entrevistados.

Durante a leitura da planilha elaborada com as transcrições das entrevistas, sentimos necessidade em separar os argumentos em duas cores, sendo laranja o que entendemos com encontro com a profissão, e cinza o que caracterizava encontro com a criança.

Observações, quando necessárias, eram feitas nas colunas que entendíamos como estando relacionadas. Os trechos dos textos que consideramos importantes, dentro do texto já segmentado, eram destacados, assim pudemos acessá-los mais rapidamente.

A leitura das transcrições foi realizada pelo pesquisador principal e foi submetida a leitura das duas orientadoras. As discussões sobre esse material propiciaram o acesso a conteúdos que evocavam dois grandes encontros: um

com a criança, alvo da atenção fisioterapêutica, e o outro com a própria construção do campo profissional, próprio a fisioterapia e na interação com as outras profissões (Medicina e Enfermagem, principalmente). Ou seja, a análise das entrevistas possibilitou identificar uma tensão na estrutura argumentativa dos sujeitos, na interface entre se construir em contato com as crianças e concomitantemente desenvolver-se enquanto fisioterapeuta no IFF.

O termo encontro aqui utilizado ganha contornos de conceito quando associado à discussão de Goffman<sup>54</sup> sobre interações sociais, e as perspectivas dos *encounters*, nas relações face a face. Aqui os encontros não têm o sentido de um entendimento leigo, daquilo que tende a ser agradável. O autor avança no sentido de perceber as interações. Portanto, os encontros são tratados como jogos de apresentação, justificação de papéis sociais, e em vista disso, potencialmente promotores de conflitos e acordos, veículos de apresentação de interesses. Esses não somente externos na direção do outro, mas por vezes internos, como num diálogo do sujeito consigo mesmo, na busca de argumentos morais que justifiquem suas práticas, convicções e reflexões.

Assim, quem faz parte do encontro segue uma linha, ou seja, atos verbais e não-verbais que expressam a visão sobre o encontro, sua avaliação dos participantes e de si mesmo. Dessa avaliação, temos o que Goffman<sup>54</sup> chama de face, entendida como o valor social que uma pessoa assume para si a partir do que os outros participantes presumem ser a linha tomada por ela no encontro. Então, para Goffman, face é um construto socio-interacional instável e depende de aprovação mútua dos participantes. Deste modo, se os sujeitos sentem que sustentam um valor social positivo, apropriado ao encontro,

dizemos que ele está sustentando a face. Caso se sinta ofendido, envergonhado, não conseguindo sustentar o seu valor social no encontro, o sujeito está com a face inadequada ou fora da face. Portanto, um participante do encontro pode ter problemas para sustentar a face, que pode estar ameaçada por outro, ser perdida ou estar errada. Já o estado interacional padrão consistiria no equilíbrio do conflito. Por outro lado, se a imagem que o sujeito assume para si está condizente com sua linha de conduta e interação, dizemos que o mesmo mantém ou sustenta uma face.

Na abordagem das entrevistas, propusemos duas afirmativas com a intenção de que fossem provocadoras de argumentos dos fisioterapeutas sobre suas práticas profissionais em relação à criança cronicamente adoecida, e propositalmente poderiam ser reveladoras de tensões, justificações, diálogos morais. Esses encontros, revividos como um discurso lógico, nos pareceram, por vezes, reveladores de conflitos, disputas e sofrimentos. No entanto, nos parece que quanto mais desafiadora e difícil é a prática mais geradora de necessidade de apoio e suporte.

A discussão sobre apoio é muito importante e pertinente para se construir a atenção à saúde da criança, e no caso se revelou um dos resultados da pesquisa associada à perspectiva de Goffman<sup>54</sup> sobre encontro.

Os profissionais de saúde ao atuarem com crianças são provocados a memórias e sensibilidades relacionadas à infância, experiências pessoais para sustentar seus limites na prática<sup>55</sup>. Ao mesmo tempo, são acionados como necessários os conteúdos de conhecimento, currículo profissional,

aprendizados práticos que não parecem ser contemplados em cursos de Fisioterapia no contexto pediátrico<sup>12,13</sup>.

Spake<sup>13</sup>, no seu estudo sobre os programas dos cursos de Fisioterapia nos Estados Unidos da América (EUA), aponta a necessidade de se pensar estratégias para o ensino da Pediatria em Fisioterapia. A autora destaca que poucos cursos oferecem espaço para a prática da Fisioterapia Pediátrica, e considerando que nem todos os estudantes tiveram horas de estudo suficientes em Pediatria, indica a premência de criar oportunidades para que os futuros profissionais possam desenvolver suas habilidades práticas.

Nessa direção, encontramos a análise de Sá e Gomes<sup>12</sup>, na qual os autores, através de entrevistas semiestruturadas com fisioterapeutas que atuam em Pediatria, identificaram a dificuldade de alguns profissionais em lidar com esse tipo de paciente, sendo um dos motivos relatados a falta de uma formação que contemple o ensino da Fisioterapia em Pediatria. Junto a isso, os autores salientam que a formação e atuação da Fisioterapia é fortemente baseada no modelo biomédico, o que colabora para uma não identificação com esse sujeito de cuidados, que demandam novas formas de atendimento a partir de interação e acolhimento. O estudo ressalta, ainda, a necessidade de construção de conhecimento na área da Fisioterapia Pediátrica, pois por vezes são adaptadas técnicas desenvolvidas para o público adulto.

Sá<sup>50</sup> evidenciou a dificuldade desses profissionais em conceberem uma visão integral do paciente. A prática aparece centrada na perspectiva da doença e não no sujeito, o paciente é visto por uma ótica de fragmentação dos sistemas do corpo. A justificativa pode estar no fato da formação profissional

ser voltada para aplicação de técnicas e recursos especializados, não promovendo uma visão mais ampla do paciente.

Levando em consideração as observações dos autores, definimos a categoria de apoio como contemplando as bases afetivas e de conhecimento que vão fundamentar as mediações tecnológicas para a atuação com crianças crônicas.

Com isso apresentamos a discussão caracterizando que a perspectiva relacional sobre encontro se associa à construção de pontos de apoio para atuar, e assim dois eixos temáticos se configuram: (1) A Fisioterapia para Novos Atores: Disputas e Inovações para Atenção às Crianças Cronicamente Doecidas; (2) Apoios / Mediações para Cuidar das Crianças Cronicamente Doecidas: Associando Tecnologias, Conhecimento e Experiência.

### **3.2 Discussão**

Ao utilizarmos duas afirmativas contundentes e polêmicas – Afirmativa 1: “Uma criança e um adolescente crônicos são vistos como sujeitos menos importantes”; Afirmativa 2: “Um fisioterapeuta que atue com eles pode também ser considerado menos importante”, dois efeitos foram produzidos no campo: primeiro vimos por parte dos sujeitos entrevistados uma posição auto-reflexiva de apresentar e recusar hipóteses, foi possível perceber a elaboração de uma discussão consigo mesmo, onde eram levantadas opções de posicionamentos e argumentos para defender tais posturas. Outro efeito provocado se refere a uma avaliação para audiência, ou seja, o que poderiam ou não apresentar para o pesquisador, pois essas afirmativas polêmicas geram a priori um movimento

de negação, porém no decorrer das entrevistas vemos que os sujeitos continuam a desenvolver seus argumentos, aparecendo inclusive posições ambíguas em seus discursos.

Assim, os argumentos apresentados não podem ser considerados como um ato individual, deve-se entendê-los a partir de uma interação social, onde o sujeito busca se adaptar ao contexto imediato do ato da fala e ao interlocutor<sup>56</sup>. O caráter dialógico do discurso também é destacado na leitura que Barros<sup>57</sup> faz de Bakhtin, onde o dialogismo constitui a linguagem e o sentido do discurso, que se constrói entre pelo menos dois interlocutores e mantém relações com outros discursos. Já Fairclough<sup>44</sup> afirma que através dos discursos, as pessoas agem sobre o mundo e sobre outros, assim como os utilizam como um modo de representação.

É interessante destacar que nesse vai e vem de concordâncias e discordâncias com seus próprios discursos, os entrevistados estão na realidade avaliando e reavaliando o que pode ser dito, sem que os mesmos sejam colocados em uma situação de desvantagem em relação ao interlocutor. Segundo Resende e Ramalho<sup>46</sup>, existe uma perspectiva interacional entre o locutor e o ouvinte, nessa visão dialógica os discursos respondem a discursos prévios e antecipam discursos posteriores.

Destacamos, ainda, que com relação a posição de justificar, tanto apareciam posições relativas ao trabalho com a criança quanto uma reflexão sobre a profissão.

