

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Efeitos de uma capacitação sobre envolvimento familiar para
estagiários em fisioterapia neuropediátrica**

Lisandrea Rodrigues Menegasso'I gppctq

**São Carlos - SP
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Efeitos de uma capacitação sobre envolvimento familiar para
estagiários em fisioterapia neuropediátrica**

Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Comportamento e Cognição.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham

**São Carlos - SP
Agosto/ 2012**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

M541ec

Menegasso-Gennaro, Lisandrea Rodrigues.

Efeitos de uma capacitação sobre envolvimento familiar para estagiários em fisioterapia neuropediátrica / Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

230 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Psicologia. 2. Relação profissional-família. 3. Fisioterapia. 4. Neuropediatria. 5. Integralidade em saúde. 6. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. I. Título.

CDD: 150 (20^a)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA TESE DE DOUTORADO

Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro

São Carlos, 21/08/2012

Elizabeth Joan Barham

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Denise Castilho Cabrera Santos

Prof.^a Dr.^a Denise Castilho Cabrera Santos
Universidade Metodista de Piracicaba /UNIMEP

Silvia Regina Ricco Lucato Sigolo

Prof.^a Dr.^a Sílvia Regina Ricco Lucato Sigolo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho /UNESP

Ana Lucia Rossito Aiello

Dr.^a Ana Lucia Rossito Aiello
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Maria de Jesus Dutra dos Reis

Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h no dia 21/08/2012.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham
Prof.^a Dr.^a Denise Castilho Cabrera Santos
Prof.^a Dr.^a Sílvia Regina Ricco Lucato Sigolo
Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Rossito Aiello
Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis

Homologada pela CPG-PPGpsi na

Reunião no dia ____ / ____ / ____

Prof.^a Dr.^a Azair Liane Matos do Canto de Souza
Coordenadora do PPGpsi

Para todas as crianças.
Para as bailarinas, pequeninas, que não podem ficar na ponta dos pés.

Agradecimentos

Aos meus pais, Aparecida Mandarini Rodrigues Menegasso e Gilberto Menegasso, por tudo, desde a Rua França.

À minha orientadora, Lisa Barham, pelo incentivo, pelo apoio contínuo, por compartilhar seus saberes, pelo modelo de professora e orientadora que me oferece o tempo todo.

Ao meu marido, Elmer Mateus Gennaro, pelo apoio, motivação, por ter tornado esse período menos difícil, por ter compartilhado comigo a fase de doutoramento.

Ao meu casamento, que compartilhou os anos de doutorado.

Às professoras: Nelci Adriana Cicuto Rocha, Fernanda Pereira dos Santos Silva, Carolina Daniel Lima e Sílvia Letícia Pavão.

À professora Maria da Piedade Rezende da Costa, dos anos de iniciação científica.

À professora Victória Del Barrio Gândara, que me recebeu como pesquisadora visitante em Madri.

Às professoras Ana Lúcia Rossito Aiello e Maria de Jesus Dutra dos Reis, pelas importantes contribuições na graduação e doutorado.

À Universidad Nacional de Educación a Distancia.

À Fundación Carolina, pela bolsa de estágio sanduíche em Madri, Espanha.

Aos amigos Carlos Manoel Leal Leal e Daniela Maria Xavier de Souza, pela amizade e apoio.

À secretária do PPGPsi, Marineia Terezinha Duarte, pela atenção e disposição.

Aos que consideraram minha atividade profissional um obstáculo ao doutorado, porque me desafiando, motivaram a superar as dificuldades encontradas.

Aos professores Almir Del Prette e Zilda Aparecida Pereira Del Prette, pelos preciosos ensinamentos na área de Habilidades Sociais.

À Universidade Federal de São Carlos, por ter proporcionado toda minha formação acadêmica.

Ao Matheus Passoni Menegasso e Miguel Gaona Gennaro, presentes da vida, que chegaram na fase de doutorado.

Aos estagiários do curso de fisioterapia e fisioterapeutas, com admiração.

Às crianças que participaram do estudo e suas famílias, que me ensinaram e ensinam tanto.

*Esta menina
tão pequenina
quer ser bailarina.
Não conhece nem dó nem ré
mas sabe ficar na ponta do pé.*

*Não conhece nem mi nem fá
Mas inclina o corpo para cá e para lá*

*Não conhece nem lá nem si,
mas fecha os olhos e sorri.*

*Roda, roda, roda, com os bracinhos no ar
e não fica tonta nem sai do lugar.*

*Põe no cabelo uma estrela e um véu
e diz que caiu do céu.*

*Esta menina
tão pequenina
quer ser bailarina.*

*Mas depois esquece todas as danças,
e também quer dormir como as outras crianças.*

Cecília Meireles

Menegasso-Gennaro, L. R. (2012). Efeitos de uma capacitação sobre envolvimento familiar para estagiários em fisioterapia neuropediátrica. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.

Resumo

A literatura aponta que o vínculo entre o fisioterapeuta e cuidadores familiares de crianças com transtornos neurológicos afeta a eficácia da terapia infantil. No entanto, a fragmentação do conhecimento e a tendência de formar profissionais especializados podem levar ao preparo de profissionais para lidar com os aspectos orgânicos da patologia e as técnicas de tratamento, mas pouco capacitados para abordar as demandas interpessoais e educativas que sustentam sua relação com os cuidadores familiares das crianças. Além disso, poucos pesquisadores publicaram estudos analisando a eficácia de estratégias que fisioterapeutas poderiam usar para aumentar o envolvimento de cuidadores familiares. Portanto, esse programa de pesquisa teve como objetivos: a) identificar concepções (Estudo 1) e repertório (Estudo 2) de estagiários de fisioterapia para envolver o familiar que acompanha a criança no processo terapêutico e b) avaliar um programa de capacitação desenvolvido para ampliar o repertório dos estagiários para envolver cuidadores familiares neste processo (Estudo 3). O programa de pesquisa ocorreu em uma clínica universitária, junto a estagiários de um curso de fisioterapia de alta qualidade. No Estudo 1, participaram 10 alunos, que responderam a entrevistas semi-estruturadas. Observou-se que os alunos reconheceram a importância de incluir um familiar no tratamento de crianças, mas que perceberam seu preparo para lidar com este familiar como sendo insuficiente. No Estudo 2, filmou-se o comportamento de sete alunos quando estavam na presença dos cuidadores, durante quatro semanas, em situação natural de atendimento. Em 34 das 73 cenas filmadas (46,5%), os estagiários não interagiram com os cuidadores. Os estagiários conversaram com os cuidadores em 26 cenas (33%), com predominância de comportamentos envolvendo *iniciar e manter conversação* (n=18) e *fazer perguntas* (n=9). Assim, os resultados dos Estudos 1 e 2 indicaram necessidade de capacitação dessa população. No Estudo 3, então, avaliou-se uma capacitação com este propósito. O programa, com oito horas de duração, visou ensinar habilidades básicas ligadas à *análise do comportamento, práticas centradas na família e habilidades sociais*. Participaram da capacitação 5 estagiários. Cada sessão incluiu um pré-teste sobre os conceitos a serem trabalhados, uma apresentação dos conceitos principais, vivências, exercícios de fixação e um pós-teste. Comparando a pontuação nos pré e pós-testes, observou-se que os alunos adquiriram conhecimentos novos durante a intervenção. A comparação de filmagens gravadas no início e no final da capacitação indicou que os estagiários ampliaram seu uso das seguintes estratégias para aumentar o envolvimento dos cuidadores familiares: *emitir feedback, pedir ajuda com um exercício, elogiar, conversar e fazer perguntas*. Além disso, comparou-se as cenas filmadas com o grupo de alunos que participaram da intervenção (GI) com as filmagens do Estudo 2, usando este grupo de alunos como um Grupo de Comparação (GC). Encontrou-se similaridade nos comportamentos dos alunos de ambos os grupos nas filmagens iniciais, mas, um mês depois, as habilidades dos estagiários do GI para envolver os cuidadores foi superior em relação aos do GC. Dessa maneira, os resultados apontam para a eficácia da capacitação. Sendo assim, seria importante continuar administrando o programa de capacitação para avaliá-lo junto a um número maior de participantes, além de conduzir estudos de *follow-up* para averiguar a estabilidade dos

comportamentos adquiridos. Conclui-se que este programa de pesquisa oferece um exemplo da abordagem interdisciplinar na formação de fisioterapeutas, alinhada à filosofia do Sistema Único de Saúde, visando a integralidade e excelência do cuidado de crianças com transtornos neurológicos e de suas famílias.

Palavras chave: relação profissional-família, envolvimento do cuidador familiar, psicologia, fisioterapia

Abstract

The research literature indicates that the relationship between physiotherapists and family caregivers of children with neurological disorders has a significant impact on the efficacy of the children's treatment. However, the fragmentation of knowledge and the tendency to over-specialize can result in the preparation of professionals who understand organic pathology and treatment techniques, but who lack skills to deal with the interpersonal and educational issues that underlie their relationship with the children's family caregivers. In addition, very few researchers have published studies analyzing the effectiveness of strategies that physiotherapists could be used to increase the involvement of family caregivers. As such, the objectives of the current research program were to: a) identify physiotherapy practicum students' conceptions about (Study 1) and abilities (Study 2) to involve a child's family member in the treatment process, and b) evaluate an intervention program that was designed to increase the students' abilities to involve family caregivers in this process (Study 3). The research program was conducted with physiotherapy practicum students from a high-caliber course, who were working in a university clinic. Study 1 was conducted with 10 students, using semi-structured interviews. The students recognized the importance of including a family member in the treatment of children, but they perceived their preparation to deal with this family member as being insufficient. In Study 2, seven students were filmed when they were in the presence of the caregivers, over the course of four weeks. In 34 of the 73 film segments (46.5%), the students did not interact with the family caregivers. The students spoke with the caregivers in 26 film segments (33%), primarily to *initiate and maintain a conversation* ($n = 18$) or to *ask questions* ($n = 9$). Thus, the results of Studies 1 and 2 indicated the need for an intervention program for this population. In Study 3, such a training program was evaluated. The eight-hour program aimed to teach basic skills related to *behavior analysis*, *family-centered practices*, and *social skills*. Participants included 5 practicum students. Each training program session included a pre-test on the concepts that were to be learned, a teaching segment to explain these concepts, interactive tasks, practice exercises and a post-test. Based on a comparison of the results on the pre and post-tests, it was apparent that the students acquired new knowledge during the program. A comparison of film segments recorded at the beginning and the end of the training program indicated that the students increased their use of the following strategies to involve the children's family caregivers: *provide feedback*, *ask for assistance with an exercise*, *offer praise*, *converse*, and *ask questions*. In addition, the film segments for the group of students who completed the intervention program (IG), were compared with the film segments from Study 2, using these students as a comparison group (CG). The behavior of both groups in the initial film segments was highly similar, but, one month later, the ability of the IG students to involve the caregivers was greater than that of the CG students. Thus, the results indicate that the intervention was effective. As such, it would be important to continue applying this intervention so as to evaluate the effects for a larger number of participants, and to conduct a follow-up study to verify the permanency of the behaviors that are acquired. In conclusion, this research program constitutes an example of an interdisciplinary approach to the training of physiotherapists, aligned with the philosophy of a universal health system, aiming for a holistic approach and excellence in caring for children with neurological disorders and for their families.

