

Expectativas e concepções sobre a fisioterapia: o ponto de vista da criança com deficiência física e o ponto de vista da família

Tânia Terezinha Scudeller Prevedel
Eduardo José Manzini

Como citar: PREVEDEL, T. T. S.; MANZINI, E. J. Expectativas e concepções sobre a fisioterapia: o ponto de vista da criança com deficiência física e o ponto de vista da família. *In:* MANZINI, E. J.; BRANCATTI, P. R. (org.). **Educação Especial e Estigma: corporeidade, sexualidade e expressão artística.** Marília: Unesp Marília Publicações, 1999. p. 111-130. DOI: <https://10.36311/1999.978-85-86738-07-7.p111-130>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

EXPECTATIVAS E CONCEPÇÕES SOBRE A FISIOTERAPIA: O PONTO DE VISTA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E O PONTO DE VISTA DA FAMÍLIA¹

Tânia Terezinha Scudeller PREVEDEL²

Eduardo José MANZINI³

Atualmente é possível notar o surgimento das mais variadas especializações no campo da fisioterapia e demais profissões da área da saúde. Esse fato é positivo, por um lado, pois amplia o conhecimento do profissional em determinadas áreas mas, por outro, pode fazer com que a especificidade seja tanta que acabe por excluir a percepção do próprio indivíduo e da família frente ao tratamento, ou seja, as reações, os sentimentos, as angústias e desejos.

Segundo Vash (1988), quando a deficiência ocorre a família inteira começa uma batalha adaptativa para recuperar o equilíbrio. Esse processo de reabilitação do paciente pode ser facilitado ou dificultado pelas atitudes ou comportamentos da família.

Acreditamos que o fisioterapeuta poderia ter papel determinante nesse aspecto, pois sendo este um profissional que mantém um contato quase que diário com o paciente e sua família poderia muito contribuir para o ajustamento familiar.

Marinho (1995) ressalta a importância do fisioterapeuta não se limitar à simples execução de uma técnica. Deve, antes, fazer uso consciente e apropriado desta técnica, associando-a a uma visão totalizante do ser humano.

Almeida (1997) alega que se o fisioterapeuta não tiver consciência da importância de ações educativas (informar/orientar) na atuação na área da

¹ Trabalho final apresentado no Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Marília - Unesp/Capes/Proesp, 1997/1998. Agradecemos as sugestões da Professora Lígia Maria Presumido Braccioli, do Depto de Educação Especial da Unesp - Campus de Marília.

² Fisioterapeuta e ex-aluna do Curso de Especialização em Educação Especial.

³ Departamento de Educação Especial - Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp - Campus de Marília, orientador da pesquisa.

saúde, sua postura será apenas técnica, mesmo tendo todas as condições de trabalho favoráveis.

Acreditamos que para orientar e informar, o primeiro passo a ser seguido seria escutar, saber o que a família e a criança entendem por fisioterapia, o que esperam do tratamento, o que lhes seria prioridade nesse tratamento, para, então, assumir a postura educativa com a criança e seus familiares.

Segundo Marinho (1995), escutar é um aspecto relevante na relação terapeuta-paciente na fisioterapia.

Nesse sentido, delineamos o presente estudo cujo objetivo é identificar a concepção e as expectativas que família e criança com deficiência física têm sobre o tratamento de fisioterapia.

Desenvolvimento do estudo

Participaram dessa pesquisa sete crianças com deficiência física, com idade entre sete e 12 anos, que estavam recebendo tratamento fisioterapêutico e seus respectivos pais e/ou responsáveis.

No quadro a seguir apresentamos as características das crianças.

Quadro 1- Características das crianças participantes da pesquisa

Crianças	Sexo	Idade (anos)	Tempo de fisioterapia	Diagnóstico	Escolaridade (série)
C1	F	10	1	Retardo no desenv. Neuro-psico-motor	1ª
C2	M	11	4	Retardo no desenv. Neuro-psico-motor	3ª
C3	M	8	6	Paralisia Cerebral	3ª
C4	M	7	5	Paralisia Cerebral	1ª
C5	F	10	10	Mielomeningocele	4ª
C6	F	11	11	Paralisia Cerebral	Pré-primário
C7	M	9	2	Retardo no desenv. Neuro-psico-motor	1ª

Observando o Quadro 1 podemos verificar que as crianças tinham idade entre sete e 11 anos, sendo que quatro delas pertenciam ao sexo masculino e três ao sexo feminino. Todas as crianças estavam em tratamento fisioterapêutico

e o tempo desse tratamento variava de um a 11 anos. Três dessas crianças apresentaram como diagnóstico paralisia cerebral, outras três retardo no desenvolvimento neuro-psico-motor e uma mielomeningocele. Quanto à escolaridade, uma dessas crianças cursava o pré-primário em classe especial, outras três cursavam a 1ª série, duas a 3ª série, e uma cursava a 4ª série.