### 3.2.1 Eixo 1: A Fisioterapia para Novos Atores: Disputas e Inovações para Atenção às Crianças Cronicamente Adoecidas

A fim de buscar elementos para situar o olhar dos sujeitos sobre sua prática profissional, esclarecendo aqui nosso entendimento sobre a mesma, recorreremos a Bourdieu<sup>45</sup>. O autor retira da definição de profissão uma perspectiva essencialista, funcional, de neutralidade no cenário social. Bourdieu compreende as profissões como construções sociais. E como tal, faz uso de recursos específicos com o objetivo de demarcar seu campo no espaço social e ter visibilidade. Assim, as profissões estão em luta por reconhecimento e por um monopólio de atuação profissional. No nosso caso, esta tensão é marcada pelas relações de poder existentes entre os atores que constituem o campo da saúde. E ainda, por determinadas ideias comuns tanto a profissionais quanto a leigos de que no hospital:

*“a essência da assistência do doente é, obrigatoriamente do médico e enfermeiro, do técnico né... enfim a enfermagem, o resto é plus, é o plus da Fisioterapia na reabilitação... que faz diferença, não estou dizendo que não faz diferença... mas se não tiver fisioterapeuta hoje no plantão, todos os pacientes vão ser assistidos, pelo médico e pelo enfermeiro... e se não tiver médico? Não pode... e se não tiver enfermeiro, técnico... o negócio não acontece (...)”*

[participante 2]

Por definição uma criança crônica complexa<sup>8</sup> apresenta diversos aparelhos e sistemas comprometidos, nessa perspectiva se torna urgente a abordagem multiprofissional, com destaque para a ação sinérgica de fisioterapeutas. Essa consideração permite relativizar a posição levantada pela entrevistada acima, com base no fato de que um novo ator – a criança cronicamente adoecida – demanda novas práticas, que incluem, pelas suas necessidades clínicas, atendimento fisioterapêutico.

Nesse momento faz-se importante destacar a necessidade de um trabalho conjunto entre a fisioterapia motora e a respiratória, que não seja concordante com a separação existente por características específicas de nosso campo de estudo. Considerando a complementariedade dos conhecimentos e das técnicas, a sinergia entre as ações podem permitir um incremento das respostas dos pacientes sob seus cuidados. Citamos como exemplo, a diminuição da frequência das afecções pulmonares ao melhorar o padrão funcional respiratório. Em síntese, esse padrão melhora a partir da funcionalização do tônus muscular e a aquisição de marcos motores que favorecem a estabilidade do tronco, dentre outros.

*“(...) hoje em dia como tem mais condições respiratórias crônicas eu tenho visto que precisa um pouco mais do que só um pulmão, então isso traz um pouco esse aspecto de “ah eu preciso ativar esse abdome, eu preciso melhorar essa postura” e aí chama um pouco esse conceito, esse conhecimento que o motor traz né!”*

[participante 3]

*“Da mesma forma como enquanto motor tem que saber respiratória, porque senão a gente chega com o nosso paciente crônico que tá agudizado e a gente não consegue fazer nada, (...)”*

[participante 3]

Encontramos em Bourdieu<sup>45</sup>, uma referência para discutir que as diferentes categorias profissionais convivem em um movimento, no qual procuram defender a definição do mundo social que mais atenda aos seus interesses. Assim, ao assumirem posições estratégicas dentro do campo de trabalho, tentam impor tal realidade social para reproduzir seus interesses. Entendemos que isso aparece na hierarquização dos serviços de saúde, onde algumas categorias profissionais, muitas vezes, ainda são reconhecidas como ocupando um nível superior dentro desse microcosmo dos profissionais de saúde.

A partir desse sujeito de cuidados relativamente novo, crianças em condições crônicas de saúde, os profissionais buscam se especializar para atender essa demanda. A disputa sobre o campo de saber relacionado a essa população, aparece no conflito que é notado nas falas de alguns entrevistados ao se referirem à fisioterapia respiratória como uma competência de sua categoria e reconhecerem na unidade de terapia intensiva:

*“um lugar que o fisioterapeuta consegue ter um pouco mais de domínio até do que alguns médicos, porque eles [os fisioterapeutas respiratórios] estudam muito essa parte da mecânica ventilatória da fisiologia, e aí os médicos também já não tão querendo muito ter esse trabalho, aí os fisioterapeutas acham que é bom pra eles, eles vão ser melhores porque eles vão mexer na ventilação mecânica (...)”*  
[participante 12]

Essa luta por uma afirmação de seu lugar junto às outras categorias profissionais, perpassa por uma disputa de mercado, onde os atores sociais usam de seu capital cultural, social e simbólico<sup>45</sup> para definir suas posições privilegiadas dentro das instituições. Ainda que no trecho da entrevista acima a

entonação do participante seja permeada por uma intervenção crítica, o que está em jogo é uma expressão de argumentos onde fica claro o cenário de afirmação de um campo de competência.

Nessa direção, cabe problematizar os investimentos feitos no processo de se afirmar junto a sociedade. Essa discussão se faz importante quando pensamos que a saúde da criança na atualidade assiste a emergência de uma “nova pediatria”<sup>4</sup> e, portanto de crianças que aqui denominamos como cronicamente adoecidas e complexas<sup>8,5</sup>. Costa *et al*<sup>58</sup> apontam que a partir da década de 80 houve um incremento no quantitativo de crianças e adolescentes com dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica (DCVPM), ficando a maioria restrita aos hospitais, particularmente nas unidades de terapia intensiva pediátrica

Essa emergência vai movimentar a cena das profissões, a fim de que hajam reposicionamentos, um campo aberto às disputas e afirmação de poder e competência.

O estudo empreendido por Bispo Júnior<sup>59</sup>, explorando os modelos de formação da profissão de fisioterapeuta no Brasil, destaca que existe uma lógica privatista de formação para o mercado de trabalho. Essa lógica promoveu uma saturação da profissão com o investimento no setor privado de atuação curativo-reabilitadora e uma carência de profissionais nos níveis primário e secundário da saúde coletiva. O autor sinaliza no espaço de uma nota de fim de artigo, uma questão que consideramos ter grande relevância: a existência de relações de disputa no interior da categoria de profissionais de reabilitação. Essa disputa se dá entre fisiatras e fisioterapeutas, sendo

permeada por corporativismos e interesses mercadológicos. Esse embate, portanto, agravaria ainda mais a saturação deste mercado de trabalho.

Atualizando essa discussão, Sá<sup>50</sup> destaca que já na escolha do modelo de formação do fisioterapeuta no Brasil optou-se pela escola americana em detrimento da europeia. Essa opção já aponta uma direção para a lógica privatista dos centros de reabilitação para adultos, à época sendo instalados no Brasil. Já Ribeiro e Júnior<sup>60</sup>, em um estudo sobre a educação superior na área da saúde, apontam que os modelos de ensino e aprendizagem não podem ser tomados como finalizados e imutáveis, é preciso superar a lógica biomédica. É necessário sempre analisá-los e reestruturá-los, garantindo que haja inclusão de novos conhecimentos e promovendo a interdisciplinaridade. Porém, deve-se ter em mente que a importância de se buscar um melhor meio de ensinar e aprender, objetiva a priori trazer benefícios aos usuários dos serviços de saúde.

A luz de Bourdieu<sup>45</sup> é possível discutir as lutas por hegemonia em um campo profissional onde modelos de atuação e formação referem interesse e perspectivas sociais.

Durante a análise do material, identificamos relações de poder e de disputa de campos de saber. E aqui as disputas não se dão somente quando os fisioterapeutas referem médicos e enfermeiros, mas também quando destacam que a própria Fisioterapia pode viver tensões entre as áreas motora e respiratória, principalmente no cenário estudado.

No caso destes embates no campo profissional vale remeter às chamadas marcas de distinção que contribuem para a construção de traços identitários<sup>52</sup>. A relação de distinção incorpora aproximações e afastamentos, a

fim de delimitar a produção de traços identitários. Considerando ser a Medicina uma profissão de alto reconhecimento e status, com uma ação hegemônica mais flagrante junto com a Enfermagem, principalmente no espaço hospitalar, é relevante problematizar a relação entre objetos de conhecimento / intervenção competente / reconhecimento social. No caso da relação entre Fisioterapia e Medicina, que tem em comum como sujeito de intervenção profissional a saúde da criança e a orientação ao seu familiar, surge uma disputa entre os campos de saber, com o profissional buscando se afirmar através de seu conhecimento, especificando responsabilidades.

*“(...) a própria questão da ventilação mecânica que era uma coisa que a gente puxou pra gente, já veio toda a discussão do ato médico (...), eu acho que ainda precisa sim de fisioterapeutas que se reafirmem nos lugares pra provar, de repente daqui a um tempo não precise mais (...)”*

[participante 8]

*“mas eu falava com os médicos na mesma língua deles, e alguns médicos lá nem conheciam também, nunca tinham visto [referindo-se a uma patologia específica], então em alguns momentos eu sabia muito mais que o médico que tava lá... e eu podia até ajudar porque eu sabia mais do que eles “.*

[participante 12]

Nos trechos acima ganha destaque a importância atribuída pelos profissionais a dois aspectos: (a) o recorte de um aspecto, que diz respeito à atenção à saúde da criança, tratando-o como um objeto de competência do fisioterapeuta, no caso a ventilação respiratória e dados paramétricos; (b) a

disputa pelo conhecimento sobre a clínica e uma determinada doença, com a experiência vinculada ao tratamento da mesma e um discurso competente.