Key words: professional-family relationship, family-caregiver involvement, psychology, physiotherapy

Lista de Tabelas

Tabela 1	Elementos educacionais envolvidos no tratamento fisioterapêutico	26
Tabela 2	Estudos que envolveram a participação dos pais para oferecer informações sobre a criança e fatores ambientais	28
Tabela 3	Estudos descritivos sobre a relação entre práticas parentais e desenvolvimento da criança	29
Tabela 4	Estudos sobre o desenvolvimento de instrumentos que podem auxiliar o profissional a envolver adequadamente o pai no tratamento do seu filho	30
Tabela 5	Estudos de intervenção que buscaram modificar o envolvimento do pai, para melhorar o desenvolvimento do filho	30
Tabela 6	Critérios para designação de modelos de programas profissionais em relação às famílias	45
Tabela 7	Indicadores de Práticas Centradas na Família	47
Tabela 8	Indicadores do checklist de Práticas Centradas na Família	49
Tabela 9	Identificação dos alunos (Estudo 1)	60
Tabela 10	Descrição dos ambientes do ambulatório universitário	62
Tabela 11	Frequência da menção de fatores percebidos como influenciando na adesão de crianças ao tratamento de fisioterapia	65
Tabela 12	Dados de identificação dos participantes estagiários (Estudo 2)	123
Tabela 13	Dados de identificação dos participantes crianças e cuidadoras (Estudo 2)	123
Tabela 14	Ocorrência de respostas em múltiplas categorias por circunstância de contato estagiário- cuidador	140
Tabela 15	Dados de identificação dos participantes estagiários (Estudo 3)	148
Tabela 16	Dados de identificação dos participantes crianças e cuidadores (Estudo 3)	148
Tabela 17	Conteúdo da capacitação	153
Tabela 18	Objetivos, atividades e recursos utilizados na capacitação para ensinar os estagiários a aumentar o envolvimento dos cuidadores	154
Tabela 19	Número de cenas em situações de pré e pós-intervenção	163
Tabela 20	<i>Feedbacks</i> emitidos pelos Grupos Comparação e Intervenção nas filmagens finais	168
Tabela 21	Respostas da categoria Envolvimento, emitidas pelos estagiários dos Grupos de Comparação e de Intervenção nas filmagens finais	171
Tabela 22	Critérios para avaliação da aprendizagem dos estagiários nos protocolos de pré e pós-testes.	174

Lista de Figuras

Figura 1	Grau de dificuldade apontado pelos estagiários para relacionar-se com ou envolver cuidadores no tratamento de crianças	87
Figura 2	Número de estagiários que relataram diferentes graus de dificuldade para orientar os pais, garantir que os pais seguissem suas orientações e que usassem os equipamentos recomendados	89
Figura 3	Grau de dificuldade relatado pelos estagiários em relação a comunicação com pais	98
Figura 4	Percepções dos alunos sobre a participação de cuidadores nas sessões de terapia	107
Figura 5	Número de cenas envolvendo comportamentos dos estagiários em relação à cuidadora, por categoria.	129
Figura 6	Frequência das três categorias de interação com as cuidadoras, por parte de cada estagiário.	133
Figura 7	Comportamentos emitidos pelos estagiários em interações profissionais com os cuidadores	135
Figura 8	Frequência de diferentes formas de participação por parte dos cuidadores, observadas nas filmagens realizadas durante as sessões de fisioterapia.	136
Figura 9	Categorização das cenas filmadas por circunstâncias do contato entre estagiários e pais.	140
Figura 10	Componentes das sessões de capacitação.	152
Figura 11	Média da taxa de frequência com a qual o grupo de estagiários interagiram com os cuidadores antes e após a conclusão da intervenção.	164
Figura 12	Desempenho do Grupo Comparação em período inicial de filmagem e do Grupo Intervenção antes da capacitação (pré-teste).	166
Figura 13	Desempenho do Grupo Comparação ao final da quarta semana) e do Grupo Intervenção após a capacitação (pós-teste).	167
Figura 14	Esquema para apresentação dos resultados dos grupos Comparação e Intervenção em momentos de filmagem inicial e final.	
Figura 15	Desempenho nos instrumentos de pré e pós-testes sobre o conteúdo da capacitação.	174
Figura 16	Média da frequência de menção a componentes do conteúdo da capacitação do grupo, em situações aplicadas, nos momentos anterior e posterior à capacitação	176

Lista de Termos na Área de Fisioterapia

Patologias

Paralisia Cerebral (PC)	Distúrbio cerebral que afeta a capacidade de movimento, postura e equilíbrio, causado por lesão cerebral que ocorre na fase pré-natal, perinatal e na primeira infância.
Síndrome de <i>West</i>	Forma grave de epilepsia em crianças.
Mielomeningocele	Espínha bífida, transtorno neurológico relacionado à má formação do tubo neural no período gestacional.

Instrumentos de avaliação

GMFCS	Teste padronizado e validado para avaliar a função motora grossa.
PEDI	Inventário que provê avaliação do perfil funcional de crianças com diferentes distúrbios do desenvolvimento.

Equipamentos

Órtese	Dispositivo de plástico, couro ou metal leve, que oferece estabilidade para articulações ou alongam passivamente os músculos. Podem ajudar a aumentar ou reduzir tônus muscular. A criança pode usar órteses por meses ou anos, durante o tratamento. Precisam ser monitorizadas para serem ajustadas à medida que a criança cresce ou ganha habilidades.
Muleta canadense	Muleta com braçadeira articulada, manípulo e hastes metálicas; na base tem ponteira de borracha.
Andador	Estrutura metálica leve, usada para apoio para caminhada.
Tutor	Órtese utilizada para apoio do peso do corpo que oferece sustentação para paciente ficar em pé.
Jogo de rolos	Recurso terapêutico geralmente feito de espuma em formato cilíndrico, encapados, de diferentes tamanhos, usados para trabalhar movimentos e equilíbrio.
Bolas	Bolas de diferentes tamanhos para trabalhar movimento e equilíbrio.
Jogo de bancos	Bancos de madeira de diferentes tamanhos para melhorar o posicionamento e movimento.
Prancha	Estrutura instável para treinamento de habilidades como equilíbrio e estimulação vestibular, por exemplo.

Tablado	Estrutura de madeira, com revestimento (por exemplo, de espuma), para realização de movimentos em nível acima do solo.
Outros termos	
Integração sensorial	Capacidade do sistema nervoso central de receber, separar, e relacionar as sensações geradas por estímulos ambientais.
Postura	Posições importantes que as crianças precisam dominar a fim de adquirirem habilidades motoras amplas.
Posicionar a criança	Deixar a criança em postura por meio de objetos inanimados (travesseiro saca de areia). Como os apoios não se ajustam espontaneamente às necessidades da criança, por serem inanimados, posicionar a criança de forma correta frequentemente envolvem tentativas e erros, seguido de ajustes.
Botox	Toxina botulínica, utilizada para relaxar músculos, reduzir espasticidade para maiores ganhos no tratamento fisioterapêutico.

Sumário

Envolvimento familiar e Fisioterapia	17
Engajamento Parental em Saúde e Adesão	21
Participação da Família em Estudos de Fisioterapia	27
Profissão e Currículo em Fisioterapia	34
Referenciais da Psicologia para o Enfoque na Família	42
A Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento	43
Práticas Centradas na Família	47
Habilidades Sociais: programas de intervenção para aquisição de habilidades	54
Objetivos	59
Estudo 1	
Método	61
Resultados e Discussão	66
Considerações gerais sobre o Estudo 1	122
Estudo 2	
Método	123
Resultados e Discussão	131
Considerações gerais sobre os Estudos 1 e 2	146
Estudo 3	
Método	149
Resultados e Discussão	165
Considerações Finais	185
Referências	187
Anexos	
A. Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	202
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Estagiários (Estudos 1 e 2)	204

C. Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado (Estudo 1)	206
D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidadores (Estudos 2 e 3)	210
E. Protocolos de análise de Filmagens (Estudos 2 e 3)	212
F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para estagiários (Estudo 3)	214
G. Instrumento de identificação e levantamento de conhecimento inicial, por meio de situações hipotéticas	216
H. Instrumentos de pré e pós-testes dos conteúdos do treinamento: Análise do Comportamento, Práticas Centradas na Família e Habilidades Sociais	218
I. Folhetos para suporte informacional: Análise do Comportamento, Práticas Centradas na Família e Habilidades Sociais	222
J. Instrumento de Avaliação da Capacitação	229

Prefácio

Esse projeto nasceu da prática profissional da pesquisadora como psicóloga em um ambulatório universitário vinculado ao SUS, no qual crianças com transtornos neurológicos são atendidas por alunos (estagiários) do curso de fisioterapia, sob supervisão docente. Essa trajetória começa em 2008, com o início das atividades no setor infantil no ambulatório. Nesse período, a psicóloga entrou em contato com a área de fisioterapia neuropediátrica, com os estudantes, as professoras da área, as crianças e as famílias. Aos poucos, o *modus operandi* do trabalho em fisioterapia em neuropediatria foi ficando mais claro à medida que se convivia com as professoras e os alunos. Os nomes das crianças e suas histórias começaram a ter mais significado e maior impacto nos pensamentos e preocupações no dia a dia do trabalho (e também fora dele), bem como as histórias das famílias. Mães biológicas ou adotivas, avós, irmãs e irmãos, primos, pais, tios por afinidade estavam envolvidos na prática de levar a criança duas vezes por semana na instituição para a reabilitação.

A estrutura do espaço da Unidade bem como a filosofia da instituição, especialmente no que se refere aos princípios do SUS humanização e integralidade do cuidado, incentivava e permitia a ousadia de procurar caminhos para o trabalho de caráter inter e transdisciplinar. No setor de pediatria, a tradicional lógica do “encaminha para a psicóloga” foi fazendo menos sentido, porque os casos eram discutidos juntamente com a equipe de profissionais de fisioterapia e seus alunos. Encontravam-se, em conjunto, alternativas e estratégias que melhoravam os atendimentos por parte dos alunos porque minimizavam as dificuldades encontradas no trabalho com a criança. A aproximação com a área de fisioterapia foi gradual e caracterizada por certo encantamento, provocado pelo compromisso humano e profissional das professoras e alunos com as crianças e com a visibilidade das conquistas funcionais das crianças ao longo do tratamento fisioterápico. “Hoje o L deu 25 passos sem apoio!”, disse certa vez a professora de fisioterapia. Como parte da equipe profissional nesse contexto, a psicóloga conhecia o L, suas limitações físicas que o faziam andar em quatro apoios aos seis anos, seus irmãos, sua mãe e avó, que o acompanhavam ao atendimento. Conhecia as dificuldades antes, durante e após o processo de uma cirurgia ortopédica corretiva de grande porte. A dificuldade da garantia do direito à inclusão escolar. As dificuldades com o transporte. A saga em busca de equipamentos de correção (órtese) junto à rede

municipal. Então a psicóloga entendia o que significava para ele, para sua família e para a equipe, a dimensão da conquista dos 25 passos - em grande parte, por conta da reabilitação em fisioterapia.

Por outro lado, nessa prática como psicóloga, identificavam-se, de maneira não muito clara, algumas características no atendimento fisioterapêutico das crianças que contrastavam com os modos de trabalho difundidos pela área de Psicologia. Percebeu-se uma diferença de foco em relação à negociação de questões relacionais e, por isso, certa dificuldade, por parte dos alunos, para aplicar o tratamento proposto. Por exemplo, a criança emburrava, se recusava a fazer a atividade, perdia rapidamente o interesse, se engajava em outros comportamentos incompatíveis. A psicóloga perguntava-se o que podia fazer para ajudar. Pensou em ajudar os alunos, para que estes pudessem ajudar a criança. Notou-se, também, subaproveitamento de uma perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, para melhor envolver outras pessoas que faziam parte da vida da criança, principalmente os familiares que passavam tantas horas na sala de espera. Por exemplo, havia poucos comportamentos por parte dos alunos voltados para a integração dos familiares com o processo terapêutico, com implicações para o engajamento destes na reabilitação da criança.

A psicóloga inquietava-se e nesse ínterim, acabara de entrar em curso de doutorado na área de Psicologia. A partir de suas experiências com os estudantes de fisioterapia e por ter encontrado profissionais e alunos abertos ao compartilhamento dos saberes e fazeres, identificou um campo de pesquisa e ação que poderia, no futuro, indicar caminhos para o trabalho inter e transdisciplinar fisioterapia-psicologia. Foi nesse contexto, de psicóloga e pesquisadora, que foi possível o delineamento e a condução desse estudo.

Envolvimento Familiar e Fisioterapia

Como estratégia para lidar com demandas complexas e incomuns na população, como um todo, a tendência tem sido formar profissionais especializados, detentores de informações e técnicas muito pouco conhecidas fora de sua área de atuação. Neste contexto, os pais de crianças com problemas de saúde se encontram no papel de consumidores de serviços cujas técnicas e fundamentos teóricos podem ser complexos para a população leiga. Porém, a literatura aponta a importância da vinculação da família em contextos de atendimento profissional com a criança, visando à efetividade da intervenção (Dunst & Trivette, 2009; Arruda & Zanon, 2002; Williams & Aiello, 2004).

O papel dos pais de uma criança com deficiência é mais complexo do que de crianças com desenvolvimento típico e o envolvimento destes em contextos profissionais de intervenção com crianças é crucial para obtenção de melhores resultados em intervenções tanto em saúde em geral (Dunst & Dempsey, 2007), como na área de Fisioterapia (Foltz, de Gangi & Lewis, 2007; Lima, 2006).