No quadro a seguir apresentamos as características dos pais e/ou responsáveis:

Quadro 2- Características dos pais e/ou responsáveis

Responsável	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Grau de parentesco
R1	M	32	1º grau incompleto	Pai
R2	F	50	1º grau incompleto	Mãe
R3	F	63	1º grau incompleto	Avó
R4	M	36	1º grau incompleto	Pai
R5	F	33	2º grau incompleto	Mãe
R6	F	43	3º grau completo	Mãe
R7	F	43	1º grau incompleto	Mãe

No Quadro 2 podemos observar que os responsáveis tinham idade entre 32 a 63 anos. Dois deles pertenciam ao sexo masculino e cinco ao feminino, sendo que dois eram pais, quatro eram mães e uma era avó. Quanto à escolaridade, cinco dos responsáveis não haviam concluído o 1º Grau, um apresentava o 2º Grau incompleto e apenas um responsável havia concluído o 3º Grau. Cabe salientar que R1 é o responsável de C1, R2 de C2, e assim respectivamente.

As crianças foram identificadas e selecionadas em instituições que prestam atendimento a crianças com dificuldades motoras em uma cidade da região oeste do Estado de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. Foram elaborados, previamente, dois roteiros. O primeiro continha 11 perguntas destinadas aos responsáveis pelas crianças. Essas perguntas investigavam sobre a patologia da criança, as orientações recebidas sobre fisioterapia, o andamento do tratamento, e as expectativas em relação a ele. O segundo roteiro, com sete perguntas, era destinado às crianças. Tinha o objetivo de investigar sobre a concepção da criança em relação ao tratamento, a sua avaliação pessoal em relação a ele, e orientações recebidas sobre a fisioterapia.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, sendo que o tempo de gravação foi em média de trinta minutos para os participantes adultos e 15 minutos para as crianças.

As entrevistas destinadas às crianças foram realizadas na presença de seus pais e/ou responsáveis com exceção da criança C5.

Das 14 entrevistas realizadas, sete foram feitas nas instituições onde a criança recebia tratamento de fisioterapia e as demais realizadas nos lares dos participantes.

As interações verbais das entrevistas foram transcritas. Utilizando-se das transcrições das entrevistas, buscou-se identificar verbalizações que fossem significativas para o objetivo desse trabalho. Essas verbalizações foram agrupadas em temas e subtemas.

Análise das entrevistas realizadas com os pais ou responsáveis

Ao analisar as informações dadas pelos pais ou responsáveis pudemos identificar cinco temas:

- 1) *Patologia*: Características da patologia da criança, instalação;
- 2) *Tratamento fisioterapêutico*: Início; grau de importância; informações dadas pelo fisioterapeuta (no início e atualmente); melhoras após o início do tratamento; interrupção do tratamento (motivo, conseqüências da interrupção); desmotivação em relação ao tratamento;
- 3) *Perspectivas em relação ao tratamento*;
- 4) *Prioridade no tratamento*;
- 5) *Opinião em relação ao tempo de tratamento*;

Sobre as *características da patologia da criança* a maioria dos participantes relacionou as dificuldades e incapacidades de seus filhos a uma desordem motora. Isso nos sugere que esses participantes fizeram uma relação, consciente ou não, dessas incapacidades com o tratamento fisioterapêutico. Apenas dois dos responsáveis mostraram conhecer o diagnóstico preciso de seus filhos (*Mielomeningocele*, R5; *Paralisia cerebral*, R6).

Os participantes R1 e R7 verbalizaram somente sobre fatores emocionais e psicológicos de seus filhos, incluindo relatos sobre o comportamento destes na escola:

Ah, o problema dela é assim... ela é um pouco nervosa. [...] Assim que ela não... ia para a escola e não desenvolvia na escola. (R1)

Então, a gente só veio perceber quando ele foi para a escola. Que aí ele não se misturava com as outras crianças. Era sempre atrasado, ele não brincava. (R7)

Essas verbalizações indicam que as dificuldades dos filhos foram percebidas pelos pais tardiamente, quando na manifestação em situação escolar. Essas verbalizações são consistentes ao compararmos a idade das crianças (C1 com dez anos e C7 com nove anos) com o tempo de fisioterapia (C1 com um ano e C7 com dois anos), ou seja, as crianças iniciaram o tratamento de fisioterapia há pouco tempo, coincidindo com a idade escolar. Baseando-nos nesses relatos podemos indagar: Os pais tiveram acesso a informações sobre o atraso neuro-psico-motor dos filhos? Se tiveram, essas informações foram motivadoras e esclarecedoras o suficiente para a procura de atendimento?.