Faz-se importante destacar o movimento dos atores políticos e seu papel junto à sociedade, a outros conselhos de classe, ao Estado, aos órgãos formadores, a fim de oferecer respostas às mudanças que se dão no campo da assistência, geradoras de novas demandas para as profissões. Nesse caso o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)<sup>61</sup> afirma que:

*“O exercício profissional do Fisioterapeuta Intensivista é condicionado ao conhecimento e domínio das seguintes áreas e disciplinas, entre outras: ...Suporte ventilatório invasivo ou não invasivo...”.* (Artigo 4, inciso XIV).

Este documento oficial da autarquia que regula a atividade de Fisioterapia no Brasil, reforça como objeto de competência destes profissionais, a ventilação invasiva e instrumentos de medida e avaliação, favorecendo ainda mais possíveis conflitos e atritos entre os profissionais de diferentes especialidades dentro da equipe de saúde, mas acima de tudo demarcando um território de competência e poder, regulando mercado. Outro destaque nessa linha de discussão onde não há neutralidade, mas interesses de afirmação no território político, refere o lugar da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) ao afirmar que:

*“A coordenação da ventilação mecânica é um processo horizontal e compartilhado, conforme os princípios da*

*interdisciplinaridade, integralidade e resolutividade da assistência a saúde. A palavra coordenação significa dispor situações metodicamente ou conciliar meios e esforços para uma ação comum, não prevendo, portanto, relação de subordinação.* ”<sup>62</sup> (p. 75)

Nesse sentido, a entidade estabelece um discurso no qual defende a posição do fisioterapeuta como parte de uma equipe multidisciplinar e destaca a não subordinação do mesmo diante de outras categorias profissionais. Porém, na mesma publicação, utiliza o documento do COFFITO<sup>61</sup>, para notabilizar o campo de competências do fisioterapeuta especialista em terapia intensiva:

*“Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a retirada do suporte ventilatório invasivo e não invasivo; Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica”*<sup>62</sup> (p. 75).

Vale ressaltar, que o trecho acima foi publicado como um esclarecimento aos profissionais da área que manifestaram incertezas quanto a sua atuação diante do documento conhecido como Ato Médico (Lei 12.842, de 10 de julho de 2013).

Ou seja, os documentos acima destacados são acessados a fim de analisar a relação entre o papel dos órgãos de classe como atores políticos (que regulamentam o exercício da profissão e a titulação de especialidade na área) e as posições conflituosas percebidas nas falas dos entrevistados. Diante

deste cenário, onde a disputa por campos de saber pode definir posições privilegiadas das categorias profissionais, vemos por parte dos órgãos de classe e na própria formação do profissional, um encorajamento no sentido de tomada ou manutenção de um monopólio na área da saúde.

*“(...) a gente, na nossa faculdade, ouve muitas vezes aquele [professor] que sempre fala ‘Não gente... mas vocês não podem deixar isso acontecer!’ (...) na pós [no curso de pós-graduação] também, casos em que o fisioterapeuta bateu o pé com uma médica pra isso... e ele [professor] parece que quer mostrar pros alunos esse lado porque a gente tem que se impor.”*

[participante 8]

Segundo Foucault<sup>48</sup>, não existe relação de poder sem que haja a constituição de um campo de saber, assim como em todo saber são constituídas relações de poder. Podemos aqui radicalizar a crítica do autor no que se refere ao controle que as categorias profissionais por intermédio da clínica exercem sobre a vida, aqui vale observar a força que as especialidades exercem ao delimitar objetos de intervenção e conhecimento reduzindo o protagonismo dos sujeitos sob os quais se estabelece intervenção.

*“(...) mas ao mesmo tempo ela toma a intimidade de perguntar alguma coisa pra você (...), já teve mãe aqui abrindo o papelzinho e falando assim “o que é Síndrome de West?”, porque a médica falou isso na consulta e ela não teve coragem de perguntar, foi procurar na internet e trouxe um papelzinho da internet, meio assustada, e aí eu fui mostrando pra ela cada coisa [relativa a doença].”*

[participante 7]

Neste ponto faz-se necessário destacar no trecho acima uma observação. Impressiona a forma como os profissionais entrevistados falam

não só por eles, na primeira pessoa, mas reproduzem discursos vindos de sujeitos situados em outra posição, nesse caso, como a mãe/familiar. Esse recurso é acionado a fim de justificar um contraste entre a postura do fisioterapeuta e a de outros profissionais de saúde no que se refere à proximidade e a capacidade de funcionar como um interlocutor qualificado na promoção de acolhimento, tradução de notícia difícil, ou seja um facilitador. Porém, torna-se necessário relativizar que tanto uma postura mais acolhedora, como aquelas que reduzem o protagonismo dos sujeitos podem estar presentes em qualquer categoria profissional, uma vez que, geralmente, estão ligadas à forma como os conhecimentos técnicos do profissional são desdobrados em suas práticas individuais com suas equipes e pacientes.

*“(...) Já ouvi afirmação de mãe “Ah não falei com ...”, e tinha que ter falado né, “não falei com o médico, não falei com o nutricionista, porque eu vi que não ia resolver... esperei você chegar pra falar com você” então assim eu sinto que elas valorizam muito a nossa profissão.”*

[participante 13]

Há que ter cuidado com um discurso reativo de oposição que reproduz uma dicotomia bom versus mau, onde o fisioterapeuta ocuparia a posição positiva e as outras profissões a negativa. A interpretação que vale aqui, acionando a análise de discurso crítica, é que não há como localizar alguém que não esteja produzindo relações de poder e, portanto assumindo, em alguns momentos, discursos difíceis de serem escutados por alguns atores, como os familiares. Nesse sentido, não é de alguma profissão a prerrogativa de ser “acolhedor, respeitoso ao vínculo”.

Compreendemos que a Fisioterapia, no campo maior de profissões, pretende se afirmar e ser reconhecida em um campo onde as práticas e saberes da Medicina são reconhecidas como hegemônicas. Portanto a forma que os profissionais procuram conquistar o seu espaço, vai desde a assimilação do conhecimento de outra categoria até o embate com a mesma.

*“(...) o fisioterapeuta meio que assumiu esse papel dentro do CTI, ele também ventila doente, não só médico.”*

[participante 6]

*“(...) mas eu falava com os médicos na mesma língua deles, e alguns médicos lá nem conheciam também, nunca tinham visto, então em alguns momentos eu sabia muito mais que o médico que tava lá.”*

[participante 12]

No caso da Fisioterapia podemos inferir que a emergência dessas crianças como novos sujeitos de cuidados, caracterizadas pela complexidade dos quadros clínicos, onde os sistemas respiratório e motor revelam-se desafiadores, podem representar espaços para o desenvolvimento de técnicas, conhecimentos e, portanto afirmação profissional, e um novo mercado de atuação:

Segundo Bourdieu<sup>45</sup>, as profissões são construções sociais, produto de todo um trabalho social de construção de um grupo e de uma representação dos grupos, portanto, estão imersas em relações de força, de poder e disputa por monopólio de competência. Assim, a partir de um novo objeto para saúde pública, a saber, a emergência de crianças com condições crônicas de saúde, que podem gerar inquietações que demandam a produção de novos

conhecimentos para atender as mesmas, os profissionais procuram na conformação de novas práticas, dar conta desse campo de disputa em aberto. Esse sujeito considerado uma novidade no ambiente institucional de cuidados em saúde, que desafia o circuito de diagnóstico / tratamento / cura, e cuja doença caracterizada como crônica conflita com o que seria esperado para o desenvolvimento na infância, emerge como um novo objeto para a intervenção profissional.

Tal cenário nos faz lembrar o destaque que Bourdieu<sup>45</sup> atribui a relação entre objetos socialmente desvalorizados e o esforço de torná-los objetos científicos e importantes por parte das profissões. Fazendo alusão ao escritor Gustave Flaubert, Bourdieu considera como “pintar bem o medíocre”, ou seja, torná-lo legítimo, inclusive com desenhos metodológicos e de intervenção chancelados cientificamente.

Novamente recorrendo a Bourdieu<sup>45</sup>, acreditamos que esse movimento por parte dos profissionais, se caracteriza como uma forma de se fazer ser visto e mostrar o seu valor, mas que ao colocar o profissional em exposição, pode fazê-lo se sentir inseguro e em risco de mostrar suas falhas.

*(...) essa questão da discussão de caso clínico dentro de uma unidade “ah não vou não porque só tem médico lá” e daí que só tem médico lá... eu vou lá porque vou aprender também, se os médicos sabem mais, eu vou lá com os médicos porque eu vou aprender (...), mas a pessoa tem medo não quer se expor, aí fica com medo de fazer a coisa errada porque não sabe, a aí... “pô mas aí eu vou... vou fazer um negócio errado... já não gostam muito de mim, vão gostar menos ainda”.*

[participante 12]

Num ambiente onde a profissão médica é reconhecida como imperial<sup>63</sup> e que historicamente através de práticas monopolísticas, mantém seu prestígio estabelecendo barreiras em relação as outras profissões<sup>64</sup>, o fisioterapeuta para se afirmar no campo das profissões de saúde, procura se aproximar desta categoria, estando junto das discussões sobre os pacientes e absorvendo o linguajar científico utilizado no *ethos* da profissão médica.