A Fisioterapia tem como objetivo identificar e tratar os problemas de movimento e postura do corpo, por meio de exercícios especiais, técnicas de manuseio e constante estimulação. No caso de intervenção com crianças, os fisioterapeutas podem ajudar a criança a aprender ou melhorar uma variedade de habilidades e funções motoras (Foltz et al., 2007).

A fisioterapia em neuropediatria é uma área que trata da estimulação motora e reabilitação de crianças com transtornos neurológicos, como paralisia cerebral, lesão medular, mielomeningocele, síndrome de *Down* que incorrem em condições crônicas de saúde e tratamento. O tratamento para pessoas com problemas crônicos de saúde, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado para pessoas com problemas agudos.

O termo “condições crônicas” engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do cuidado em saúde, como as deficiências físicas, que requerem alteração de rotinas dos familiares, reorganização de tarefas domésticas e profissionais, dietas especiais e atividades físicas adaptadas. Crianças com condições crônicas de saúde, e suas famílias são responsáveis por gerenciar tratamentos que envolvem demandas de diferentes dimensões, como por exemplo, consultas com especialistas, uso de medicamentos, seguimento de programas de tratamento com um ou mais médicos (Organização Mundial de Saúde, 2003), bem como, a necessidade de serviços em fisioterapia para melhoria das funções motoras, comprometidas em crianças com transtornos neurológicos.

A participação da família no tratamento fisioterapêutico de crianças com transtornos neurológicos é requisito primordial (Foltz et al., 2007; Gração & Santos, 2008). É ela que vai prover: situações para que a criança obtenha e mantenha os ganhos físicos e funcionais que adquiriu por meio dos exercícios realizados nas sessões de fisioterapia; condições para torná-la independente, exigindo respostas desejáveis quanto a posturas e movimentos e estimular a criança a se responsabilizar e investir esforços em seu tratamento.

A presença dos familiares e sua participação no tratamento fisioterapêutico das crianças tem como objetivos primários: (a) a continuidade e a manutenção no domicílio da preservação do alinhamento biomecânico e comprimento das partes moles (vasos sanguíneos, linfáticos, músculos lisos, estriados, tecido gorduroso, aponeuroses, tendões e outros) e (b) estímulo da interação mãe-filho (Lima, 2006) ou familiar-criança.

A intervenção fisioterapêutica, aliada ao manuseio da criança em casa pelos cuidadores, podem influenciar diretamente os processos de maturação e recuperação do sistema nervoso (Lima, 2006). A experiência e o treino da criança podem causar

modificação no seu sistema neuromuscular, haja vista a estreita relação entre ambos. Assim, para melhorar as capacidades funcionais das crianças, deve-se estruturar o ambiente domiciliar de forma a permitir uma exploração ativa e estimular ações e movimentos capazes de fortalecer o organismo, impactando no ganho de funções, como por exemplo, segurar a cabeça, rolar, engatinhar. Tais funções, quanto mais precocemente treinadas, maior chance de ganhos devido à grande plasticidade neuromotora (Sari & Marcon, 2008) nos primeiros anos de vida.

Foltz et al. (2007) apontaram para a necessidade do envolvimento parental com os fisioterapeutas para maiores ganhos na reabilitação de seus filhos. O envolvimento dos pais pode auxiliar o fisioterapeuta, por exemplo, na adaptação da criança quando indicam as atividades e brinquedos preferidos que podem ser usados na terapia, bem como na explanação das informações sobre os objetivos motores mais importantes para seus filhos e suas famílias. Por outro lado, o fisioterapeuta pode auxiliar as famílias: explicando porque e como realizar atividades terapêuticas no dia-a-dia da criança, de forma adequada, para aumentar a eficácia e eficiência do tratamento no intervalo entre os atendimentos profissionais; lidar com comportamentos inadequados da criança, como a insistência em permanecer em posições confortáveis que, no entanto, são inadequadas do ponto de vista da reabilitação; auxiliar os pais a lidarem com a recusa da criança na utilização de órteses e a evitar manipulações psicológicas por parte da criança sobre os pais (lidar com birra, por exemplo).

O fisioterapeuta poderá, ainda, indicar maneiras para valorizar o empenho da criança em seu tratamento, orientar sobre recursos para facilitar a comunicação com a equipe multidisciplinar que atende a criança, no seguimento às recomendações expressas durante as sessões de fisioterapia, entre outros. Dessa maneira, as autoras extrapolaram a intervenção em fisioterapia para além da técnica, devendo os fisioterapeutas considerar a

família na reabilitação, assim como, ajudar com estratégias para que os pais estimulem, eduquem e lidem com as dificuldades inerentes ao comportamento da criança frente ao processo de reabilitação (Foltz et al., 2007.).

A maneira pela qual pais e profissionais vão interagir terá impacto positivo ou negativo nos ganhos que a criança poderá obter (Dunst & Dempsey, 2007). Para Lima (2006), a dificuldade de algumas mães em aderir e participar do tratamento fisioterapêutico de seus filhos tem suscitado grandes dúvidas relacionadas aos benefícios do tratamento, que só é eficaz quando complementado por um esforço da família, no seu ambiente domiciliar. Em pesquisa junto a mães de crianças com deficiência vinculadas à APAE e a um ambulatório universitário, constatou que a qualidade da interação mãe-fisioterapeuta e criança-fisioterapeuta influenciaram: (a) o envolvimento materno no tratamento fisioterapêutico dos filhos, (b) a facilitação do programa de tratamento referente aos horários e prescrições, e (c) o respeito ao estilo de vida materno, por parte do fisioterapeuta. Dessa maneira, a autora afirma que são necessários esforços para que a formação do fisioterapeuta, conduza o olhar desse profissional tanto para a criança como para sua mãe e para a família, de maneira geral. Ressalta, ainda, a importância da prática e pesquisa interdisciplinares para gerar estratégias a fim de melhorar os níveis de interação mãe-filho e mãe-profissional e de participação das mães no tratamento de seus filhos, potencializando, assim, o desenvolvimento neuropsicomotor e qualidade de vida das crianças deficientes.

Também preocupados com o papel parental para assegurar a qualidade da intervenção terapêutica, Sari e Marcon (2008) pesquisaram a participação dos pais no processo de reabilitação das crianças e suas expectativas em relação a este tratamento, junto a 28 mães de crianças menores de cinco anos, com diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC). As mães receberam orientações em diferentes quantidades: 11 mães foram

orientadas de uma a duas vezes por semana, seis mães foram orientadas três ou quatro vezes, oito foram orientadas de cinco a sete vezes, e três foram orientadas oito ou mais vezes. As autoras observaram que mães que passaram por mais sessões de orientação pelo fisioterapeuta, se sentiam mais seguras para a realização das atividades no domicílio, o que indica a importância dessa prática e sua frequência na interação do profissional com a família (embora não apresentaram no artigo os dados que suportam a observação dessa relação). As pesquisadoras também constataram que em 39% dos casos, as mães atuavam sozinhas como as principais responsáveis pelo desenvolvimento de atividades fisioterapêuticas no domicílio e em 32% dos casos, em conjunto com os pais ou outros familiares; em 7%, os papais eram os cuidadores responsáveis por conduzir o tratamento domiciliar. Na maioria dos casos, as mães informaram que as atividades fisioterapêuticas eram realizadas diariamente (36%) ou de duas a três vezes por semana (39%). A maioria das participantes (79%) referiu conseguir realizar todas as atividades propostas, mas entre as principais dificuldades que as mães apontaram no cumprimento das atividades, estavam a não aceitação por parte da criança (54%) e a falta de tempo (21%). Outro ponto importante, focado no estudo, foi o benefício do apoio do marido, e dos apoios familiar e social para o envolvimento materno na reabilitação dos filhos (Sari e Marcon, 2008). Assim, o fisioterapeuta pode ter uma influência decisiva sobre a adesão do paciente, em função do tipo de vínculo que estabelece com o cuidador.

Engajamento Parental em Saúde e Adesão

Na área da saúde, o envolvimento com o tratamento é tratado pelo termo adesão. Do latim, *adhaesione*, significa “junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio”, o que pressupõe relação e vínculo entre profissional e paciente.

Adesão ao tratamento é um processo multifatorial, associado à frequência, à constância e à perseverança na prática do cuidado em busca da saúde (Silveira & Ribeiro, 2005).

O termo adesão é utilizado cotidianamente por profissionais de saúde, porém o seguimento das recomendações para o tratamento podem envolver comportamentos muito diferentes por parte de cada paciente. Assim, para a adesão, não seria possível descrever a topografia de uma única resposta (mesmo que uma resposta complexa), porque se trata de uma classe de comportamentos para o seguimento de prescrições para o tratamento (Silveira & Ribeiro, 2005).

A literatura sobre adesão em saúde se concentra no âmbito da medicina, onde é estudada principalmente nas doenças como asma, diabetes, artrite reumatoide e fibrose cística (Arruda & Zanon, 2002). No caso das doenças crônicas, a adesão ao tratamento exige mudanças importantes, tanto por parte da criança, quanto por parte de sua família. Estudos psicológicos sobre o impacto de condições pediátricas crônicas indicam que a rotina da família nuclear é alterada drasticamente em função das demandas adicionais impostas pelo problema de saúde (Arruda & Zanon, 2002) Entre essas demandas, é notório o tempo e o esforço para levar a criança para serviços terapêuticos e para seguir as recomendações para as rotinas da criança. Assim, a condição da criança tem implicações sociais, afetivas e também econômicas para a família toda, o que influencia na adesão ao tratamento. O custo do tratamento (com medicações, transporte, exames, órteses), a reorganização das tarefas domésticas, a importância do cumprimento das obrigações profissionais para garantir o sustento de uma família que pode se deparar com gastos maiores em um horizonte de dependência crônica, a estruturação da rotina para efetuar os procedimentos terapêuticos solicitados, todos esses componentes estão envolvidos na adesão ao tratamento das crianças com problemas crônicos de saúde.

Na perspectiva da Análise do Comportamento (Skinner, 1953/ 1994), a adesão é resultado da exposição do paciente a situações de aprendizagem e de enfrentamento. As ações dos profissionais de saúde devem envolver esforços para comunicar adequadamente as suas recomendações para cuidados com a saúde, utilizando-se de diversas estratégias capazes de promover aprendizagem e motivação para mudar rotinas e hábitos que não permitem alcançar as metas almejadas. Faz-se necessário observar e descrever o comportamento do terapeuta junto aos familiares e cuidadores do paciente, frente aos problemas de saúde e tratamento, identificando as contingências envolvidas em seu ambiente. Uma análise da adesão deve identificar os resultados de saúde, as condições sob as quais o comportamento ocorre, o planejamento e implementação de estratégias realistas para a modificação do comportamento em direção às estratégias favorecedoras para o tratamento e a liberação de reforçamento positivo visando manutenção da adesão (Moraes, Rolim & Costa Jr., 2009).

Sluijs e Knibbe (1991) afirmam que diferentes abordagens teóricas existem para compreender a adesão de pacientes a regimes de exercícios em fisioterapia mas que a abordagem comportamental é a mais indicada para a adesão ao tratamento (enquanto ele ocorre, contando com a participação do fisioterapeuta, não no processo de seguimento) . Os autores salientam que aplicar uma abordagem comportamental na fisioterapia é diferente da aplicada em psicoterapia; no caso da fisioterapia, há que se concentrar nos simples, e poderosos, princípios de modificação de comportamento, que requerem um mínimo de habilidades e tempo extras do fisioterapeuta. Nesse enfoque, o fisioterapeuta pode, por exemplo, intervir diretamente no comportamento, no controle de estímulos envolvidos no processo e por meio de reforçamento positivo dos desempenhos desejáveis (Sluijs & Knibbe, 1991), seja por parte do paciente, seja por parte do cuidador. O fisioterapeuta pode atuar diretamente no comportamento dando instruções adequadas, por

meio de modelação e modelagem da resposta do paciente até a melhora do desempenho, analisando e dividindo, se necessário, os comportamentos complexos em unidades menores de maneira que o paciente adquira o desempenho passo a passo. O fisioterapeuta pode auxiliar o paciente a organizar as circunstâncias para maximizar a probabilidade de realização dos exercícios (controle de estímulos), por exemplo, incentivando-o a realizar exercícios de transferência da cadeira de rodas toda vez que entrar no banheiro. Finalmente, por meio do uso de reforçamento, o fisioterapeuta pode consequenciar positivamente os desempenhos do paciente, seja a execução de um exercício realizado de maneira correta, mais precisa, seja a prática que o paciente realizou no ambiente doméstico, mostrando, por exemplo, apreciação pelo seu empenho. Enquanto isso, com a prática dos exercícios e respectiva melhora dos sintomas, a prática do exercício em si pode ser intrinsecamente reforçadora.