Verificando a época de *instalação* do quadro clínico constata-se que, para a maioria dos sujeitos, o momento da instalação se deu após o nascimento. O participante R7 relatou que o ocorrido deu-se quando sua criança estava no seu 3º ano de vida:

Então, ele com 3 aninhos, ele deu uma convulsão, assim de febre alta. [...] ...então a gente acha que pode ser assim, d'ele ser hoje assim. Pode ser, afetado da convulsão. (R7).

Somente R1 não soube ser mais específico quanto à época da instalação, verbalizando apenas que a criança apresentava dificuldade *desde pequena*. Cabe salientar que R1 é o pai de C1 com dez anos de idade, diagnosticada com retardo neuro-psico-motor e que se encontra em atendimento fisioterapêutico há um ano.

Sobre a classe *início do tratamento fisioterapêutico*, dos sete participantes, dois foram os que mais precocemente iniciaram tratamento para seus filhos:

...ela teve que fazer uma cirurgia recém-nascida. É ela ficou...,ela fez duas cirurgias. Ela ficou um mês internada, aí ela saindo, era época de festa , final de ano, aí quando começou Janeiro, ela começou fazer a terapia, a fisioterapia. (R5)

... quando eu levei ela no S. ela já estava com três meses. Eu comecei aqui em P. mesmo, foi orientação de uma clínica, acho que S.N....e eles fizeram orientação por escrito e eu fazia em casa. Me orientavam bem, e ela era nenezinha, era fácil de trabalhar, inclusive o rolo eu fazia com toalha. (R6)

Esses relatos demonstram a identificação precoce da deficiência, sendo C5 portadora de mielomeningocele e C6 portadora de paralisia cerebral. Quadros clínicos bem definidos.

Três dos responsáveis deram início ao tratamento quando suas crianças estavam com um ou dois anos de idade. A percepção de que algo estava errado demandou um maior tempo.

Quando ele tinha um ano mais ou menos, que ele já não levantava a cabeça....nada. (R2)

Já o participante R4, relatou ter percebido alguma diferença em seu filho, mas que não houve, para ele, uma conduta médica apropriada para o caso. O tratamento fisioterapêutico teve início após a troca de médico, quando a criança já estava com dois anos de idade:

Até antes a gente via uma falta de movimento, digamos assim, nas pernas; não tinha aquela reação... [...] Aí nós resolvemos partir para outro médico... [...] ...pediu umas chapas dele, tomografia... [...] E passou a fisioterapia. (R4)

Sobre o grau de importância dada ao tratamento todos os sujeitos alegaram ser importante o tratamento, fundamentando seus relatos no fato de que o desenvolvimento observado em suas crianças não seria possível sem a intervenção fisioterápica. Outros até elucidam que sem o tratamento poderia ocorrer uma estagnação no desenvolvimento já obtido, e até uma piora do quadro. O que nos leva a inferir que esses pais têm a concepção de que a fisioterapia é a responsável pelo desenvolvimento obtido em suas crianças, e também na manutenção deste, visto que a interrupção deste tratamento poderia resultar no

aparecimento de deformidades. Selecionamos um dos relatos para exemplificar nossas pontuações:

Eu acho que se não fizer vai endurecendo cada vez mais os nervos (R3).

Sobre as *informações dadas pelo fisioterapeuta no início do tratamento*, dois responsáveis afirmaram não receber orientações, cinco afirmaram terem recebido essas informações, e dentre esses dois citaram exemplos de como foram orientados:

(a orientação veio de um) fisioterapeuta e uma pedagoga. Eles me orientaram direitinho, passaram por escrito e eu fazia em casa. [...] Inclusive as orientações eram todas ilustradas, porque...eu ia embora e fazia em casa e voltava periodicamente. [...] Me punham para fazer os exercícios, uma coisa que eu achei muito importante. Ensinar a mãe! Porque a criança está muito mais tempo com a mãe. (R6)

Então o fisioterapeuta... ele disse que era mais para falar, para ajudar na fala e o pulmão dele. (R7)

Sobre o fato de receber orientação *atualmente*, dois responsáveis indicam não receber informação e seis afirmaram recebê-las.