*“Porque nós estamos junto deles [aos médicos do hospital], agora o fisioterapeuta que tá lá no ambulatório, no consultório dele, às vezes tem contato com médico do paciente, não é tão conhecido (...)”*

[participante 4]

*“Aqui é assim os fisioterapeutas respiratórios, são eles que tomam conta do BIPAP, na UPG são as médicas que tomam conta, só que eu mexo, outro [fisioterapeuta] mexe, a gente tira, bota, sempre faz isso. Então como o fisioterapeuta assumiu parte dessa função, os hospitais adquiriram maior independência nesse sentido, “tudo bem tá ventilado, mas dá pra ficar lá fora, a Fisioterapia cuida”*

[participante 6]

Por outro lado, nota-se pelas falas dos entrevistados, a valorização da necessidade de recorrer a formas de comunicação mais simples para interagir com os familiares e cuidadores de seus pacientes. Essa estratégia faz com que o profissional consiga transitar entre esses dois mundos – o leigo e o técnico - e ocupar um lugar importante no campo, o de ponto de referência e confiança para ambos.

*“(...) porque bem ou mal a gente trabalha muito com o toque, a gente fica ali, a gente brinca (...) você vai criando um vínculo de confiança, você escuta, você se abre, a mãe*

*se sente à vontade (...). E acabam que acham... “poxa, o médico vem aqui e olha 10 min e vai embora, olha 5 min e vai embora, poxa, a outra fica 1:30Hrs, todo dia, passa o tempo todo”.*

[participante 5]

O destaque à perspectiva temporal da presença que se estende na unidade de cuidados permite reunir vínculo, adaptação de cuidados que valorizem o brincar e as expressões corporais, no caso do público infantil, com a técnica.

Em estudo anterior Silva e Moreira<sup>65</sup> apontaram que um critério importante para o próprio profissional considerar-se pertencendo ao espaço e a equipe está relacionado a presença na unidade. As autoras ressaltam ainda, que a proximidade do local onde se encontra a criança, também favorece o reconhecimento daquele profissional como fazendo parte do grupo, o que promoveria reações e relações positivas para o trabalho em equipe. Portanto, a posição no tempo e espaço influencia o modo como a equipe considera seus colegas de trabalho como fazendo ou não parte do grupo.

Destacando o trabalho multidisciplinar, o estudo afirma que apesar dessas equipes serem uma realidade nos ambientes de cuidado hospitalar, isso não garante um trabalho interdisciplinar. Para as autoras, a formação profissional não abrange os aspectos relacionais que acionam encontros e o trabalho em equipe. A segmentação por especialidades somada com a setorização profissional, com a arquitetura hospitalar e com a subordinação dos profissionais à hierarquia entre as especialidades, leva a uma fragmentação do atendimento e uma ineficácia do trabalho em equipe. Reconhecendo o espaço

de trabalho como local de disputa de poder e reconhecimento, as autoras compreendem que o trabalho coletivo é alcançado a partir dos sentimentos relacionais de compromisso, solidariedade, responsabilidade e experiência que permeiam o lidar com o grupo, e não somente com a imposição de normas e imposições hierárquicas.

Nesse mesmo caminho, Ghisleni<sup>66</sup> salienta que o fisioterapeuta para se sentir valorizado por sua prática, precisa do reconhecimento do outro, seja um colega de trabalho, um paciente ou familiar. Ao conferir valor ao trabalho do profissional é reconhecida sua contribuição na organização do trabalho do grupo. A autora destaca, ainda, que quando o fisioterapeuta tem uma maior interação com médicos e enfermeiros, caracterizando maior tempo na unidade, existe uma tendência de um maior reconhecimento de seu trabalho. Em contrapartida, quando o profissional tem um convívio menor com as outras categorias, não é desenvolvida uma relação de confiança e seu trabalho não é reconhecido.

### **3.2.2 Eixo 2: Apoios / Mediações para Cuidar das Crianças Cronicamente Adoecidas: Associando Tecnologias e Experiência**

A palavra apoio ganhou qualificativo de base de intervenção para um método de ação e mudança institucional com a emergência da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. A mesma é associada as dimensões institucionais e políticas de transformação dos ambientes de gestão e relações de trabalho em saúde. O apoio institucional é definido como:

*“Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais.”<sup>67</sup> (p. 36).*

Em nossa pesquisa o termo apoio é acionado como categoria de análise, de forma distinta, no âmbito da interpretação de discursos que evocam mediações importantes para o trabalho com as crianças cronicamente doentes. Nessa direção, ele não aparece como um conceito previamente elaborado, mas uma categoria que reúne uma série de expressões acionadas pelos sujeitos para gerar argumentos que sustentam suas práticas. Ou seja, o apoio ganha contornos de um elemento da ordem da experiência, reunindo tecnologias, colaborações dos familiares da criança no cuidado e memórias profissionais e pessoais. Entendemos que por se tratar de uma pesquisa onde os sujeitos para os quais o fisioterapeuta dirige a sua prática são crianças, o apoio como o concebemos pode ser dialogado com a noção de bases de apoio.

Segundo Rizzini *et al*<sup>68</sup>, as bases de apoio são os elementos fundamentais que compõem os alicerces do desenvolvimento integral da criança. São recursos familiares e comunitários que oferecem segurança física, emocional e afetiva a crianças e jovens. Referem-se tanto a atividades ou organizações formais, quanto a formas de apoio espontâneas ou informais.

Em nossa análise a dimensão do apoio comparece associada aos estudos de Merhy<sup>69</sup> e de Franco e Merhy<sup>70</sup> junto as suas definições sobre tecnologias em saúde. O autor nos aponta três tipos de tecnologias, que podem ser consideradas como estratégias de construção do cuidado em

saúde, a saber: as duras, que abrangem instrumentos e maquinários; as leveduras, que referenciam o conhecimento técnico; e as leves que tem sua existência na lógica das relações, onde existe uma interação que produz momentos de escutas, vínculo, aceitação, acolhimento, cumplicidade e responsabilização em sobre o problema a ser enfrentado.

Então, ao pensarmos em crianças que nascem e vivem em uma instituição hospitalar, como ocorre no IFF, encontramos dentre as bases de apoio os profissionais e serviços que fazem parte desse espaço. Como refere Moreira<sup>20</sup> as crianças cronicamente adoecidas se apresentam como novos atores para quem precisamos refletir sobre apoios:

*“como os ‘novos corpos’ dessas crianças e adolescentes superam adversidades – com apoio das tecnologias e da ciência em seus avanços”<sup>20</sup> (p. 128).*

Aquilo que a autora refere como apoio das tecnologias inclui as relacionais<sup>69</sup>, que despertam as capacidades dos atores em acionar estratégias de comunicação e formatos de ação, onde grupos, rodas de conversa e, no caso das crianças, as bases lúdicas, funcionam como exemplares para coordenar criatividade e técnica, com responsabilidade de gerar vínculo e protagonismo.

Desse modo, é preciso entender a premência de enfrentar os desafios ao atendimento dessa população. Esses aparecem, inclusive, na formação dos profissionais que manifestam dificuldades, principalmente, em lidar com crianças e adolescentes que não seguem o ciclo de doença comum (diagnóstico/tratamento/cura).

*“(...) porque a criança ela requer muito mais que o adulto, você tem que ganhar a criança, você tem que tratar a criança, você tem que conviver dentro de você com os conflitos de você ver uma criança adoecida, que não é fácil.”*

[participante 20]

Nesse sentido a busca por apoios revela mais aquisições do que perdas, gerando vínculos, conexões e acionando criatividade:

*“As tecnologias relacionais que vão oferecer condições de unir competência técnica e afetiva, organizando um trabalho em equipe e através de equipes para encarar o fato de que essas crianças não são símbolos de contraprodução, um negativo ou impeditivo ao aprendizado profissional. Mas elas representam uma necessidade de incremento às práticas de atenção à saúde da criança, e daí são geradoras de aprendizagens, que servirão não somente para o trabalho com elas, mas com quaisquer crianças que precisam de manejo e abordagem sensível”.<sup>21</sup> (p. 6-7)*

Assim, os incrementos baseados nas necessidades, se ligam à discussão sobre um apoio que pode viabilizar um antídoto simbólico e efetivo para as crianças que ao se desenvolverem dentro desse ambiente ficam expostas a diferentes modalidades de estímulos, muitos destes nociceptivos, dolorosos por vezes, e mesmo estressantes em algumas ocasiões, diferente do que ocorre em um ambiente próprio de sua casa e seus familiares.

Neste cenário, essas crianças nascem e podem ser encaminhadas para uma unidade de tratamento intensivo ou semi-intensivo, onde crescem e se

desenvolvem expostas ao espaço institucional, permeado por diversas modalidades de estímulos, inclusive aqueles oferecidos pelos profissionais de saúde que ali atuam.