Sluijs, Kok e Van der Zee (1993) realizaram um estudo correlacional sobre fatores associados à adesão do paciente ao programa de exercícios durante a fisioterapia. Investigaram se a adesão do paciente estava relacionada com suas características, sua patologia ou com o comportamento do fisioterapeuta. Em uma amostra randômica de 300 fisioterapeutas holandeses, 222 responderam questionários e parte deles também efetuaram registros de sessões de atendimento em áudio. Ademais, 1.681 pacientes atendidos por esses fisioterapeutas responderam a questionários após as sessões de fisioterapia. Os resultados indicaram três principais fatores relacionados com a falta de adesão: as barreiras encontradas ou percebidas pelos pacientes (pouco tempo para os exercícios, dificuldade de incorporar os exercícios na rotina diária, por exemplo); o grau de desamparo (falta de confiança no programa de exercícios) e a falta de *feedback* positivo por parte do fisioterapeuta, expressado pelos pacientes como a satisfação de seus fisioterapeutas com os exercícios realizados. Nesses resultados, o primeiro aspecto, dificuldade de incluir os

exercícios na rotina diária, foi o mais fortemente correlacionado. Em se tratando de *feedback*, os pacientes que responderam que seus fisioterapeutas estavam muito satisfeitos com seus exercícios tinham maior adesão do que aqueles que respondiam que não sabiam se seus fisioterapeutas estavam satisfeitos com seu desempenho. Os dados também indicaram que os fisioterapeutas cujos pacientes tinham maior adesão relatavam o comportamento deste de pedir para o paciente falar sobre suas necessidades e ideias com maior frequência, mais repetidamente monitoravam o desempenho do paciente e o motivavam para realizar os exercícios em casa.

Sluijs (1991) contribuiu para explicitar o papel do fisioterapeuta para orientar, monitorar e motivar o paciente por ter elaborado e avaliado uma lista com os elementos do tratamento de fisioterapia, que envolvem a educação fisioterapêutica. A aplicabilidade do instrumento foi testada por meio da análise de dados do tratamento fisioterápico de 25 pacientes, em um total de 227 sessões, gravados em áudio. A seguir, na Tabela 1, apresenta-se parte dos 65 indicadores que exemplificam o que é importante levar em conta no processo de educação fisioterapêutica¹.

¹ O conteúdo completo do checklist está em <http://ptjournal.apta.org/content/71/8/561>

Tabela 1

Elementos educacionais envolvidos no tratamento fisioterapêutico

Elementos educacionais no tratamento fisioterapêutico	
<p>Ensino e provisão de informações sobre a patologia do paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar sobre o diagnóstico e queixas 2. Explicar as causas da patologia 3. Dar um prognóstico 4. Usar material ilustrativo para esclarecer informações <p>Instruções para exercícios para casa</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Explicar os exercícios a serem realizados em casa 6. Indicar a frequência de cada exercício prescrito 7. Indicar o número de sessões que devem ser realizadas, por dia 8. Dar instruções sobre os exercícios 9. Trabalhar na construção de um programa de exercícios 10. Dar um folheto ilustrativo e explicativo sobre o exercício 11. Dar instruções escritas (pelo terapeuta) 12. Discutir a integração dos exercícios na vida diária 13. Motivar o cuidador e o paciente para a adesão 14. Monitorar a adesão ao tratamento 15. Resolver problemas na adesão ao tratamento <p>Orientação e informação</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Explicar a importância do descanso no tratamento 17. Explicar sobre a postura e movimentos corretos 18. Verificar posturas usadas no trabalho, esporte ou lazer 19. Verificar a rotina de atividades diárias 20. Orientar sobre auto-cuidados e remédios caseiros 21. Orientar sobre cuidados especiais e uso de aparelhos 22. Informar sobre serviços de saúde pertinentes 23. Informar sobre médicos ou especialistas 24. Motivar o cuidador e o paciente para a adesão 25. Monitorar a adesão ao tratamento 26. Resolver problemas na adesão ao tratamento 	<p>Educação geral em saúde</p> <ol style="list-style-type: none"> 27. Educar sobre a contribuição de esportes e exercícios 28. Explicar sobre controle de peso e nutrição 29. Explicar os impactos do cigarro, álcool e drogas 30. Orientar sobre o uso adequado de analgésicos e remédios 31. Oferecer orientações sobre saúde e doença 32. Motivar o cuidador e o paciente para a adesão 33. Monitorar a adesão ao tratamento 34. Resolver problemas na adesão ao tratamento <p>Condições</p> <ol style="list-style-type: none"> 35. Reforçar o desempenho do paciente, em relação ao tratamento 36. Mostrar preocupação com a dor que o paciente sente 37. Mostrar interesse no paciente 38. Mostrar envolvimento com o tratamento 39. Facilitar a participação do paciente <p>Plano e abordagem sistemática</p> <ol style="list-style-type: none"> 40. Explicar a sessão de tratamento 41. Explicar a duração do tratamento 42. Comunicar o resultado da anamnese 43. Comunicar resultados de exames físicos 44. Comunicar resultados da terapia 45. Explicar o objetivo do exame físico 46. Explicar o objetivo dos exercícios terapêuticos 47. Explicar o objetivo da massagem 48. Explicar o objetivo de um agente físico (calor, gelo) 49. Explicar possíveis efeitos colaterais do tratamento 50. Avaliar o curso do tratamento

Fonte: Sluijs (1991).

De acordo com este instrumento, o fisioterapeuta tem papel ativo na promoção da adesão em vários domínios do tratamento, como nos comportamentos envolvidos na sessão *Instruções para tarefa de casa*, na sessão *Orientações e informações oferecidas* e na sessão *Educação Geral em Saúde*, para motivar o cuidador e paciente para adesão, monitorar a adesão e resolver problemas relacionados à adesão, ao longo do tratamento.

Ademais, neste instrumento, a maioria dos indicadores relaciona a educação fisioterapêutica com a comunicação entre o profissional e o paciente, quando expressam as ações que o fisioterapeuta deve realizar: explicar, informar, discutir, dar instruções, comunicar. No entanto, no modelo produzido por Sluijs (1991) poucos são os indicadores relacionando o comportamento de interagir com a família do paciente.

Participação da Família em Estudos de Fisioterapia

Para obter dados sobre a interação fisioterapeuta-familiar e promoção do envolvimento familiar por fisioterapeutas, foi realizada uma revisão em dois importantes periódicos na área de fisioterapia, *Revista Fisioterapia em Movimento* e *Revista Brasileira de Fisioterapia*, no período de 2005 a 2012². O processo de busca abrangeu os termos: mãe, pai, família, cuidador, criança e suas variações (com ou sem acento, singular e plural) tanto isoladas quanto associadas com a palavra criança (com ou sem cedilha, singular e plural). De um total de 94 estudos que atendiam aos critérios de busca, apenas 17 incluíram coleta de dados com os familiares das crianças, porque foram excluídos os estudos que continham os termos-chave ao longo do texto que citavam estudos na revisão de literatura, nas referências ou casos em que o papel das mães era o de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para autorizar a participação da criança no estudo.

² Esta revisão completa está em Menegasso e Barham (2012), no prelo.

Estes estudos foram sumarizados, analisados e categorizados em relação à forma de participação dos pais na pesquisa. Dados dos estudos estão apresentados nas Tabelas 2, 3, 4 e 5.

Tabela 2

Estudos que envolveram a participação dos pais para oferecer informações sobre a criança e fatores ambientais

Autores	Objetivo do estudo	Grau de parentesco	Técnica de coleta de dados com cuidadores	Forma de participação	N	Implicações
Raniero, Tudella e Mattos (2010).	Caracterizar o padrão e o ritmo de aquisição das habilidades motoras de lactentes nascidos pré-termo, nos quatro primeiros meses de idade corrigida, comparando-os com um grupo de lactentes a termo.	Pais ou responsáveis	Entrevistas	Participar de entrevista sobre práticas com os bebês.	22	As crianças pré-termo tiveram maiores ganhos no desenvolvimento motor que nas crianças a termo. Uma hipótese explicativa foi o recebimento de orientações no programa de educação de pais no qual as crianças recebiam atendimento.
Amorim e t al., (2010)	Investigar a ocorrência de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças pequenas e verificar a sua associação com possíveis fatores de risco.	Familiares	Entrevistas	Participar de entrevista, informando dados da criança e familiares.	31	Menor tempo diário com a mãe associada a maior frequência de déficit no equilíbrio. Maior tempo diário com o pai associado a atraso motor.
Vasconcelos et al., (2009)	Avaliar o desempenho funcional de crianças com PC, de acordo com níveis de comprometimento motor.	Familiares	Entrevista	Prover informações sobre capacidade funcional das crianças.	70	Vislumbra possibilidades de orientação de pais a partir dos instrumentos utilizados.
Santos et al., (2009)	Analisar o desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até três anos de idade.	Não indicado	Questionário fechado	Responder questionário sobre dados familiares e da criança.	145	Associação de risco de atraso no desempenho motor e renda familiar e suspeita de atraso de habilidades locomotoras com escolaridade paterna e renda
Silva e Daltrário (2008)	Desempenho funcional em relação à mobilidade de um adolescente.	Mães	Entrevista	Prover informações sobre desempenho da criança pré e pós intervenção.	1	Nenhuma.
Silva e Pfeifer (2007)	Analisar o processo de reabilitação pulmonar de crianças afetadas por fibrose cística	Responsáveis	Busca de registros em prontuário	-----	20	Parte dos cuidadores não seguia orientações: 15% não realizava tratamento da criança em casa e 85% não realizava atividade física.
Cury et al., (2006)	Verificar os efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com PC.	Pais	Entrevistas	Participar de entrevista sobre uso de órtese na criança.	20	Aponta para a percepção positiva dos pais com relação ao uso de órteses na qualidade da locomoção, e desempenho na rotina diária das crianças.
Mansur e Neto (2006)	Caracterizar o perfil nutricional e o desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes com desnutrição leve.	Mães	Questionário	Responder questionário	31	-----

Tabela 3

Estudos descritivos sobre a relação entre práticas parentais e desenvolvimento da criança

Autores	Objetivo do estudo	Grau de parentesco	Técnica de coleta de dados com cuidadores	Forma de participação	N	Implicações
Chagas et. al, (2011)	Conhecer a opinião dos pais sobre o uso do andador infantil e comparar a idade de aquisição da marcha independente entre os lactentes que usaram e os que não usaram o andador.	Mães, avó, pai.	Auto-registro Entrevista Contato telefônico	Anotações de percepções e rotinas. Participar de entrevista. Informar aquisição de marcha por telefone.	26	Uso do andador em crianças relacionados com crenças dos pais e informações. Uso ou não do andador não interferiu na aquisição de marcha em crianças.
Pretti et al., (2010)	Caracterizar o ambiente de lactentes pré-termo, incluindo variáveis da mãe, e a aquisição do controle cervical nas posturas prona e sentada.	Mães	Questionário	Responder questionário sobre dados da gestação, hábitos maternos e do bebê.	18	As mães do grupo pré-termo apresentaram incidência de eventos estressantes durante a gestação parecida com as do grupo a termo. Mães do grupo pré-termo praticaram mais exercícios, fumaram menos e pertenciam a classe socioeconômica mais alta.
Carvalho et al., (2010)	Avaliar a qualidade de vida de mães de crianças PC, relacionando com grau de comprometimento motor e idade das crianças	Mães	Questionário	Sujeito da pesquisa.	30	Percepção de qualidade de vida mais negativa nos domínios meio ambiente e social em mães de crianças com comprometimento grave.
Gração e Santos (2008)	Analisar o nível de compreensão das mães com relação à paralisia cerebral e sobre como realizam o manuseio dessas crianças.	Mães	Entrevistas	Participar de entrevista.	40	Mães relataram compreender pouco a patologia da criança. A maioria das mães indicou despreparo para lidar com o filho e referiram não receber orientações.
Silva et al., (2006)	Verificar a influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida.	Mães	Questionário	Responder questionário.	14	As práticas maternas pesquisadas influenciaram o desempenho motor deste grupo de lactentes, a partir do 9º mês de vida.