Informações e orientações são duas ferramentas que o fisioterapeuta não deve esquecer de utilizar em seu desempenho profissional. Orientar o paciente e sua família implica em melhores êxitos no(s) objetivo(s) da terapia, pois segundo Vash (1988), quando a deficiência ocorre, a família inteira começa uma batalha para adaptar-se com a nova situação e recuperar o equilíbrio. Essa mesma autora faz ainda uma crítica aos profissionais da reabilitação:

... assim como os profissionais de reabilitação criticamos especialistas médicos por focalizar os objetos de sua especialidade (ossos, nervos, vários órgãos) com exclusão da 'pessoa como um todo', também eles próprios tendem a focalizar o 'paciente' com exclusão da família da qual ele é parte. (Vash, 1988, p. 66)

Podemos notar essa *exclusão* tratada pelo autor observando a verbalização de um de nossos participantes:

Não. Eles levam ele lá para dentro, para cuidar dele lá, eu saio. Depois pego ele e vou embora. (R3)

O papel dos pais das crianças e de outros responsáveis é crucial para o trabalho de reabilitação da criança (Meyerhof, 1998, p.14).

A fisioterapia não deve ser entendida apenas como os quarenta minutos de sessão, mas também na extensão dela, através da manutenção do tratamento na atividade de vida diária (AVD) da criança.

Meyerhof (1998) sugere ainda que as sessões de tratamento sejam realizadas na presença da mãe, pai, ou responsáveis, momento no qual o terapeuta deverá explicar *o que* está fazendo feito e *o porquê* disso. O terapeuta ensinará aos pais o que eles podem continuar a fazer fora da sessão de terapia (posicionamento, manipulação, brincadeiras, comer, beber). A autora relata que esse trabalho é *essencial* para a criança atingir seu potencial completo. Percebemos que esse tipo de trabalho foi realizado com um de nossos participantes:

... Inclusive as orientações eram todas ilustradas... [...] Me punham para fazer os exercícios, uma coisa que eu achei muito importante. Ensinar a mãe! Porque a criança está muito mais tempo com a mãe. (R6)

Quanto a *melhora após o início do tratamento*, dos sete responsáveis, dois relataram não terem percebido mudanças. Um desses pais identifica que o estado emocional dificultava fazer observações mais precisas:

[...] No começo eu não percebia muito não. É que a gente andava muito nervosa, querendo que sarasse logo... aquela ansiedade, então... Não... não via muita melhora. (R5)

Já os demais, afirmaram terem notado melhora em suas crianças. Um deles citou mudanças de ordem pedagógica e os outros três de ordem motora:

Melhorou em..., ó, não andava, hoje já anda, brinca..., tem, como se diz..., não tem medo de fazer as coisas, igual antes...,ficar em pé. Hoje não, se deixar, ele sobe escada, desce escada. É que a gente tem um certo cuidado, porque senão ele sobe em cima da casa e pula. [...] Mas em tudo, em todos os aspectos ele melhorou. (R4)

Sobre a *interrupção do tratamento* constatou-se nos relatos que dois dos participantes interromperam o tratamento, um por um período de seis anos

(R2) e outro por um período de um ano (R7). Os demais relataram interrupções feitas apenas em curtos espaços de tempo.

Foi , com três anos de idade, ele parou , aí ele foi para escola, a professora achou que ele tinha que voltar na clínica. Aí ele voltou com nove anos. (R2)

...aqui ó, 25 de Agosto de 97 foi a última vez, foi o último dia que ele foi. Agora era retorno no dia seis de Janeiro de 98, aí ele não retornou.(R7) (o retorno se deu em agosto de 98).

Sobre o *motivo da interrupção* identificamos que eles são diversificados como: troca do profissional de fisioterapia resultando em desordens emocionais na criança, dificuldade em levar a criança ao tratamento, cirurgia, e período de férias. Exemplos de verbalizações:

Então, ele parou porque a M.A., naquela época ainda era a M.A.E aí ela ia entrar de férias que ela ia ganhar nenê. E entrou outra pessoa. E ele já não queria ir mais. Dava ânsia nele, acho que nervoso. Então eu mesmo tirei. (R2)

Então, devido que a gente não dava para levar ele. (R7)

Sobre as *conseqüências na interrupção do tratamento*, um responsável relatou não ter observado nenhuma conseqüência. Outros relataram ter havido uma diminuição no condicionamento físico obtido por meio do tratamento e um verbalizou ter percebido um início de *deformação física*.

Não nenhuma. (R2)

É, quando ele volta, ele sente um pouco. Porque ele está ali acostumado todos..., cada dia sim, dia não, no tratamento, então ele fica sem fazer o tratamento parece que... quando volta começa a repuxar, digamos assim, os nervos; fazer fisioterapia ele sente sim. (R4).

Então ele parou com o tratamento, agora você vê, já começou uma deformação. [...] É que parou . (R7)

Importante lembrar que nosso participante R2 relatou que seu filho teve interrompido o tratamento por seis anos e que, apesar desse longo período, negou existir alguma conseqüência dessa interrupção para a criança.