Chama-nos a atenção as necessidades evocadas pela equipe de cuidados em saúde que provocam a busca de apoio para o trabalho com as crianças e adolescentes e seus familiares. Os apoios relidos no ambiente hospitalar de atenção e cuidados para as crianças cronicamente adoecidas podem funcionar minimizando os impactos negativos de uma hospitalização prolongada, do afastamento do ambiente e rotina domiciliar. Portanto, são necessários mais recursos, ou recursos diferenciados para apoiá-la<sup>71</sup>.

Santos e Moreira<sup>72</sup> apontam para a necessidade de oferecer estratégias promotoras de resiliência profissional no cenário de atenção e cuidado às crianças com hospitalizações prolongadas em virtude de situações de adoecimento crônico. As autoras entendem que, ao se defrontarem com o processo viver e morrer de crianças e adolescentes em situação crônica, os profissionais de saúde são forçados a construir sua resiliência, ou seja, procuram enfrentar suas dificuldades, se fortalecendo e desenvolvendo suas capacidades profissionais e afetivas. As autoras sinalizam que os profissionais podem se sentir desmotivados ou frustrados por lidarem com pacientes em situação crônica, considerados pouco reativos e com limitada interação. Destacam que essa característica parece ter origem no modelo de atenção reproduzido nas escolas e formação da área da saúde, que é assentado no tratamento dos quadros agudos de doenças. Assim, as autoras entendem ser necessário estabelecer uma rede de apoio nas instituições, para desenvolver nos profissionais o processo de resiliência, que contribuiria para o

fortalecimento do profissional e da equipe. Desse modo a construção da resiliência deve procurar fornecer ao profissional e à equipe de forma coletiva, formação técnica, redes de suporte qualificadas e trajetória pessoal na construção da carreira e das escolhas de trabalho.

Em pesquisa anterior Mitre<sup>71</sup> assinala que é comum encontrar crianças fazendo uso de sondas, drenos, soro, oxigênio e medicação por infusão, que além de limitá-las fisicamente, provocaria sensação de desconforto, considerando estímulos diferenciados e invasivos aos quais essas crianças são expostas. A autora destaca ainda que a interação pelo brincar promove a criação de alianças entre crianças de faixas etárias diferentes, assim como entre crianças e outros adultos para além de seu acompanhante, estabelecendo vínculos e relações de confiança.

Para a autora, a espontaneidade e a interação trazida pelo ato de brincar, permite à criança se apropriar do espaço de internação e sair do seu papel passivo de paciente, explorando o ambiente e buscando contato com as outras crianças. O referido trabalho aponta para a necessidade de os profissionais envolvidos no cuidado hospitalar apropriarem-se de competências e conhecimentos para além daquelas próprias de sua especialidade, repensando os modelos de atendimentos para essas crianças.

Ao pensarmos o brincar como uma atividade motora que propicia o aumento da interação da criança com o seu espaço de convívio, podemos referir ao estudo de Sá e Gomes<sup>12</sup> no qual os autores destacam que a mesma atua na aquisição de habilidades e promove uma interação com o mundo, o que facilita o desenvolvimento de capacidades como comunicar-se, vestir-se e

deslocar-se no espaço, aumentando assim, outros aspectos funcionais da criança.

O fisioterapeuta aparece como um componente dessa base de apoio, atuando junto à criança, à família e aos outros profissionais no intuito de promover um melhor ambiente de serviços para a proteção e desenvolvimento dessa criança.

*(...) a família começa a ter muita relação com você, aquela distância que você tem com adulto, paciente que parece tá mais longe né, aqui na família não, a família começa a pegar intimidade, ela vem duas vezes por semana, ela começa a confiar muito em você, liga pro telefone e começa a te perguntar muita coisa (...) e você tem que ter um pouco de bom senso de acolher essa família, de trazer ela junto pro tratamento (...)*

[participante 7]

Nesse sentido, vemos que o profissional é reconhecido como fazendo parte da vida da criança na instituição. As bases de apoio para as crianças estão relacionadas com os laços afetivos em geral, às relações interpessoais, e às possibilidades de participação em atividades que contribuam para o seu desenvolvimento<sup>68</sup>. E aqui cabe destacar que os autores ao conceituarem bases de apoio e sua relação com o desenvolvimento, buscaram discutir não somente a realidade de crianças e situação de vulnerabilidade nas ruas e instituições de correção, mas para todas as crianças.

Em nossa análise, especificaríamos a importância de considerar também as “novas crianças e seus novos corpos” que ultrapassam os signos da inviabilidade clínica e se afirmam como possíveis<sup>20,21</sup>. Assim, é preciso diminuir a distância que existe entre essas crianças e o reconhecimento de

suas vidas como viáveis, transcendendo a visão negativa e estigmatizante que o termo crônico desperta. Nesse sentido, se torna urgente favorecer a visibilidade dessas crianças, em nosso caso na fala dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazendo com que elas tenham possibilidade de existir, assumindo relevância social e alcançando a oportunidade de ter uma vida de relações.

Os apoios se fazem necessários, pois toda criança, por estar em desenvolvimento, pode demandar das pessoas que estão no seu entorno, uma necessidade de interpretação, seja dos seus desejos, seja dos comportamentos, dentre outros aspectos, inclusive para o profissional que lida com ela<sup>55</sup>. Isso aparece em trechos das entrevistas dos diferentes sujeitos.

*“(...) o adulto é uma pessoa de fácil orientação. (...) ele vai sentar, você vai orientar, ele vai fazer tudo bonitinho, (...) é até uma questão de resultado, às vezes é mais fácil você conseguir o resultado que você quer com uma pessoas que te atendem o tempo todo (...). A criança não, você tá estabilizando o quadril, a escápula já toda ruim, você bota a mão na escápula, o pé já tá lá na sua cabeça, então eu acho que é mais difícil.”*

[participante 5]

*“(...) não é fácil trabalhar com criança (...), é mais fácil você trabalhar com adulto, porque você chega lá e fala “olha você vai fazer 3 sessões de 10, 3 de 10 repetições (...)”.*

[participante 10]

Da mesma forma, compreendemos que para o profissional que atua com essas crianças, a necessidade de apoio aparece durante sua prática. Pois o

lidar com uma criança com condições crônicas desperta emoções, inseguranças profissionais e pessoais. Isso aparece nas falas dos entrevistados, que choram, demonstram temores, revelam uma busca por formação profissional e relatam trocas de saberes, práticas e vivências com outros profissionais, por vezes reconhecendo suas limitações frente ao processo de hospitalização de crianças cronicamente adoecidas.

Alguns instrumentos surgem nesta direção, com vistas ao suporte a esses profissionais, que por passarem longo período de seu tempo envolvidos com questões de saúde, familiares, emocionais e o próprio estresse que pode estar envolvido no cuidar de uma criança doente, passam a manifestar inquietude e apreensão relativas ao impacto dessas relações em sua prática diária. Na literatura destacam-se estratégias de enfrentamento para o fortalecimento individual e coletivo<sup>36</sup>.

Ao pensarmos sobre a formação centrada no modelo biomédico dos profissionais de saúde, é possível salientar a necessidade de uma visão mais integral sobre paciente, na medida que inclua sensibilidade e técnica, permitindo ao profissional entender e ressignificar sua própria vida ao lidar com sentimentos de impotência e angústia frente a experiência de atendimento à essas crianças. No processo de aceitar e entender a situação do adoecimento crônico de seus pacientes, alguns profissionais fazem uso de suas crenças religiosas, essas aparecem como um suporte para os profissionais, que podem aceitar como sua missão divina e um compromisso em proporcionar maior qualidade de vida a esses sujeitos de cuidados. Mas se a leitura religiosa vai no sentido de um “karma” que o paciente merece passar, corre-se o risco de executar uma prática somente técnica, sem envolvimento e sem acolhimento<sup>36</sup>.

*“E a gente ficava assim pensando “poxa como é que uma mãe com uma criança tão doente consegue fazer outro filho!”*

[participante 12]

Aprofundando nosso olhar, observa-se pela análise das entrevistas ser possível identificar o uso de três apoios principais que sustentam o interpretar, o cuidar e o avaliar a criança, sendo estes: o apoio da tecnologia; o apoio da família; e o apoio mais subjetivo onde olhar a criança a partir das suas expressões, da observação do seu tônus e a própria intuição do profissional permite uma visão diferente daquela criança.

Luz *et al*<sup>73</sup>, em estudo realizado com enfermeiros que atuam em oncologia, destacam que esses profissionais acabam por desenvolver diferentes estratégias de enfrentamento do cuidar de um paciente com uma condição crônica de saúde que, muitas vezes traz em seu bojo uma forte carga de angústia e sofrimento, ressaltando assim, a necessidade do desenvolvimento desses mecanismos de apoio.