Tabela 4

Estudos sobre o desenvolvimento de instrumentos que podem auxiliar o profissional a envolver adequadamente o pai no tratamento do seu filho

Autores	Objetivo do estudo	Grau de parentesco	Técnica de coleta de dados com cuidadores	Forma de participação	N	Implicações
Prado et al., (2009)	Adaptar um questionário para pais efetuarem triagem para transtorno de desenvolvimento de coordenação	Pais	Questionário	Responder questionário para estudo de validação.	45	Possibilidade futura de os pais contribuírem para a triagem de crianças com Transtorno de Desenvolvimento de Coordenação.
Martinez et al., (2007)	Identificar necessidades e elaboração de um guia para profissionais acompanharem o desenvolvimento no primeiro ano de vida da criança pré-termo.	Mães	Entrevistas	Participar de entrevista sobre o atendimento recebido.	6	Falta de informações sistemáticas e padronizadas para a família. Elaboração de guia informativo para auxiliar profissionais na educação familiar.

Tabela 5

Estudos de intervenção que buscaram modificar o envolvimento do pai, para melhorar o desenvolvimento do filho

Autores	Objetivo do estudo	Grau de parentesco	Técnica de coleta de dados com cuidadores	Forma de participação	N	Implicações
Cruz et al., (2008).	Elaborar e avaliar um manual para mães, sobre massagem para bebês.	Mães	Questionário Observação	Responder questionário. Ler manual Executar massagem	30	Observou-se maior aprendizagem teórico- prática entre as mães do grupo com escolaridade maior, indicando que o manual não estava claro suficiente para população com baixa escolaridade.
Fernandes, Casarotto e João (2008)	Avaliar o efeito de sessões educativas sobre o transporte adequado de material escolar sobre o comportamento dos alunos.	Pais	Registrar presença dos pais em sessões educativas	Ler folhetos Participar em sessões educativas	--- 5	Apenas 5 dos 107 pais compareceram às sessões educativas. Em estudos futuros, é preciso medir os efeitos da intervenção com os pais.

Foi encontrado um maior número de estudos ($n = 8$) nos quais o objetivo da participação dos pais foi restrito a prover informações sobre a criança, suas condições ambientais e familiares, que foram resumidos na Tabela 2. Nessa categoria, alguns estudos indicaram implicações da família no desempenho da criança, como: possível efeito de programa de orientação de pais no desenvolvimento motor de crianças pré-termo, que tiveram maiores ganhos do que em comparação com bebês nascidos a termo (Raniero, Tudella & Mattos, 2010); impacto do tempo diário com mãe e pai no equilíbrio e desempenho motor da criança, respectivamente (Amorim et al., 2010); associação de risco de atraso no desempenho motor e habilidades locomotoras com renda e escolaridade paterna (Santos et al., 2009) e constatação de que parte dos cuidadores de crianças com uma patologia crônica grave, fibrose cística, não seguiam as orientações dadas pelos fisioterapeutas (Silva & Pfeifer, 2007).

Em cinco estudos, foi observada a influência do envolvimento familiar sobre o desenvolvimento das crianças, mas sem tentativas de modificar o envolvimento dos pais, como apresentados na Tabela 3. Entre os resultados desses estudos, destacam-se a identificação da percepção da qualidade de vida mais negativa em mães de crianças com comprometimento grave (Carvalho, Rodrigues, Silva & Oliveira, 2010); problemas na compreensão das mães sobre a patologia da criança, despreparo para lidar com os cuidados com o filho e alegação de falta de orientação profissional adequada (Gração & Santos, 2008), e o impacto de práticas maternas no desempenho motor de lactentes, do 9º ao 12º mês de vida (Silva, Santos & Gonçalves, 2006).

Em dois estudos, apresentados na Tabela 4, o foco foi o desenvolvimento de instrumentos que pudessem ser usados pelo terapeuta para direcionar o envolvimento dos pais para atividades importantes (Prado, Magalhães & Wilson, 2009; Martinez, Joaquim, Oliveira & Santos, 2007).

Em comum, os estudos apresentados nestas categorias foram de caráter descritivo. Apenas dois estudos, descritos na Tabela 5, reportaram a avaliação da eficácia de estratégias para adequar o envolvimento parental. Em ambos estes estudos, os pesquisadores avaliaram o uso de informações preparadas para os pais, conseguindo influenciar apenas uma parcela limitada dos pais (Cruz, Ide, Tanaka & Caromano, 2008; Fernandes, Casarotto & João, 2008). De forma geral, os pesquisadores desses estudos mencionaram o desafio de atuar com populações de baixa renda e a dificuldade de envolver os pais. Observando os estudos analisados, percebe-se a necessidade de maior atenção aos familiares das crianças, e a escassez de informações, nestas revistas, sobre a eficácia do uso de diferentes estratégias que possam fortalecer o envolvimento dos familiares, de forma a aumentar o impacto do tratamento da criança, o que indica a necessidade de realização e publicação de estudos que possam preencher essa lacuna.

No cenário de pesquisas envolvendo cuidadores, ainda que não especificamente voltado para encontrar estratégias visando a promoção do envolvimento parental na reabilitação de crianças, o estudo de Pavão, Silva e Rocha (2011) indica que trilhar esse caminho é possível. O estudo trata de pesquisa, com delineamento experimental, para verificar o efeito de sessões de orientação familiar domiciliares na funcionalidade de crianças. Participaram 31 crianças, a maioria com diagnóstico de paralisia cerebral, e seus cuidadores. Ambos os grupos, experimental e controle, foram avaliados pelo instrumento PEDI (Inventário Pediátrico de Avaliação de Disfunção) e receberam atendimento fisioterapêutico tradicional. Além disso, o grupo experimental foi submetido a sessões de orientação por uma fisioterapeuta, que preparou procedimentos e materiais específicos para a intervenção, que consistiu em duas visitas domiciliares com duração de 1 hora cada. Os resultados indicaram que as crianças deficientes cujos cuidadores receberam orientação domiciliar individualizada obtiveram aumento significativo na pontuação aferida pelo

instrumento PEDI em quesitos relacionados a habilidades funcionais e assistência ao cuidador, em comparação com as crianças deficientes cujos cuidadores não receberam orientação domiciliar. Outro ponto forte do estudo foi o enfoque no processo de orientação realizado, por ser domiciliar. Além de orientações em si, considera-se que receber estas instruções no âmbito domiciliar também contribui para a eficácia desta intervenção por permitir pequenas adaptações ao ambiente da casa e a vivência de conseguir fazer o exercício no seu domicílio, além do impacto motivacional pela criação de um espaço mais íntimo com o fisioterapeuta.

Trabalhos como o de Pavão et al. (2011) podem contribuir para a explicitação do delineamento de estratégias para promoção do envolvimento parental na reabilitação de crianças para maximização do sucesso da intervenção. No entanto, a baixa frequência de estudos envolvendo familiares de maneira ativa, como foi identificado nesse levantamento, pode refletir o perfil profissional estabelecido pelo currículo profissional do curso de fisioterapia. Por isso, um aparte se faz necessário para olhar o currículo sob este enfoque, como será apresentado a seguir.

Profissão e Currículo em Fisioterapia

Rebelatto e Botomé (1999) analisaram conceitos sobre profissão, currículo e o campo de conhecimento em Fisioterapia, explorando necessidades e caminhos para uma prática, formação e produção científica visando uma atuação profissional mais socialmente significativa em Saúde. Uma crítica central dos autores é a ênfase no tratamento da patologia do movimento e da postura, bem como, na utilização do movimento como recurso para o tratamento de patologias. Essa ênfase era propagada pelo ensino superior em Fisioterapia, porque o currículo estava mais voltado ao ensino de técnicas e modelos de

atuação profissional existentes do que ao desenvolvimento de alternativas de atuação profissional socialmente significativas.

Por meio da análise dos currículos dos cursos de fisioterapia no país, Rebelatto e Botomé (1999) constataram também a ênfase na aprendizagem de múltiplas técnicas de trabalho já conhecidas, que exigem tempo para o domínio, com a tendência na especialização dos profissionais ainda durante a graduação. Por outro lado, constataram no currículo incoerências com conhecimentos disponíveis em áreas como Saúde Coletiva, Educação e Psicologia. Os autores apontaram para a necessidade da transposição de barreiras artificialmente convencionadas entre certas disciplinas, cujos limites são necessários observar em alguns casos, mas que deve ser superada, em outros. Indicaram também, a necessidade do trabalho em equipe com diferentes profissionais, para que uns contribuam para o trabalho dos outros ou, ainda, para que criem condições para que o profissional de um determinado campo domine outras áreas de conhecimento úteis ao tipo de intervenção que realiza. Essa articulação é necessária porque geralmente os problemas da sociedade são complexos, transcendendo os limites e as definições de uma determinada profissão (Rebelatto & Botomé, 1999).

Assim, para Rebelatto e Botomé (1999), o ensino superior precisa considerar a complexidade das exigências e limitação das definições profissionais na formação dos profissionais. O ensino dos futuros profissionais é um modo de planejar os caminhos e as direções que irão nortear o exercício de uma profissão, bem como, os contornos do campo de atuação. Contudo, ainda que caracterizado como um estudo emblemático, a análise ampla conduzida por Rebelatto e Botomé (1999) foi realizada há mais de dez anos e modificações podem ter ocorrido nesse período, na formação, na pesquisa e na prática em fisioterapia no Brasil.

Para superação do modelo da formação curativo-reabilitador privatista, inadequado à nova realidade epidemiológica e ao atual modelo de atenção à saúde estabelecido pelo SUS (Brasil, 1998), surgiram iniciativas de mudanças no ensino da fisioterapia e a construção de outro perfil profissional (Bispo, 2009). Entre essas iniciativas estão a criação da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFisio), em 2001, e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002). A ABENFisio, que tem como objetivos o desenvolvimento e o aprimoramento do ensino e formação em Fisioterapia, elaborou um referencial sobre o perfil do egresso e temas a serem abordados na formação do fisioterapeuta. Em relação aos temas abordados na formação, o referencial menciona:

“mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelo estudo da biologia e da microbiologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, da patologia de órgãos e sistemas, da parasitologia, da imunologia, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesiologia, da história da Fisioterapia, da ética e bioética, da deontologia profissional, das ciências sociais na saúde (psicologia³, antropologia e sociologia), da metodologia científica, da bioestatística, da epidemiologia e da saúde coletiva, da prática clínica baseada em evidências, da semiologia, disciplinas relativas aos métodos e técnicas de avaliação quantitativa e qualitativa das disfunções humanas e diagnósticos, disciplinas voltadas diretamente aos recursos, métodos e técnicas fisioterapêuticas convencionais, complementares e integrativos, aplicados à prática clínica fisioterapêutica nas mais diversas áreas de atuação e especialidades fisioterapêuticas de caráter corporativo ou

³ Grifo nosso.

não.”

(http://www.abenfisio.com.br/site01/biblioteca/Bases_Legais_de_Ensino/REFERENCIAL_FISIOTERAPIA_ABENFISIO.pdf)

Percebe-se nessa proposta, ainda uma predominância de conteúdos de caráter biológico e tecnicista. Mas também, uma referência a outras áreas de conhecimento, como epidemiologia e saúde coletiva para o campo de estudo do fisioterapeuta. No entanto, a Psicologia representa, literalmente, um parêntese nos temas de formação. Além disso, a Educação não consta explicitamente como tema importante na formação de fisioterapeutas, apesar de que parte das atribuições do profissional seja ensinar exercícios para os pacientes (durante a terapia e para que realizem tais exercícios no domicílio) (Sluijs, 1991).

A outra iniciativa apontada por Bispo (2009) para contribuir para a formação de profissionais, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002) tem função de orientar e oferecer concepções curriculares para o curso de graduação em fisioterapia, representando um esforço do governo para ampliar a formação do fisioterapeuta. No documento, a formação do egresso/profissional Fisioterapeuta é definida como generalista, humanista, crítica e reflexiva, com uma visão ampla e global, respeitando os princípios éticos e bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem envolver todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, conectado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Assim, os conteúdos do currículo em fisioterapia devem contemplar os saberes das Ciências Sociais e Humanas, abrangendo o estudo das pessoas e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações,

contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos (Brasil, 2002).