Segundo Kottker (1994) se o paciente deixar o programa de reabilitação precipitadamente, ele retorna a um ambiente que não o estimula a um desenvolvimento normal ou, ao menos, próximo a ele. Apesar de tecnicamente isso geralmente ocorrer, cabe lembrar que as situações adversas, tais como desemprego, situações emergenciais como nascimento de outros filhos, desestabilidade financeira, problemas com transporte, tem contribuído para interrupções no processo de terapia.

Sobre o tema *desmotivação em relação ao tratamento* notamos que quatro responsáveis negaram terem experimentado uma desmotivação em relação à fisioterapia. Dois verbalizaram sentimentos de cansaço. Somente um relatou ter sentido certo desânimo e até vontade de interromper o tratamento, mas que essa interrupção não passou da vontade.

Tinha vez que eu ia indo lá para a A. e dizia 'Ah, acho que não vou mais lá não'. Eu falei, 'eu não vou mais lá porque eu estou cansada, não agüento. (R3)

Não. Cansar, a gente cansa. Que, como eu acabei de falar isso, de trabalhar a noite, não deixa eu trabalhar em casa durante o dia, fazer algum serviço. Ele é... o... é três vezes na semana, Segunda, Quarta e Sexta, então tem hora que você está bem cansado mas..., nunca pensei em desistir. (R4)

Chega uma época que fica. Ainda mais no começo que você acha que não está tendo melhora. Aí você fica desanimada, pensa em parar. Mas aí você começa a pensar mais na criança, que ela depende de você. Então você tem que ter essa força de não parar. Aí depois passa. (R5)

Percebemos nesses relatos que a rotina fisioterapêutica é cansativa por necessitar de uma frequência quase que diária e por estender-se (nos casos neurológicos) por um longo período de tempo. Apesar desses responsáveis experimentarem sentimentos de cansaço e desmotivação em relação à rotina da fisioterapia, não desistiram em sua continuidade, pois o bem estar de suas crianças lhe serviram como estímulo.

Quanto ao tema *perspectivas em relação ao tratamento* constatamos nos relatos que a maioria dos pais esperam que o progresso no desenvolvimento de

seus filhos não se estagne e sim que aconteça de forma contínua, culminando numa inclusão mais ativa na sociedade por meio da oportunidade de trabalho.

Eu espero... cada vez ficar melhor , melhorar. (R1)

Eu espero que..., espero que melhore , cada vez mais. [...] Ah, eu gostaria que ele... conseguisse depois ser um homem, trabalhar. (R3)

O que a gente espera é que... ele fique cada vez melhor, e que o amanhã ele... cresça e ... e lute por uma melhora para ele também. (R4)

Olha, eu espero que ela consiga ter uma vida normal. Crescer, estudar como ela tá estudando, ela tá fazendo a 4ª série , consiga se formar e ter uma vida normal igual as outras pessoas. (R5)

Outros dois responsáveis verbalizaram a intenção de obter uma melhora na área pedagógica, por meio do tratamento de fisioterapia:

Então, quando eu pus ele agora, mais por causa de pedagoga. E ele começou a pedagoga com seis meses e parou, teve alta. Então eu queria mais a parte de escola para ele. [...] Você sabe o que acontece, ele entrou fazendo exercício assim, físico , mas na mão ele não está fazendo, de mão que ele precisa muito . [...] Eu espero que ele melhore no exercício de mão. (R2)

Então eu... assim... igual na escola dele ser assim bem lento assim, diz que talvez por ele ter dificuldade para respirar e por causa que ele fica meio aéreo. Então eu gostaria assim que ele melhorasse para ver se ele tinha algum rendimento na escola. (R7)

Nesse tema ainda apenas um responsável relatou esperar do tratamento fisioterapêutico uma maior independência de seu filho em seu autocuidado. Esse responsável nos indica ter uma preocupação maior em observar os limites de seu filho para não exigir dele e do tratamento o que esses não podem lhe oferecer:

Olha, é assim, eu respeito muito o limite dela. Não quero nada além do que ela possa me oferecer, mas o que eu almejo assim no tratamento dela é a independência, é a independência. [...] Eu quero que ele aprenda a

escrever e ler, não me interessa se ela vai ter uma formação, se não vai. Mas o que eu mais... é assim... me preocupo é com a independência mesmo. Ela mesmo poder tirar sua roupa, poder tomar seu banho. (R6)

Esses relatos nos indicam que os pais novamente relacionam o desenvolvimento de seus filhos ao trabalho de fisioterapia, visto que esperam uma evolução do quadro de suas crianças e, conseqüentemente, a possibilidade de integração na sociedade.