O uso das tecnologias duras e leve-duras como apoios aparece como uma forma para lidar com as demandas clínicas da criança, permitindo a criação de um território de segurança para o profissional que através dos dados de monitores, uso de escalas, sons de alerta de equipamentos, conhecimento técnico, parametrização de ventiladores mecânicos e práticas baseadas nas melhores evidências, tem à sua disposição um arcabouço científico para a tomada de decisões. Isso pode indicar que para alguns profissionais, de uma certa maneira, é mais rápido e direto olhar o monitor, com parâmetros e

informações objetivas, que interpretar a criança a partir da tecnologia das relações.

*“(...) o tempo todo que você entrar na UPG vai ter alguém lá sentado naquele posto olhando pras crianças “assim”, ou pelo menos pros monitores (...)”.*

[participante 6]

*“(...) eu tenho uma visão mais ampla dessa criança, porque eu tenho a mão aqui um número enorme de especialistas que me dão uma visão clara de quem ela é, e aí eu posso trabalhar mais com disfunção e potenciais, porque eu sei exatamente quem ela é, eu tenho genética aqui, eu tenho neuro aqui (...)”.*

[participante 9]

Percebe-se assim que em muitas ocasiões, o profissional tende a pensar que olhar pela lente da ciência técnica pode oferecer interpretações mais objetivas sobre a criança. Luz *et al*<sup>73</sup> chama atenção para as formas de enfrentamento desenvolvidas por profissionais da Enfermagem para o cuidado em saúde com paciente oncológicos, que ficam por longos períodos internados. Destaca que muitas vezes, o profissional opta por ter um olhar mais técnico sobre o cuidado, como forma de distanciar-se do sofrimento e do envolvimento com os mesmos.

Identifica-se a importância da relação entre o que é interpretação através das tecnologias duras/leve-duras e o que é interpretação a partir da interação com a criança caracterizada pela tecnologia leve (diálogo, sinais, acolhimento, vínculo, impressões de olhar, contato com emoções). Nesta

ordem do que pode ser mais fiel, o olhar pela lente da ciência técnica pode oferecer interpretações mais objetivas ao profissional.

*“Da mesma forma como enquanto motor tem que saber respiratória, porque senão a gente chega com o nosso paciente crônico que tá agudizado e a gente não consegue fazer nada, mas isso é comum né... na prática a gente já tinha uma sessão quase inteira de atendimento respiratório, por conceito assim... alongamento de musculatura, de apoio abdominal pro diafragma funcionar melhor (...)”*

[participante 3]

*“mas o fisioterapeuta em si tem tanto medo de atender criança que “ah você não tem medo... você atende”, e eu não tinha muita noção de respiratória, então eu comecei a aprender respiratória pediátrica lá. E lá eu ficava durante a semana... eu ficava com um atendimento mais assim... ou o paciente tava pra ter alta ou eram aqueles crônicos que moravam lá, não tinham previsão de alta. Pensar porque deixavam ela atender somente esse perfil “*

[participante 4]

Para fazer uso do apoio da tecnologia leve-dura, o profissional deve expandir seu rol de procedimentos, o que torna necessário aprender e aplicar técnicas que facilitem seu trabalho com o sujeito de cuidados. Nessa direção, Luz *et al*<sup>73</sup> refere que uma estratégia de enfrentamento a ser desenvolvida pelos profissionais pode ser o aprimoramento profissional, na forma de aprimoramento técnico voltado para o preparo continuamente para o desenvolvimento de competências que podem servir como apoio aos mesmos, na medida em que permitem reformular as formas de pensar.

Podemos entender a partir deste exemplo, apesar da característica dicotômica do serviço de fisioterapia do IFF e independente da especialidade do profissional, que este procura fazer uso de um arcabouço de conhecimento científico que propicie um melhor atendimento.

Ainda relacionado ao apoio do conhecimento técnico científico, destacamos o acesso a outros profissionais especializados, que ajudam o fisioterapeuta a entender a doença de seus pacientes de uma forma mais abrangente. Um exemplo disso, é o que vemos na fala de um dos entrevistados, que afirma conseguir ter uma visão mais ampliada da criança a partir do trabalho multidisciplinar com geneticistas e neurologistas.

Em relação a contar com a família como apoio no universo das relações, por vezes vemos que o profissional acessa a criança através desse contato com o cuidador.

*“(...) uma condição crônica eu preciso mais do aporte da família, eu preciso trabalhar mais junto com a família, porque tem manuseios, tem posturas, tem itens de tratamento que não necessariamente eu tenho que fazer isso, mas a família tem que tomar como importante pra aquela criança e fazer junto (...)” .*

[participante 3]

*“(...) a melhor forma é quando ainda é pequenininho, não é um adolescente... adolescente tem que ir direto no adolescente mesmo, não tem jeito, mas quando é pequenininho é você ainda ir indo pela mãe... “ó mãe me ajuda aqui, tô precisando fazer isso... isso, aquilo. Vamos devagarzinho pega você ele no colo, eu te instruo” (...)”.*

[participante 5]

Ao envolver a mãe, ou outro familiar próximo, é possível usar o conhecimento prévio que ela tem da criança, assim, o aproximar se torna mais fácil através do vínculo criança-cuidador, o que faz com que o tratamento possa, também, alcançar melhores resultados.

É importante destacar que enquanto alguns profissionais procuram essa aproximação maior com a família, permitindo que exista inclusive um envolvimento na vida pessoal de ambos, outros possuem, justamente, uma preocupação em manter uma distância maior, evitando um entrelaçar mais profundo de relações pessoais. Isso ocorre algumas vezes como forma do profissional se poupar de um sofrimento maior no caso das perdas, mas também aparece com o objetivo de manter essa distância entre o profissional e o pessoal.

Novamente ao contemplarmos as tecnologias leves como apoio caracterizado, por exemplo, pelo contato com as emoções, pela observação mais atenta às formas de expressão e comunicação da criança, pelas mudanças de tônus (pois também existe interpretação) e pelo uso da intuição do profissional, entramos em um campo onde a interação com a criança ganha uma profundidade que permite interpretar mudanças sutis, que podem ajudar no tratamento, já que o fisioterapeuta acaba por desenvolver uma compreensão maior sobre seu sujeito de cuidados. Ferramentas como cantar, brincar ou contar histórias podem facilitar esse lidar com a criança, pois ao mesmo tempo que abrem um leque de possibilidades de comunicação com a mesma, trazem, também, uma maior leveza em um ambiente marcado, muitas vezes, por dor, incertezas, sofrimento e perdas.

Cabe ressaltar que através das entrevistas, verificamos, também, a existência de profissionais que não valorizam ou não conseguem enxergar importância nesse apoio. Isso faz com que exista, em parte, uma desvalorização dos profissionais que usam esses recursos. Um dos sujeitos entrevistados vivenciou uma situação onde ouviu a seguinte frase: *“ela faz isso pra não ficar maluca né, porque imagina cuidar todos os dias dessas crianças que não se comunicam”*. Essa referência foi feita em relação a outro profissional que, durante o atendimento, conversava com a criança mesmo que não fosse possível verificar uma resposta tradicional de comunicação. Consideramos que esta situação pode caracterizar o valor que esse profissional herda ao tratar uma criança cronicamente adoecida, existindo por consequência uma desvalorização daquele que trata alguém que já é possuidor de um menor valor.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa pesquisa nos propusemos a apreender os argumentos de fisioterapeutas que atuam na atenção à criança e ao adolescente crônico. Entendendo que se a formação para o trabalho com crianças carece de valorização, a prática ganha em desafios quando enfrenta um ambiente onde predomina o perfil crônico e complexo das crianças.

Para isso, precisamos acessar as lógicas que sustentam as escolhas por trabalhar com essa população e as prioridades atribuídas a mesma na sua visibilidade na rede de atenção à saúde. Assim, foi possível compreender os desafios para a atenção ao segmento de crianças crônicas.

Como um desses desafios, destacamos a dificuldade que o profissional apresenta em cuidar de uma criança crônica. Destacando as possíveis frustrações quanto ao resultado de seu trabalho, no despertar de sentimentos relacionados as interações com as crianças e suas histórias pessoais. Nessa direção é de extrema importância desenvolver estratégias de apoios para esses profissionais. Estratégias essas que podem abranger desde mudanças em sua formação, preparando-os com modelos críticos de atuação e com uma visão mais ampla sobre o cuidar de crianças, até um apoio no campo de suas práticas, para que ele possa lidar com seus limites e desencantos.

Em relação ao objetivo geral de explorar as lógicas que sustentam as práticas de cuidado de fisioterapeutas que atuam na atenção à criança e ao adolescente com condições crônicas, conseguimos seguindo o modelo de Toulmin reunir as falas dos entrevistados e categorizá-las conforme os

discursos expostos. Para a interpretação dos dados, a ADC permitiu entender como os sujeitos de pesquisa repetiram algumas ideias e reescreveram outras, sendo influenciados por suas experiências na formação e em suas vidas.

Com relação a forma como o profissional de Fisioterapia construiu sua opção por trabalhar com essa população, consideramos que apesar de existirem profissionais que não escolheram trabalhar com essa clientela como primeira opção, podemos destacar que a maior parte destes optou pelo atendimento pediátrico desde o início de suas carreiras. Para isso procuraram em sua formação uma maior especialização para atender essas crianças.