As diretrizes também indicam as habilidades necessárias do profissional. Além daquelas pertinentes ao campo específico da Fisioterapia e Saúde, o profissional deve ser capaz de estabelecer e manter uma efetiva comunicação com sua equipe profissional e com membros do público em geral, atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente. Dessa maneira, o profissional deve contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas; prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico (Brasil, 2002).

As estratégias citadas por Bispo (2009), estão completando 10 anos de existência. Qual seria, então, o impacto de tais medidas no ensino de fisioterapia? Os estudos apresentados a seguir podem trazer alguma informação sobre o efeito destas estratégias no ensino de fisioterapia, sobre Humanização da atenção, um dos eixos principais da política do SUS (Brasil, 1998), e sobre estratégias para educação fisioterapêutica do paciente.

Silva e Silveira (2011) identificaram, em estudo realizado por meio de entrevistas com 24 estudantes concluintes do curso de fisioterapia, que o conhecimento sobre Humanização da Atenção, é restrita, superficial e desprovida de respaldo científico, não relacionado ao conhecimento teórico e operacional no âmbito da fisioterapia. Os participantes informaram que o tema perpassou a graduação de maneira superficial e inespecífica, pouco articulada com o perfil humanista, crítico e reflexivo ou com o perfil profissional desejado pelo SUS e referido pelas Diretrizes para o curso de fisioterapia (Brasil, 2002).

Em relação a práticas educativas no contexto da reabilitação, o trabalho de Soares (2010) teve como objetivo geral investigar a relação entre o uso de práticas educativas por estagiários de fisioterapia e a adesão ao tratamento⁴. A pesquisadora empregou estratégias de observação e quantificação do comportamento, a partir de cenas filmadas em situação natural de fisioterapia, analisando a relação entre o uso de estratégias educativas e a adesão ao tratamento, no atendimento fisioterapêutico de pacientes com deficiência física. Participaram três díades de estudantes de fisioterapia e seu paciente com deficiência física. Os dados indicaram que os estagiários de fisioterapia apresentam uma baixa incidência do uso de estratégias educativas durante a intervenção. Na maior parte das vezes em que foram usadas, houve prevalência de modelação (verbal ou demonstração). A análise dos dados identificou duas grandes categorias de estratégias facilitadoras de adesão, a primeira associada aos comportamentos que estabelecem e fortalecem a interação com o terapeuta (relacional) e outra categoria que discrimina a adesão ao tratamento clínico (participativa- por exemplo, descrição da tarefa de casa, solicitar e dar informações sobre o tratamento e a saúde), com maior prevalência dos comportamentos vinculados ao primeiro grupo. Poucos foram os investimentos voltados para as práticas clínicas exigidas. Os dados também indicaram que os estagiários de fisioterapia apresentavam alguma dificuldade em transferir parte do controle do tratamento aos pacientes, o que pode reforçar a sensação do paciente de falta de controle sobre mais um aspecto nos eventos de sua vida – o tratamento fisioterapêutico. Os dados indicaram que os fisioterapeutas em formação não possuem um repertório que permita identificar comportamentos adequados e programar reforços positivos contingentes, o que possivelmente pode fazer com que o profissional priorize o uso de técnicas que não requerem uma participação ativa do paciente e, até mesmo, que se sinta desconfortável com uma participação maior do paciente. Na mesma direção,

⁴ O estudo de Soares (2010) envolveu participantes vinculados ao mesmo ambulatório universitário e curso de graduação deste trabalho.

Neuwald e Alvarenga (2005) identificaram, por meio de entrevista realizada com vinte pacientes que realizaram no mínimo vinte sessões de atendimento, a presença inexpressiva de práticas educativas em saúde por profissionais e estudantes de fisioterapia. Os autores ressaltaram a necessidade das instituições de ensino formar profissionais sensibilizados para a importância da informação, comunicação eficaz e educação, para implementação de tratamentos de saúde mais efetivos.

Assim como outros serviços de saúde pediátricos, a atuação fisioterapêutica carece de abordagem que contemple as necessidades de saúde, sociais, emocionais e educativas da criança e necessidades familiares (Pountney, 2008). No entanto, a extrema fragmentação do conhecimento, resultado do avanço e isolamento das disciplinas, tem se demonstrado um modelo ineficiente, levando à necessidade de colocar a interdisciplinaridade no centro das discussões sobre o desenvolvimento dos conhecimentos e das práticas em saúde. Nas últimas décadas, esta discussão tem sido amplamente debatida, no que diz respeito tanto à produção acadêmica quanto à prestação dos serviços de saúde. No entanto, embora se fale incessantemente da interdisciplinaridade, muitas são as dificuldades de desenvolver modelos organizacionais que levem a seu exercício (Matos, Pires & Campos, 2009).

O referencial da interdisciplinaridade na educação de profissionais vem se destacando no cenário da política de Saúde. Feuerwerker (2007) apontou para a necessidade de se reconhecer que educação na saúde é um campo de produção de conhecimento, necessariamente inter e transdisciplinar, nos quais os saberes de práticas sociais estão em processo de constituição e construção, faltando iniciativas de avaliação que dêem conta da complexidade dos processos.

A discussão sobre a importância da interdisciplinaridade está estreitamente associada à questão da integralidade da atenção em saúde, oferecida à população. As

diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, dentre os quais está o curso de fisioterapia, definem que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Cecim & Feuerwerker, 2004). A integralidade do cuidado é um pilar de sustentação das políticas públicas em saúde no Brasil, preconizada pelos documentos que estabelecem o Sistema Único de Saúde (Mattos, 2004; 2005; Cecílio & Merhy, 2003). Como apontam Cecílio e Mhery (2003), a atenção integral a um paciente seria um esforço para uma abordagem completa, holística, nesse sentido integral, de cada pessoa com necessidades de saúde.

Referenciais da Psicologia para o Enfoque na Família

Considerando a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, a área de Psicologia poderia auxiliar a entender as complexidades envolvidas na atenção fisioterapêutica junto a crianças com transtornos neurológicos e suas famílias e a encontrar estratégias para práticas ampliadas, com vistas à integralidade do cuidado. Nesse sentido, a Perspectiva ecológica do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996) é uma abordagem compreensiva dos sistemas que contemplam o ambiente no qual a criança com transtorno neurológico que faz tratamento em fisioterapia está inserida. Em um recorte dos sistemas família e reabilitação, o referencial Práticas Centradas na Família (Dunst, Boid, Trivette & Hamby, 2002) permite analisar as relações profissional- família e suas especificidades. E os conhecimentos da área de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 1999) podem contribuir para melhor relação profissional- familiar porque descrevem programas de intervenção que visam ampliação de repertório social na interação entre pessoas.

Dessa forma, a perspectiva ecológica do desenvolvimento, conforme proposto por Bronfenbrenner (1996), e as Práticas Centradas na Família (Dunst et al., 2002), podem contribuir por contemplar a inter-relação entre diferentes dimensões do ambiente envolvendo a tríade: criança em desenvolvimento, família e profissionais de saúde. Assim, tais referenciais são pertinentes para a compreensão do contexto: criança com transtorno neurológico, família e fisioterapeutas e a orientação para práticas sociais significativas. Ademais, o referencial das Habilidades Sociais poderia contribuir para a implementação de estratégias visando ampliação de repertório comportamental com vistas à efetividade de práticas integradoras. Por isso, esses três referenciais serão apresentados, a seguir.

A Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento

Na perspectiva ecológica do desenvolvimento, o ambiente é concebido como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, em termos de sistemas que se interconectam: o microsistema, o mesossistema, exossistema e macrosistema (Bronfenbrenner, 1996). O microsistema diz respeito às interações do indivíduo que ocorrem nas relações diádicas, com igual importância atribuída às conexões com outras pessoas do ambiente e a natureza desses vínculos, que impactam no desenvolvimento do indivíduo. Nessa perspectiva, desenvolvimento é definido como mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com seu ambiente. O microsistema é, assim, um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados, ou seja, que incluem propriedades objetivas e subjetivas, a depender da maneira como essas propriedades são percebidas pela pessoa naquele ambiente. A família é um microsistema no qual as relações com o pai, mãe, irmãos, afetam o desenvolvimento da criança com transtorno neurológico; por sua vez, a instituição de reabilitação também é um microsistema com características e padrões próprios, no qual os profissionais interagem com as crianças e suas famílias (Bronfenbrenner, 1996).

O mesossistema inclui as inter-relações entre dois ou mais ambientes (microsistemas) nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente, como por exemplo, a casa, a escola, e no contexto da reabilitação neurológica de crianças, o serviço de reabilitação fisioterapêutica. O exossistema se refere a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que a afetam, por aquilo que acontece no ambiente (Bronfenbrenner, 1996). Por exemplo, a política de educação especial, o sistema de transporte para pessoas com necessidades especiais, as diretrizes do ensino de graduação em saúde e as normas de

atendimento do setor de fisioterapia, podem afetar a criança com transtorno neurológico,. O macrossistema se refere ao contexto maior, relacionados à cultura ou subcultura, crenças e valores associados aos sistemas em níveis inferiores micro, meso e exossistema (Bronfenbrenner, 1996).

Em um modelo sistêmico, a capacidade de um ambiente funcionar como um contexto para desenvolvimento depende da existência e da natureza das trocas sociais entre este e os demais. Assim, para potencializar o desenvolvimento de uma criança com transtorno neurológico, é benéfico considerar pelos menos dois microssistemas em conjunto: casa e reabilitação. Pensando nestes ambientes e as interconexões entre eles, nota-se que a criança e o pai (cuidador) que a leva à fisioterapia estão presentes em ambos esses contextos, criando a possibilidade de o pai, treinado pela equipe de reabilitação, esteja apto a realizar atividades com seu filho, no contexto domiciliar. Também é importante considerar as características das interações diádicas que ocorrem nesses contextos, porque diferentes configurações das relações diádicas (díade observacional, díade de atividade conjunta e díade primária) e suas implicações podem causar diferentes impactos no ser em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996). Ou seja, a maneira pela qual um membro da equipe de reabilitação, como o fisioterapeuta, vai interagir com o pai, pode potencializar a aprendizagem do pai, sobre aspectos a serem treinados com a criança no contexto domiciliar, ou não.

A perspectiva ecológica do desenvolvimento analisa a maneira pela qual os indivíduos se engajam em interações como contextos do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996). Para Bronfenbrenner, sempre que uma pessoa em um ambiente presta atenção às atividades de outra pessoa, ou delas participa, existe uma relação. Uma relação que é a condição mínima e definidora para a existência de uma díade: uma díade é formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas atividades uma da outra ou delas

participam. A díade é um contexto crítico para o desenvolvimento humano. Sendo base do microsistema, possibilita a formação de estruturas interpessoais maiores – tríades, tétrades, por exemplo, que pode ampliar o potencial do ambiente para o desenvolvimento do indivíduo. A díade pode assumir três formas funcionais distintas: a díade observacional, a díade de atividade conjunta e a díade primária. Cada uma dessas configurações pode resultar em diversos tipos de impacto no processo desenvolvimental dos indivíduos: uma díade primária tem maior potencial que uma díade de atividade conjunta para o desenvolvimento do indivíduo e esta última, por sua vez, maior potencial de desenvolvimento que uma díade observacional (Bronfenbrenner, 1996). De acordo com Bronfenbrenner (1996), as características das relações também podem afetar o ser em desenvolvimento, à medida em que ocorrem reciprocidade, em que há equilíbrio de poder e relação afetiva.

No contexto da reabilitação em neuropediatria, as interações muitas vezes extrapolam as relações diádicas. A presença de uma terceira pessoa pode aumentar a funções desenvolvimentais da díade, quando sendo apoiadoras, reforçadoras, fornecedoras de instruções, encorajadora. No entanto, podem prejudicar a capacidade da díade quando as terceiras pessoas se tornam fontes de distração ou são percebidas como rivais, por exemplo. (Bronfenbrenner, 1996).