No tema *prioridade no tratamento* a maioria dos pais relatou estarem satisfeitos com o trabalho realizado até então, mas esperam que esse tratamento continue a trazer melhorias para suas crianças. Como prioridade novamente são citados: evolução contínua, melhoras no setor pedagógico, aumento da confiança e da independência da criança. Citamos agora alguns exemplos de verbalização:

Ai, não sei. (...) Olha eu acho que o tratamento em si está de acordo, que ela está fazendo agora. Mas assim, o que ela mais precisa é a independência dela. Então ela tem que andar mais, desenvolver mais no andar dela, a confiança nela de andar sozinha. E o que ela gosta muito de fazer e que seria bom para ela é nadar. (R5)

Então, é exatamente a independência. Porque você vê, ela aprendeu a sentar, engatinhar, tudo, com a fisioterapia. Então é isso que é importante, é a independência. Agora ela está aprendendo a subir escada, descer. Então é o que eu espero. (R6)

Um dos responsáveis colocou como prioridade no tratamento a perfeição física de sua criança:

Então, mas... eu achava..., gostaria que ficasse perfeita. Tanto a mão como o pé. (R3)

Sobre o tema *opinião em relação ao tempo de tratamento* somente dois dos pais pareceram ter uma maior consciência de que o tratamento para os casos de deficiência física é mais prolongado:

Eu acho que a fisioterapia dela vai para o resto da vida, viu. É que o problema dela é nas pernas. Então acho que não vai poder parar. Você

pode parar assim, não fazer todos os dias, diminuir, mas sempre tem que fazer algum tratamento. (R5)

Ah, eu acho que para o resto da vida, porque além de eu ter sido orientada nesse sentido, a gente vê que a mãe tira, ela desanima e tira a criança, a criança começa a perder aquilo que já ganhou. (R6)

Importante lembrar que esses são os responsáveis que mais receberam informações e orientações no decorrer do tratamento de seus filhos e que fazem fisioterapia desde o nascimento. Esse fato parece resultar em pais mais ativos, mais participantes e com uma concepção mais condizente com a realidade da criança e do tratamento.

Dois dos responsáveis indicaram que a fisioterapia deve demorar mais um ano. Um dos responsáveis não conseguiu prever o tempo de alta.

Aí, mais ou menos... acho uns...ela está com nove anos, mais um ano eu acho que já está bem... (R1)

Eu pensei é..., no começo eu pensei que era coisa de seis meses, um ano, digamos assim. E hoje nós vamos aí para cinco anos e pouco caminhando com vocês, digamos assim... E até hoje a médica nunca falou nada... (R4)

Então, ele fez um ano e já melhorou bem. Eu acho que com mais um ano...já... ajudaria bem. (R7)

Convém salientar que os filhos de R1 e R7 tem diagnóstico de retardo neuro-pisico-motor e que o filho de R4 possui paralisia cerebral.

A seguir apresentaremos as informações obtidas nas entrevistas com as crianças que faziam fisioterapia.

Análise das entrevistas realizadas com as crianças

Ao analisar as informações coletadas com as crianças pudemos identificar quatro temas: 1) O tratamento fisioterapêutico; 2) avaliação pessoal sobre a fisioterapia; 3) opinião sobre o término do tratamento; 4) sugestões para tornar o tratamento mais interessante.

Ao falar sobre o tratamento realizado em fisioterapia pudemos selecionar as informações em subtemas: o que é feito na fisioterapia e porquê; grau de importância; existência de informações dadas pelo fisioterapeuta; desmotivação em relação ao tratamento.

Ao falar sobre *o que é feito na fisioterapia* percebemos que as crianças relacionaram a fisioterapia com: 1) movimento; 2) exercícios; 3) posições; 4) brincadeiras. A seguir apresentamos algumas verbalizações.

Ah, eu faço exercício... eu faço é... eu faço é... mexer as pernas, mexer os braço. [...] Porque eu tenho problema... na cabeça.(C1).

Hum..., exercício abdominal e na perna [...] Hum, eu não sei.(C2).

É..., ele manda eu deitar em cima da bola. [...] Ele mandou eu deitar de barriga para baixo, e... mandou eu esticar a perna e eu estiquei [...] Porque ele manda. (C3).

Jogo bola..., brinco... e bastante terapia. [...] Não sei. (C4)

Ah, ando de cavalo, tudo. Faço cama elástica, faço piscina, ... na bola... faço levanta... bola, tudo.[...] É que eu sou deficiente. [...] Para mim tentar andar. (C5)

Pé, mão.(o que você faz com o corpo?) (C6).

Exercício. Era (que tipo de exercício? Com a boca, com o rosto?) (...) E chutava bola [...] para melhorar [...] pra falar. (C7)

Os relatos indicam que as crianças têm noção de que estão praticando uma terapia corporal. Para C5 a terapia seria necessária pelo fato de possuir uma deficiência.