Ao objetivarmos explorar os argumentos sobre como o fisioterapeuta compreende a prioridade atribuída a esta população na rede e sua visibilidade, conseguimos perceber que esses profissionais compreendem ser necessário acolhimento dessas crianças e de sua família. Parte dos profissionais acredita que essas crianças, ainda são vistas como detentoras de um valor menor para a sociedade. Porém, talvez por estarem em um hospital especializado no atendimento deste público, eles destacam que por sua conta não consideram essas crianças como menos importantes, declaram, pelo contrário, que são sujeitos merecedores de mais atenção ainda e que para eles são extremamente importantes.

Na procura por sistematizar a partir das lógicas argumentativas dos fisioterapeutas os desafios para a atenção ao segmento de crianças crônicas, consideramos importante incluir na agenda que visa um melhor atendimento a esse público, uma atenção à formação dos profissionais sobre como lidar com suas dificuldades neste tipo de atendimento; a necessidade de várias

especialidades atuarem de forma multidisciplinar objetivando a troca de conhecimento e a integralidade do atendimento.

Compreendemos que para lidar com a criança cronicamente adoecida, os fisioterapeutas lançam mão de apoios, sejam os apoios baseados na ciência (tecnologia dura e tecnologia leve-dura) ou aqueles do universo das relações (tecnologia leve) que permitem interação, compreensão, acolhimento. Nesse tipo de apoio vimos que a família muitas vezes é usada para acessar a criança, entender suas demandas e auxiliar no tratamento.

Como achado apontamos que tivemos acesso a falas que podem ser referidas como resultados de disputas de poder que objetivam ter primazia sobre a atuação com crianças que se revelam crônicas e complexas. Nesse contexto o fisioterapeuta procura se afirmar através de seu conhecimento e da aproximação com outras categorias profissionais.

Nessa realidade o hospital ainda é visto como lugar pertencente à Medicina e a Enfermagem, sendo que as outras categorias seriam consideradas como um algo a mais não essencial.

No entanto, salientamos que apesar de tradicionalmente o hospital ter sido pensado como espaço exclusivo para ação da biomedicina (Soares, Kenneth), representada por médicos e enfermeiros, compreendemos que existe um cenário em formação, onde novas tecnologias em saúde e o conhecimento de outras categorias, como a Fisioterapia, precisa ser reconhecida como essencial.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
2. Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.
3. Canesqui AM. Adoecimentos de Longa Duração: análise da literatura brasileira em seis periódicos de Saúde Coletiva/Saúde Pública. Adoecimentos e Sofrimentos de Longa duração. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2013; 1: 27-67.
4. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. Ciênc. Saúde Coletiva, 2010. Rio de Janeiro; 15 (2): 321-327.
5. Moreira MCN, Gomes R, Sá MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Ciênc. Saúde Coletiva, 2014; 19(7): 2083-2094.
6. Moreira MCN; Moura EC de; Gomes R.; Menezes LA de; Sá MRC; Correia RF *et al.* Diagnóstico das condições crônicas em pediatria no Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz: retrato da morbidade hospitalar e linhas de cuidados. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.
7. Gomes MASM. Saúde da Criança e do Adolescente no Brasil: realidade e desafios. Residência Pediátrica. 2011; 1 (Supl. 1): 35-37.
8. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry J G, Bhagat SK, Simon TD, Srivastava R. Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives. *Pediatrics*. 2011; 127 (3): 529–538.
9. Castro EK, Piccinini CA. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. Estudos de Psicologia. 2004; 9 (1): 89-99.

10. SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JR., K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2007;11(21): 65-78.
11. Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Gomes MASM. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? *Physis.* 2012; 22(1):199-214.
12. Sá MRC, Gomes R. A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(51): 709-722
13. Spake EF. Perspectives on Pediatric Physical Therapy Education. *Pediatric Physical Therapy*, 2014; 26(1): 2-6.
14. Schreiber J, Goodgold S, Moerchen VA, Remec N, Aaron C, Kreger A. A description of professional pediatric physical therapy education. *Pediatr Phys Ther.* 2011; 23:201–204.
15. Guedes MJP, Alves NB, Wyszomirska RMAF. Ensino e práticas da fisioterapia aplicada à criança na formação do fisioterapeuta. *Fisioter. Mov.* 2013; 26( 2 ): 291-305.
16. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União.* Brasília, 4 de março de 2002, seção 1, p. 11. Acesso em 01 de abril de 2015.
17. BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. RESOLUÇÃO COFFITO nº. 377, de 11 de junho de 2010. Dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia e dá outras providências. (DOU nº. 133, Seção 1, em 14/7/2010, páginas 921/923).
18. Veyne P. O Império Romano. In: ARIÈS & DUBY. *História da Vida Privada.* 1ª edição. São Paulo: Cia das Letras, 2009; 1: 11-211.
19. Ariès P. *História social da criança e da família.* Trad. Dora Flaksman. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

20. Moreira MCN. E quando a doença crônica é das crianças e adolescentes? Contribuições sobre o artesanato de pesquisas sob a perspectiva da sociologia da infância e da juventude. In: *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Fortaleza: UECE, 2015.
21. Moreira MCN, Cunha CC, Mello AS. Conversando Sobre As Crianças e Os Adolescentes Com Condições Crônicas Complexas Na Atenção Primária: A Atenção Domiciliar Gerando Interfaces Entre As Especialidades E O Cuidado No Domicílio. In: Issantos, Arabello; Rgoldstein (Orgs). *(Re)Conhecendo Manguinhos: Algumas Experiências Exitosas De Pesquisas E Gestão Em Saúde No Território*. São Paulo: Hucitec, 2016. No Prelo.
22. Corsaro WA. *Sociologia da Infância*. 2ª edição. São Paulo: Artmed, 2011.
23. Herzlich C. Saúde e doença no início do século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *Physis*, 2004; 14 (2): 383-394.
24. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 1982; 4 (2): 167-182.
25. Moreira MCN, Souza W, Corsaro WA. *Sociologia da infância*. Porto Alegre: Artmed; 2011. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20( 1 ): 299-300.
26. Castro BM. A visão de crianças e adolescentes cronicamente adoecidos sobre o que é saúde. Monografia de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.
27. Williams B, Corlett J, Dowell JS, Coyle J, Mukhopadhyay S. "I've Never Not Had it So I Don't Really Know What it's Like Not to": Nondifference and Biographical Disruption Among Children and Young People With Cystic Fibrosis. *Qualitative Health Research*, 2009; 19 (10): 1443–1455.
28. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
29. Donzelot J. *A Polícia das Famílias: tradução de MT da Costa Albuquerque*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, (1986).

30. Sanglard G, Ferreira LO. Médicos e Filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia hist.*, 2010; 26 (44): 437-459.
31. Gondra J, Garcia I. A arte de endurecer "miolos moles e cérebros brandos": a racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. *Rev. Bras. Educ.*, Ago 2004; 26: 69-84.
32. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Graal; 1999.
33. Pereira JS. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
34. Goffman E. Estigma – notas sobre a deterioração da identidade deteriorada. 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
35. Moreira MCN, Souza WS. Uma cartografia dos dispositivos institucionais de humanização da atenção à saúde da criança e do adolescente em ambientes hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde. [Relatório de pesquisa CNPQ]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
36. Santos RA. A construção da resiliência pelos trabalhadores de enfermagem na atenção a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
37. Fontanella BJB, Ricas, J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24 (1):17-27.
38. Minayo MCS. A ação humana como determinante para a efetividade dos tratamentos de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2011; 16 (7): 3030-3030
39. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39 (3): 507-514.
40. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

41. Bauer MW, Gaskell G. (Orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 11ª edição. Petrópolis: Vozes, 2013.
42. Toulmin SE. Os usos do argumento. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
43. Foucault M. A arqueologia do saber. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
44. Fairclough, N. Discurso e mudança social. 1ª edição. Brasília: UNB, 2001.
45. Bourdieu P. O Poder Simbólico. Tradução de Fernando Tomaz. 2ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
46. Resende VM, Ramalho V. Análise de discurso crítica. 1ª edição. São Paulo: Contexto, 2009.
47. Foucault M. A ordem do Discurso. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5ª edição. São Paulo: Loyola, 1999.
48. Foucault M. Vigiar e Punir. Tradução de Raquel Ramalhete. 42ª edição. Petrópolis: Vozes, 2014.
49. Feudtner C., Hays R., Haynes G., Geyer R., Neff J., Koepsell T. Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. *Pediatrics*. 2001;107(6): E99.
50. Sá MRC. A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança em um ambiente hospitalar [tese de doutorado]. Instituto Fernandes Figueira: Rio de Janeiro; 2013.
51. Sá MRC. Relato Oral de Monika Muller: Homenagem Pública no IFF/Fiocruz. s/d.
52. Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
53. Velho G. O antropólogo pesquisando em sua cidade: sobre conhecimento e heresia. O desafio da cidade. Novas perspectivas da Antropologia Brasileira. Rio de Janeiro: Campus. 1980.