Formas de inserção da família em modelos de intervenção

Quando a criança possui algum problema grave que possa incorrer a um desenvolvimento atípico, intensificando e prolongando sua dependência, o envolvimento de familiares é crucial na busca de assistência profissional, especialmente intervenções terapêuticas. Nesse sentido, a família não se caracteriza apenas como coadjuvante e sim

como protagonista, que, em conjunto com os profissionais detentores dos saberes especializados, atuarão na promoção do desenvolvimento saudável da criança (Araújo, 2004; Williams & Aiello, 2004). Para Araújo (2004), a aliança família-profissional oferece aos integrantes da tríade oportunidade para trabalhar cooperativamente na resolução de problemas mútuos de maneira não ameaçadora ou defensiva, especialmente se o profissional estiver atento a alguns aspectos como: conhecer suas próprias concepções, atitudes e valores, conhecer o sistema familiar considerando e valorizando as diferenças culturais, reconhecendo os limites da condição socioeconômica e, por fim, desenvolvendo respeito e confiança mútuos.

O grau de envolvimento e participação da família nas intervenções se caracteriza de maneira diferente conforme o modelo de intervenção adotado, intencionalmente ou não. As pesquisas apontam que a natureza da relação entre pais e profissionais pode contribuir ou impedir resultados positivos para os pais e seus filhos, dependendo de como ocorrem essas interações.

Ao longo do tempo e entre programas de intervenção, o enfoque na família e a inserção dessa vêm ocorrendo de diferentes maneiras. Entre os diferentes modelos de intervenção estão as Práticas Centradas nos profissionais, Família como aliada, Família como foco e Centrada na família, descritas e sumarizadas na Tabela 6, conforme apresentado por Dunst et al. (2002).

Tabela 6

Critérios para designação de modelos de programas profissionais em relação às famílias

Modelos de intervenção	Concepção sobre a família	Concepção do profissional	Características da intervenção
Centrado no Profissional	Família vista como incapaz de um funcionamento saudável sem a intervenção profissional	Os profissionais veem – se como especialistas que determinam o que é importante para a família	Implementadas pelos profissionais - familiares são passivos no processo. Pouco ou nenhum crédito ao ponto de vista e opinião da família
Família como Aliada	A família considerada como minimamente capaz de efetuar mudanças em suas vidas de maneira independente	Profissional tem função de orientar, prescrever, tutelar as famílias	Famíliares devem cumprir as recomendações prescritas pelo profissional.
Família como Foco	Família percebida como capaz de fazer escolhas entre as opções que os profissionais consideram importantes	Os profissionais aconselham e encorajam a família com base em suas escolhas e decisões.	Monitorar o uso que a família faz dos serviços valorizados pelo profissional.
Centradas na Família	Família é vista como totalmente capaz de fazer escolhas informadas e agir nessas escolhas.	Profissionais se veem como agentes que vão reforçar habilidades existentes e promover a aquisição de novas habilidades.	As intervenções enfatizam a construção de capacidades, o encontro de recursos e apoio às famílias.

Como em um *continuum*, os modelos apresentados se seguem cada vez mais incluindo a família na intervenção. As Práticas Centradas na Família expressam a participação total da família no tratamento do paciente (Dunst et al., 2002).

Práticas Centradas na Família

O termo Práticas Centradas na Família, sob várias designações, é usado para se referir às práticas de trabalho com a família que valoriza e respeita seus valores e escolhas e que inclui o suporte necessário para fortalecer o funcionamento familiar. Esse modelo se caracteriza por práticas que tratam a família com dignidade e respeito; compartilhamento

de informações para família tomar decisões fundamentadas; parceria e colaboração profissional/ família. Essa abordagem é a prática principal em programas de intervenção precoce, serviços para pessoas com deficiência mental e problemas no desenvolvimento, hospitais, serviços médicos e outros programas em pediatria (Dunst, Trivette & Hamby, 2007).

Pesquisas tem demonstrado que a parceria efetiva com os pais e profissionais são suscetíveis a gerar benefícios empoderadores para os pais. A parceria com a família pode ser descrita como um tipo de experiência participativa que pode levar a atingir resultados empoderadores, que significa atitudes, conhecimento e comportamentos associados à percepção de controle, competência e autoconfiança, da família. A natureza do relacionamento entre profissionais e familiares é central na percepção de controle parental (Dunst & Dempsey, 2007). A percepção de controle que os pais/ família têm em acessar recursos e suportes desejados estão positivamente relacionados com seu julgamento sobre a capacidade parental. No entanto, os profissionais raramente encorajam os pais no sentido de empoderá-los (Williams & Aiello, 2004).

A abordagem centrada na família tem como premissa que as trocas são mútuas, complementares, conjuntas e recíprocas, na qual pais e outros membros da família trabalham conjuntamente na busca de um objetivo comum. O relacionamento entre família e profissional é baseado no compartilhamento de decisões, responsabilidades, confiança e respeito mútuos (Dunst & Dempsey, 2007).

O cuidado centrado na família é uma abordagem que permite planejar, aplicar e avaliar cuidados em saúde para crianças e adolescentes, fundamentada em uma parceria mutuamente benéfica entre profissionais de saúde e famílias. Envolve o tratamento da família com dignidade e respeito, compartilhamento de informações de modo que as famílias sejam amplamente informadas sobre as condições das crianças e cuidados, a

participação da família nas decisões e plano de cuidado da criança bem como a aliança profissional- familiar no cuidado da criança. Tal prática é aprovada e recomendada por profissionais e organizações internacionais e é amplamente adotada por serviços de saúde de muitos países, como Austrália, Canadá, Finlândia, Estados Unidos, entre outros (Dunst & Trivette, 2009).

A Tabela 7 sumariza os itens utilizados na avaliação da adoção de práticas e políticas no modelo de Práticas Centradas na Família.

Tabela 7

*Indicadores de Práticas Centradas na Família*⁵

1. Família como o principal contexto para promover o cuidado da criança	7. Reconhecimento dos métodos de enfrentamento da família
2. Promoção e utilização da colaboração e parceria profissionais-pais	8. Compartilhamento de todas as informações importantes com a família
3. Promoção do apoio pais- para- pais e família- para- família	9. Reconhecimento e sensibilidade às necessidades emocionais da família
4. Respeito quanto à diversidade cultural, étnica e econômica da família	10. Reconhecimento e sensibilidade às necessidades econômicas da família
5. Reconhecimento dos pontos fortes e capacidades da família	11. Flexibilidade do cuidado em saúde para crianças e suas famílias
6. Atenção às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte do cuidado	

Fonte: Trivette, Dunst, Allen e Wall, 1993.

Dimensões do cuidado: relacional e participativa.

A abordagem centrada na família envolve duas dimensões do cuidado: relacional e participativa. A dimensão relacional envolve as práticas que envolvem a) boas habilidades

⁵ Publicados pela *Association for the Care of Children's Health* – Estados Unidos.

clínicas e b) crenças e atitudes dos profissionais sobre a família, especialmente aquelas voltadas para a capacidade parental e competências. As habilidades clinicamente relevantes geralmente estão vinculadas ao desempenho social dos profissionais, como escuta ativa, compaixão, empatia e respeito (Dunst & Dempsey, 2007; Wilson & Dunst, 2005). Exemplo: Escutar uma preocupação da família e fazer perguntas para entender com clareza o que está sendo dito.

Por outro lado, a dimensão participativa do cuidado inclui práticas sensíveis às necessidades da família e aquelas voltadas para criar oportunidades de inserir a família no programa de cuidado da criança. Tal dimensão caracteriza-se por práticas que são individualizadas, flexíveis, sensíveis às preocupações e prioridades da família bem como práticas que promovem a participação ativa da família no tratamento, como tomada de decisões e escolhas, colaboração profissional-família e ações da família para atingir objetivos e resultados desejados (Wilson & Dunst, 2005). Exemplo: engajar um membro da família em procurar informações para tomar uma decisão sobre o cuidado da criança.

O cuidado caracterizado por uma alta qualidade técnica mas que não inclui traços positivos relacionais nem práticas participativas pode produzir efeitos positivos em uma área de funcionamento mas efeitos negativos em outras. Por exemplo, pais falam que a criança melhorou de um sintoma físico mas também que se sentiram ressentidos pela maneira que foram tratados pelo profissional ou serviço. Dados de pesquisas indicam essas duas dimensões do cuidado, relacional e participativa, não necessariamente estão presentes na mesma medida e gerando os mesmos resultados. O profissional competente no aspecto relacional não significa ser competente em práticas participativas. Já o profissional competente em práticas participativas geralmente também é competente em práticas relacionais (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007).

A fim de avaliar, refletir e melhorar a adesão dos profissionais às práticas centradas na família, Wilson e Dunst (2005) criaram um *checklist* envolvendo várias dimensões de indicadores de cuidado: habilidades interpessoais; atitudes pró-ativas; escolha e ação familiar e práticas sensíveis à família.

Cada dimensão contém indicadores, que são passíveis de pontuação em relação o exercício da prática: se a prática foi efetuada, se foi efetuada parcialmente ou algumas vezes, se a prática não foi utilizada e, por último, se não houve oportunidade para a prática.

Tabela 8

Indicadores do checklist de Práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2006)

Indicadores	
Habilidades Interpessoais	Comunicação clara e completa de informações de maneira a atingir o estilo e nível de compreensão da família. Interação com a família de maneira calorosa, atenciosa e empática. Trata a família com dignidade e respeito e sem julgamentos.
Atitudes positivas	Comunica-se com a família e sobre a família de maneira positiva. Valoriza e respeita as crenças pessoais, cultura e valores da família. Foca nos pontos fortes e valores individuais da família. Reconhece as habilidades da família para atingir resultados desejados.
Escolha da família e ação	Trabalha em parceria com pais/ familiares para identificar e direcionar os desejos da família. Encoraja e ajuda a família a tomar decisões e avaliar os recursos mais ajustados para atingir os resultados desejados. Busca e promove introdução de pais/ familiares e participação ativa sobre os resultados desejados. Encoraja e ajuda a família a usar os pontos fortes e vantagens para atingir resultados desejados. Provê oportunidades de participação da família para que aprenda e desenvolva novas habilidades.
Sensibilidade	Ajuda a família a considerar soluções que incluem uma ampla gama de suporte familiar, comunitário e outros recursos para obter resultados desejados. Apoia e respeita as decisões dos familiares.

Trabalha com a família de uma maneira flexível e individualizada.

Oferece ajuda que é sensível e coincide com os interesses e prioridades da família.

Ajuda a família a ter uma atitude positiva e criativa para buscar os resultados desejados.

Fonte: Wilson e Dunst, 2005.

A utilização desse *checklist* é uma forma de avaliar e promover a efetivação de práticas centradas na família. Entretanto, para instalar tal repertório em alunos ou profissionais de saúde, podem ser necessárias estratégias específicas para aquisição dessas habilidades.

Os atuais sistemas de saúde e modelo de atendimento foram desenvolvidos, principalmente, para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, como a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas com a expectativa de cura e alta do paciente. Apesar de existir conhecimento especializado para administrar problemas crônicos e estimular o paciente a adotar uma postura de autogerenciamento, o preparo dos profissionais de saúde não garante habilidades que os tornem capazes de colaborar com os pacientes com condições crônicas bem como atuar nas equipes de saúde de forma eficaz (Organização Mundial de Saúde, 2003)

Perante as dificuldades impostas pelo tratamento de doenças crônicas, intervenções na área de psicologia para promover a adesão vêm sendo desenvolvidas e avaliadas (Kahana, Drotar & Frazier, 2008). Diante os numerosos estudos sobre intervenção em psicologia para promoção da adesão, Kahana et al. (2008) sumarizaram informações de 70 estudos que envolviam intervenções para promover a adesão de crianças com condições crônicas de saúde, e de suas famílias, ao tratamento. De acordo com os procedimentos e enfoque das intervenções, os estudos selecionados foram classificados como de caráter:

educacional, comportamental, psicossocial, tecnológico e multicomponente (aqueles que envolviam mais de um tipo de intervenção).