Cabe salientar que ao apresentarmos as verbalizações do participante C6, fazemos algumas referências entre parênteses, com a intenção de colocar você leitor no contexto dessas verbalizações, visto que o referido participante apresentava dificuldades de comunicação verbal, muitas vezes respondendo por meio de sinais, somente por palavras ou por frases incompletas.

Quanto ao *porque* de estarem sob os cuidados de um fisioterapeuta, apenas três dessas crianças conseguiram responder. Uma relacionou a fisioterapia à sua necessidade neurológica (C1), outra fundamentou seu tratamento estar ligado à sua deficiência física (C5), e a última dessas três crianças verbalizou que esse tipo de tratamento lhe trará uma melhora na articulação da fala (C7).

Quando verbalizaram sobre a *importância* em fazer fisioterapia, apenas uma criança negou a importância da fisioterapia. Outra criança verbalizou que a importância desse tratamento está somente ligada ao afeto que recebia do fisioterapeuta.

Muito (importante). [...] Ah, porque sim. Porque... ele gosta de mim...ele dá... chiclete para mim...só. (C1)

Acho. [...] Para mim andar. (C5)

As demais (cinco) crianças concordaram que o tratamento fisioterapêutico é importante, porém, não descreveram pormenorizadamente o porquê dessa importância. Cabe salientar que dentre essas crianças, três não sabiam o porque de estarem praticando esse tratamento. Levantamos aqui uma dúvida: seria possível considerar algo importante sem ao menos conhecer seu significado? Desse grupo de crianças somente duas deram explicações da importância da fisioterapia, uma indicando que a essa terapia é o caminho que lhe permitirá o *andar*, e a segunda afirmando que a fisioterapia lhe trará melhoras (sem especificar que tipo de melhoras).

É...porque é...é bom fazer fisioterapia. (C3)

Acho. [...] Porque sim. (C4)

É (você acha que é importante vir aqui e fazer fisioterapia?) (C6).

É [...] para melhorar. (C7)

Sobre a *existência de informações dadas pelo fisioterapeuta*, das sete crianças, apenas três afirmaram terem recebido essas informações, sendo que destas somente uma cita exemplos do tipo de informações que recebia. Os demais participantes negaram terem recebido algum tipo de informações. Esses relatos

colocam em evidência que os fisioterapeutas podem estar agindo de forma extremamente técnica com as crianças.

Sim. Para ver se minha perna tem resistência, para mim tentar andar, para tentar fazer as coisas que eu quero, tudo. (C5)

(A tia R. explica para você o que ela vai fazer no seu tratamento?) Sinalizou afirmativamente com a cabeça. (C6)

Ao verbalizarem sobre o tema *desmotivação em relação ao tratamento* três crianças negaram terem experimentado esse tipo de sentimento. Uma criança verbalizou ter sentido um pouco de desmotivação (*mais ou menos* C3), e as três restantes afirmaram terem se sentido desmotivadas no tratamento apresentando vários motivos: 1) longa distância para percorrer até a instituição; 2) monotonia do tratamento; 3) cansaço de estar submetido a esse tipo de tratamento. Importante ressaltar que essas crianças pertencem ao grupo daquelas que não receberam informações a respeito do tratamento e de sua patologia. O que nos sugere que a falta de informações pode estar relacionada com a desmotivação no tratamento. Apresentamos aqui outra reflexão: o fato das crianças conhecerem os objetivos a serem alcançados através do tratamento não lhes serviria de estímulo para ele?

Fiquei. [...] Porque eu estudo no grupo, aí é longe do B.M. (C1)

Fiquei. [...] É que é sempre a mesma coisa e a gente não faz outra coisa lá na clínica. (C2)

Fiquei. [...] Porque cansava. (C7)

Ao realizar uma *avaliação pessoal sobre a fisioterapia* constatamos que das sete crianças apenas uma negou gostar da fisioterapia pelo motivo desse tratamento ser *sempre a mesma coisa* (C2). Uma criança (C1) verbalizou gostar *mais ou menos*. É importante ressaltar que esse mesmo participante no final da entrevista sugeriu a alta do tratamento fisioterapêutico. O que nos leva a crer que essa criança fez uma avaliação negativa da fisioterapia. O mesmo acontece com a criança C3 que afirmou gostar do tratamento, mas que no tema a seguir verbalizou *nunca mais* voltar quando obter uma melhora. Os quatro participantes restantes afirmaram gostar da terapia, sendo que duas dessas crianças

fundamentaram suas afirmações (nos recursos apresentados pela instituição e no propósito de obter independência em sua locomoção [Porque eu quero andar. C5]).