54. Goffman E. Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face. Tradução Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. 1ª edição. Petrópolis: Vozes, 2011. 255p.
55. Moreira MCN, Gomes R. O cuidado à criança hospitalizada: interações simbólicas entre as dimensões profissional e leiga. *DIVERSITATES International Journal*: Vol. 07, N. 01 – julho (2015) – Revista de saúde coletiva e bioética Universidade Federal Fluminense – Brasil, p. 40-53.
56. Helena HNB. Introdução à Análise do Discurso, Campinas, SP: Editora da Unicamp, Ed. 2006.
57. Barros DLP. Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. IN: Brait, B (Org). Bakhtin: dialogismo e construção de sentido. Campinas, SP: Unicamp, 2011, p. 25-36.
58. Costa MTF, Gomes MA, Pinto, M. Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16: (10): 4147-4159.
59. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciênc Saúde*. 2009;16(3):655-68.
60. Ribeiro IL, Medeiros Júnior A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016;14(1):33-53.
61. Brasil. COFFITO. Resolução nº 402 de 03 de agosto de 2011 Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. Artigo 4 inciso XIV.
62. Martins, JA. Parecer 010/2013: Atuação do fisioterapeuta na ventilação mecânica. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2013; 4(2): 73-76.
63. Coelho, E. As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro: 1822-1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.
64. Vargas, Hustana M. “Sem perder a majestade: ‘profissões imperiais’ no Brasil”, *Estudos de Sociologia*. 2010; 15 (28): 107-124.
65. Da Silva, EM, Moreira, MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(10): 3033-3042.
66. Ghisleni AP. A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva [tese de doutorado]. 2010.

67. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Material de Apoio, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

68. Rizzini I, Barker G, Cassaniga N. Criança não é risco, é oportunidade: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: EDUSU, 2000.

69. Merhy EE. "O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde." BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER–SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde. 2004: 108-137.

70. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012; 6 (2): 151-163

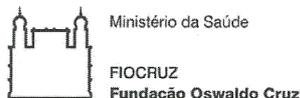
71. Mitre R.. Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente doecida e hospitalizada e o brincar. Dissertação de Mestrado, Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

72. Santos RA, Moreira MC. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(12):4869-78.

73. Luz KR, Vargas MA, Barlem EL, Schmitt PH, Ramos FR, Meirelles BH. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016; 69 (1):67-71.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução CNS 466/12)

**Título da Pesquisa:** Argumentos de Fisioterapeutas sobre a sua atuação na atenção à saúde das Crianças e Adolescentes com Condições Crônicas.

**Pesquisador Responsável:** Martha Cristina Nunes Moreira

**Contato:** Av. Rui Barbosa 716 / 2º andar, Sala dos Professores. Flamengo. CEP 22250-020 - Rio de Janeiro, RJ. Tel: (21) 25541795 Ramal: 5420 Fax: (21) 5984712

**Instituição:** Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz

Você está convidado a participar de uma entrevista para a pesquisa: **Argumentos de Fisioterapeutas sobre a sua atuação na atenção à saúde das Crianças e Adolescentes com Condições Crônicas.**

Seu **objetivo** é explorar as lógicas que sustentam as práticas de cuidado de fisioterapeutas que atuam na atenção à criança e ao adolescente com condições crônicas.

**A entrevista não tem por objetivo expor você.** A entrevista será gravada apenas em áudio e o conteúdo deste será transcrito e depois analisado sem sua identificação. Faremos observações que vão ser registradas em um diário de campo que depois ajudará nos dados da pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao tratamento da criança e/ou adolescente que você cuida e tem responsabilidade. Esse material ficará sob a guarda dos pesquisadores coordenadores durante 5 anos e depois será inutilizado. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para se retirar da entrevista a qualquer momento, inclusive ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi falado. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da Entrevista, assim como a qualquer momento durante a discussão.

**Sua identificação será mantida como informação confidencial.** Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa.

**Previsão de riscos ou desconfortos:** Estarei lhe fazendo perguntas que vão fazer com que você tenha que se recordar de situações que a princípio você não esperava. Mas essas perguntas estão referidas a sua história de cuidado com a criança sob sua responsabilidade, e se por acaso isso lhe causar algum desconforto, a equipe de pesquisa tem condições de lhe indicar um apoio, ou sugerir que sua entrevista seja interrompida.

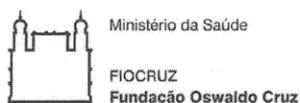
TCLE versão 1

Rubrica entrevistado

Rubrica pesquisador

APROVADO  
 VALIDADE: 2  
 INÍCIO 01.05.2015 FIM 30.09.2015  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ  
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491  
 Email: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br)

*one*  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ



**Custos para a participação na pesquisa:** você não terá qualquer custo para participar deste estudo, nem está prevista nenhuma forma de remuneração para estas ações.

**Indenização:** é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Comitê de Ética em Pesquisa**

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730 / fax: 2552-8491). Av. Rui Barbosa, 716 – Sala 1 do prédio da Genética - Flamengo, Rio de Janeiro, RJ CEP 22250-020)

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o(a) pesquisador(a). Por favor, rubrique todas as páginas desse termo. O(a) pesquisador(a) responsável também deverá rubricar todas as páginas. Caso concorde em participar, por favor, assine abaixo.

**Aprovação do Sujeito da pesquisa:**

Eu, \_\_\_\_\_

declaro ter ciência dos propósitos da pesquisa e concordo espontaneamente em participar desse estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Contato telefônico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

TCLE versão 1

\_\_\_\_\_ Rubrica entrevistado

\_\_\_\_\_ Rubrica pesquisador

APROVADO  
VALIDADE:  
INÍCIO 01/06/2015 FIM 30/09/2015  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ  
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491  
Email: cepiff@iff.fiocruz.br

\_\_\_\_\_  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

## ANEXOS

## ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Argumentos de Fisioterapeutas sobre a sua atuação na atenção à saúde das Crianças e Adolescentes com Condições Crônicas.

**Pesquisador:** MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44316615.0.0000.5269

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CULTURA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.089.555

**Data da Relatoria:** 28/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

Abordar as condições crônicas de saúde implica em olhar não somente para a epidemiologia de sua distribuição na população, mas incluir o ponto de vista de quem adoece, e no caso do presente projeto de quem trabalha com esse segmento da população. O aumento da prevalência de doenças crônicas complexas na infância demanda estratégias diferenciadas na atenção à criança e na formação e capacitação de profissionais.

Referir a condição crônica como complexa significa não somente compreendê-la a partir das lentes da biomedicina, mas incorporar a complexidade da experiência em suas dimensões sociais, políticas, econômicas e emocionais. Essa redefinição da complexidade como experiencial e referida ao adoecimento crônico parece exigir um enfrentamento por parte das formações e práticas profissionais de atenção à saúde. A pediatria ocupa um

reduzido espaço na formação do fisioterapeuta, o que pode resultar em possíveis ausências sobre as especificidades do trabalho desse profissional no que tange as crianças com condições crônicas. Assim, o objeto da presente pesquisa é a análise e interpretação da lógica dos argumentos de Fisioterapeutas sobre a sua atuação na atenção à saúde das Crianças e Adolescentes com Condições Crônicas.

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS**



Continuação do Parecer: 1.089.555

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Explorar as lógicas que sustentam as práticas de cuidado de fisioterapeutas que atuam na atenção à criança e ao adolescente com condições crônicas.

Objetivo Secundário:

- Identificar argumentos sobre como o profissional de fisioterapia construiu sua opção por trabalhar com essa população;
- Explorar argumentos sobre como o fisioterapeuta compreende a prioridade atribuída a esta população na rede e sua visibilidade;
- Sistematizar a partir das lógicas argumentativas dos fisioterapeutas os desafios para a atenção ao segmento de crianças crônicas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos oferecidos pela pesquisa estarão vinculados à mobilização de narrativas que compõem a memória dos sujeitos entrevistados sobre sua experiência relacionada ao tema. No entanto, como as orientadoras do estudo fazem parte da equipe profissional do Departamento de Pediatria, pode ser discutida a situação com o profissional interessado e sugerido encaminhamento de suporte.

Benefícios: a possibilidade de retorno à memória e a construção de uma narrativa como um fator promotor de reflexão e busca de sentidos para a experiência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto que aborda as condições crônicas de saúde para além das questões epidemiológicas. Sugere estratégias diferenciadas na atenção à criança e ao adolescente junto a formação e capacitação dos profissionais. Redefine a complexidade da condição crônica nas dimensões sociais, políticas, econômicas e emocionais, de modo a questionar a necessidade de uma revisão curricular contundente na área de Fisioterapia, no intuito de melhorar a formação e consequente a prática em Pediatria

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão contemplados

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto bem delineado.

<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716	<b>CEP:</b> 22.250-020
<b>Bairro:</b> FLAMENGO	
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491
	<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 1.089.555

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 01 de Junho de 2015

---

**Assinado por:**  
maria elisabeth lopes moreira  
(Coordenador)

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716  
**Bairro:** FLAMENGO **CEP:** 22.250-020  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br