Quanto ao *tema opinião sobre a quantidade de tempo restante no tratamento* duas crianças disseram não saber a respeito e as demais tinham a expectativa de que o fim do tratamento estaria próximo, o que novamente demonstra uma falta de informação a respeito do tratamento, visto que, essa concepção não condiz com o que realmente ocorre nesses casos.

Mais dois dias. (C1)

Um mês. (C2)

Só quando eu tiver uma cura. [...] Quando eu melhorar essa perna eu não venho mais [...] Se eu andar bem assim, aí eu nunca mais venho. (Mas quanto tempo ainda falta pra isso?) Aí eu não sei. (C3).

O fisioterapeuta atuante na área da neurologia alega que dificilmente seus pacientes recebem alta, devido às características da patologia destes onde geralmente o quadro se altera com o desenvolvimento da criança. Quando o fisioterapeuta observa que o quadro evolui ao máximo, este profissional orienta seu paciente em autocuidados e em manutenção, sendo esse fato raro na neurologia, ocorrendo mais com adultos (Almeida, 1996, p.77).

No *tema sugestão para tornar o tratamento mais interessante* uma criança apresentou como sugestão a alta do tratamento. Todas as crianças restantes sugeriram a introdução de atividades lúdicas no tratamento. Além do fator lúdico elas ainda acrescentam: maior dinâmica no tratamento (*exercício novo*, C2) e uso da piscina na terapia.

Dar alta. [...] Ah, que eu fico muito cansada de fazer os exercícios, aí eu paro, aí eu brinco de bola um pouco, aí ele manda eu ir embora. (C1)

...exercício novo..., hum..., é, fazer exercício, brincar com o corpo, assim essas coisas. (C2)

Não sei. [...] Jogar bola. (C4)

Piscina. Pôr mais piscina. (C5)

A aua (a água) (C6).

Jogar bola, jogar vôlei...[...] brincar de carrinho. (C7)

Meyerhof (1998) sugere que o tratamento fisioterapêutico venha acompanhado de atividades lúdicas. Segundo a autora, quando o desenvolvimento motor está atrasado é importante combinar fisioterapia com brincadeiras. Isso também seria válido para a atuação do terapeuta ocupacional e do fonoaudiólogo. Esse atendimento mesclado poderia ser introduzido para crianças pequenas e mesmo para as crianças mais velhas. A autora relata ainda que se a criança normal utiliza a brincadeira na aprendizagem para as atividades funcionais, a criança com deficiência precisa de muito mais. O brincar-terapia poderia fornecer essa aprendizagem a ela.

Conclusão

Os dados do presente estudo permitem concluir que o tratamento fisioterapêutico não deve ser carente de informações para os pais. Somente dois pais conheciam o diagnóstico de seus filhos. Porém, para a maioria dos pais a fisioterapia seria muito importante para o desenvolvimento de seus filhos. Indagamos então, por que não aliar a informação à motivação dos pais para superar as várias barreiras que se interpõem aos tratamentos clínicos causando, muitas vezes, a interrupção dos mesmos?

Pudemos constatar que pais que relataram terem sido orientados, nesse caso a minoria (apenas dois), assumiram uma atitude mais participativa no processo de reabilitação, refletindo esse tipo de atitude nos comportamentos de suas crianças.

Baseando-nos nas verbalizações das crianças podemos concluir, como ponto fundamental, que existe necessidade de criar na fisioterapia formas alternativas para orientar e informar a esses pequenos pacientes sobre a importância do tratamento ao qual estão sendo submetidos. Isso poderá servir de motivação para continuação do tratamento sem interrupções. Escutar o que a

criança tem a dizer, suas concepções, fantasias são fundamentais para direcionar o tratamento. Outra forma de tornar o tratamento importante seria criar meios lúdicos para participação da criança, ou seja, quanto mais ela gostar das sessões de fisioterapia mais importante será a fisioterapia para ela. As crianças do presente estudo indicaram que a inclusão de exercícios novos, piscina, e atividades lúdicas tornariam o tratamento mais interessante.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, A. L. *Análise da prática profissional de fisioterapeutas*. São Carlos, 1997. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal São Carlos.
- KOTTKER, F.J., LEHMAN, J. F. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994.
- MARINHO, P. E. M. Escutar: aspectos relevantes da relação terapeuta-paciente na fisioterapia. *Fisioterapia em movimento* (São Paulo), v.3, n. 2, p. 59-62, 1995.
- MEYERHOF, P. G. Apostila do XXVIII Curso Bobath – Tratamento Neuroevolutivo (do Original Inglês: Notes to Accompany the 8 Week Course in Cerebral Palsy – The Bobath Centre, Londres –1993). São Paulo, 1998.
- VASH, C. *Enfrentando a deficiência: a manutenção, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Edusp, 1988.