As intervenções de caráter educacional, conforme Kahana et al. (2008) eram as que enfocavam o suporte informacional, ensino relacionado à doença e ao tratamento e eram implementadas pessoalmente pelo responsável pela intervenção. As intervenções na categoria comportamental eram aquelas que focalizavam métodos comportamentais aplicados, como treinamento de pais e resolução de problemas, para aumentar a adesão ao tratamento. As intervenções de caráter psicossocial lidavam com rótulos sociais, funcionamento familiar e proviam intervenções em momentos de crise. As intervenções tecnológicas caracterizavam-se pela utilização de aparatos eletrônicos, como o glicosímetro e jogos interativos, por exemplo. Essa modalidade se caracterizava por não contar com o contato direto do responsável pela intervenção com a criança ou com sua família. Por fim, as intervenções que envolviam mais de um componente (multicomponentes) foram as que incorporavam intervenções educacionais, suporte social, treinamento de habilidades sociais e intervenções comportamentais, em diferentes combinações. Entre os 70 estudos analisados, a maioria (34) envolvia mais de uma estratégia de intervenção (multicomponentes). Além destes, 18 estudos tinham caráter educacional, sete abordagem comportamental e mais sete estudos envolviam estratégias tecnológicas. (Kahana et al, 2008). Pesquisadores brasileiros vêm utilizando intervenções que podem ser caracterizadas como compostas por múltiplos componentes para ampliação do repertório no relacionamento social, sob o referencial das Habilidades Sociais.

As atividades profissionais que incorrem na necessidade de interação pessoal requerem múltiplas habilidades sociais, principalmente nos profissionais em que o processo de trabalho se dá essencialmente na relação com o outro, como médicos, assistentes sociais, e terapeutas, por exemplo. No entanto, os cursos profissionalizantes de

segundo e terceiro graus usualmente abordam a competência técnica enquanto a competência interpessoal raramente é um objetivo de formação. A competência no relacionamento interpessoal acaba ocorrendo de forma não sistemática, como um subproduto desejável do processo educativo (Del Prette & Del Prette, 2007).

Habilidades Sociais: programas de intervenção para aquisição de habilidades

Habilidades Sociais se referem à existência de distintas classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo, para lidar de maneira adequada com as demandas das situações ambientais. O termo Habilidades Sociais designa diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, contribuindo para sua competência social, o que favorece o relacionamento saudável e produtivo entre as pessoas (Del Prette & Del Prette, 2005). Considerando referenciais teóricos para programas de intervenção que buscam alterar comportamentos, Del Prette e Del Prette (2011) tratam de um dos enfoques teórico-práticos de programas de Treinamentos de Habilidades Sociais (THS), o operante, cuja ênfase recai nos princípios da análise do comportamento (Skinner, 1953/ 1994). Os programas baseados no enfoque operante geralmente possuem uma estrutura que compreende uma avaliação ou diagnóstico inicial; explicação sobre a racional da intervenção; contrato e regras de funcionamento; organização e distribuição das sessões no tempo; avaliações intermediárias, final e de seguimento.

Nesse modelo de intervenção, três técnicas são principalmente utilizadas: a instrução, o ensaio comportamental e a tarefa de casa. A instrução é um elemento importante da intervenção porque alguns indivíduos não se comportam de determinada maneira porque nunca receberam instrução efetiva tampouco foram encorajados a agir da maneira como descrita nas instruções. O ensaio comportamental permite o

aperfeiçoamento da resposta por meio de modelagem, modelação, extinção, reforçamento diferencial, entre outros. A tarefa de casa permite a generalização, promovendo a adaptação dos novos comportamentos ao ambiente natural do participante e sensibilidade às contingências (Del Prette & Del Prette, 2011).

Trabalhando nessa abordagem, visando ampliar o repertório adequado de crianças, Pinheiro, Haase, Amarante, Del Prette e Del Prette (2006) realizaram um programa de Treinamento de Habilidades Sociais para pais de crianças com problemas de comportamento. O programa ocorreu durante 11 semanas consecutivas, com a participação de 32 mães e dois pais. Durante a intervenção, foram abordados princípios da análise do comportamento para a prática disciplinar não-coercitiva e modelos de habilidades sociais educativas para pais. Os pais foram incentivados a: a) prestar atenção no bom comportamento do filho e elogiá-lo quando adequado; b) promover e monitorar a brincadeira independente da criança; dar instruções de maneira adequada; c) fazer leitura do ambiente social; d) desenvolver habilidades empáticas com as crianças, que incluem prestar atenção aos sinais que a criança emite quando está vivenciando algum problema, e) ouvir de maneira atenta o que a criança tem a dizer, colocar-se no lugar da criança, expressar verbalmente compreensão e apoio, entre outros. Adicionalmente, foram solicitadas aos pais que realizassem tarefas semanais de observar o comportamento do filho, estabelecer condições de aprendizagem e desempenho de comportamentos desejáveis (empatia, seguimento de instruções, independência etc.), expressão afetiva entre outros. Os resultados indicaram significativa diminuição de frequência e severidade de comportamentos inoportunos ou indisciplinados, por meio da avaliação dos pais.

Outro recurso desenvolvido para instalar e refinar comportamentos são as atividades em grupo sob o formato de vivências. Na área de Habilidades Sociais, vivência é definida como uma atividade estruturada de forma análoga ou simbólica ao que ocorre

em situações cotidianas de interação social dos participantes, que mobiliza sentimentos, pensamentos e ações, com o objetivo de suprir déficits e maximizar habilidades sociais em programas de THS em grupo (Del Prette & Del Prette, 2007). Assim, a técnica de vivência é uma experiência prática que pode promover ganhos nas habilidades sociais e por isso potencialmente útil para melhorar a interação de profissionais de saúde com os cuidadores. As vivências podem propiciar desempenhos e experiências pessoais capazes de articular demandas cognitivas, emocionais e comportamentais, criando oportunidades de observação, descrição e *feedback* por parte do facilitador ou terapeuta, bem como, pelos demais participantes. Tais desempenhos são ocasiões para modelação, ensaio comportamental, modelagem e outras técnicas capazes de instalar ou refinar comportamentos desejados. O uso de vivências, mediado pelo facilitador em caráter educativo e contando com o apoio mútuo dos integrantes do grupo, pode proporcionar oportunidades para *feedback* ao participante, visando melhoria das suas habilidades relacionais (Del Prette & Del Prette, 2007).

O *feedback* pode ser utilizado de maneira intencional para descrever o desempenho de uma pessoa, permitindo assim, a regulação das relações sociais que geram determinados resultados. Com caráter descritivo e não avaliativo, o *feedback* pode ocorrer de maneira verbal ou por meio de *videofeedback* (Del Prette & Del Prette, 2007). O *feedback* verbal se refere à descrição do comportamento do participante pelo facilitador ou demais participantes principalmente voltando-se para os aspectos positivos da resposta. O *videofeedback* consiste na exposição de imagens gravadas do indivíduo para que ele mesmo tenha oportunidade de observar e descrever diretamente seu próprio desempenho (Del Prette & Del Prette, 1999). Em relação á gravação de imagens, Kreppner (2001) afirma ser um importante recurso para as ciências humanas, porque com o uso de técnicas cinematográficas, é possível observar e descrever adequadamente os comportamentos, as

características pessoais ou a qualidade dos relacionamentos, com todos os seus detalhes, sem nenhum tipo de abstração.

Del Prette & Del Prette, 2011, apontaram para a necessidade de identificar intervenções efetivas em grupo para aquisição de Habilidades Sociais e descreveram estudos dessa natureza, como o trabalho de Kesterberg e Falcone (2011), no contexto de intervenção junto a profissionais de saúde. Essas autoras descreveram um programa de intervenção para promoção de empatia junto a graduandos de enfermagem, em estudo com delineamento experimental, conduzido com 33 estudantes, 17 participantes compondo o grupo experimental, e 16, o grupo controle. O programa de intervenção foi realizado em dezesseis encontros semanais, com duração de 3 horas cada. Cada sessão envolvia etapas de relaxamento, comentários sobre a tarefa de casa, exposição dialogada, vivências, feedback e parte prática. Os resultados indicaram que o programa de intervenção foi eficaz para a melhoria de aspectos cognitivos e afetivos da empatia e verbalização empática para o grupo intervenção, quando comparado ao grupo controle.

A observação de estudos de revisão da literatura em Habilidades Sociais indica que raramente são abordadas explicitamente as habilidades sociais de terapeutas e quando o faz, enfoca o profissional psicólogo ou ainda, o graduando do curso de psicologia. (Fumo, Manolio, Belo & Hayashi, 2009; Bolsoni- Silva et al., 2006). Tais revisões não identificaram pesquisas que tratassem de habilidades sociais terapêuticas em profissionais de fisioterapia, o que indica uma lacuna na literatura e no conhecimento sistematizado. Em estudo recente com o objetivo de analisar a produção científica brasileira envolvendo habilidades sociais e saúde, Sá, Campos e Dascanio (2011) encontraram poucos artigos na última década (17), sendo que a maioria dos estudos foi realizada com pacientes ou com pessoas sem condição clínica e não relacionados diretamente ao trabalho em ambiente de saúde. Os autores afirmam que a produção de trabalhos que envolva o campo das

habilidades sociais e aspectos de saúde ainda é bastante tímida. Nesse sentido, são necessários esforços para ampliação do conhecimento e práticas sobre Habilidades Sociais no contexto de Saúde, e, conforme o exposto, também especificamente em relação à fisioterapia, para que o profissional fisioterapeuta tenha habilidades para lidar com os familiares de crianças por eles atendidas, na direção das práticas centradas na família.

Justificativa e Enunciado do Problema

As habilidades do fisioterapeuta para lidar com a família da criança em processo de reabilitação neurológica são importantes para maximizar a eficácia dos esforços do profissional para intervir com esta população, em função do efeito na adesão da criança ao tratamento proposto, uma vez que esta depende do apoio e envolvimento de familiares. Desta forma, o ensino destas habilidades deve fazer parte da formação de alunos. No entanto, não foram encontradas informações sistematizadas sobre o repertório de fisioterapeutas em formação, em relação a todas estas habilidades, tampouco, sobre a eficácia de esforços de instrução e treinamentos visando a aquisição e maior domínio deste repertório por parte destes. Este trabalho visa o aproveitamento de conhecimentos sobre o incentivo e apoio ao envolvimento parental, principalmente na área de Psicologia e a extensão desses conceitos para a área de fisioterapia. Ou seja, esse programa de pesquisa envolve um trabalho inter e transdisciplinar.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar necessidades de aprendizagem por parte dos estagiários em fisioterapia neuropediátrica sobre envolvimento familiar e avaliar uma intervenção para ampliar repertório de promoção do envolvimento parental na fisioterapia da criança.

Objetivos Específicos

O Estudo 1 tem como meta investigar a concepção dos estagiários sobre os fatores relacionados à adesão da criança ao tratamento fisioterapêutico, como descrevem as formas de participação dos cuidadores na reabilitação dos filhos, a compreensão sobre o papel dos pais (ou outros cuidadores) no tratamento da criança e aspectos relacionados à formação dos alunos para este fim.

O Estudo 2 visa analisar o repertório dos estagiários de fisioterapia junto aos pais das crianças atendidas. Pretende identificar repertório atual e o repertório necessário para promoção do envolvimento do cuidador e as dificuldades dos alunos na interação com os cuidadores, descrevendo as interações com os pais (ou outros cuidadores).

O Estudo 3 visa a avaliação de uma capacitação com o objetivo de promover a aquisição de algumas habilidades, por parte de estagiários de fisioterapia, consideradas importantes, com base na revisão de literatura e nos dados dos Estudos 1 e 2.

Aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFSCar (Anexo A).

Terminologia

Sobre os termos utilizados, cuidador, nesse trabalho, abrange pais, mães ou outros familiares e é utilizado como referência às pessoas que acompanham as crianças nas sessões de fisioterapia. Os fisioterapeutas em formação são nomeados como estagiários ou alunos. O termo papai foi utilizado especificamente para se referir à figura parental masculina, quando pertinente. O uso do termo *criança* está de acordo com A Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1989), ou seja, todo ser humano menor de 18 anos. No decorrer do estudo, a criança usuária do SUS, é referida, por vezes, como paciente. Foram atribuídos nomes fictícios para todos os participantes.

Estudo 1

Método

Participantes.

Participaram deste estudo 10 alunos de fisioterapia que realizavam estágio correspondente ao segundo trimestre de 2009, na área de neuropediatria, em um ambulatório universitário vinculado ao SUS. Os dados de identificação estão expostos na Tabela 9.

Tabela 9

Identificação dos alunos.

Nome	Idade (anos)
Alice	22
Ana	22
Dana	23
Flávia	22
Guto	23
Monika	30
Maiara	24
Tamara	21
Vivian	22
Marcos	24
	Média: 23,3 DP: 2,54

Os participantes, oito do sexo feminino e dois do sexo masculino, eram vinculados a um curso de graduação em fisioterapia considerado de alta qualidade, avaliado com o conceito máximo (cinco), de acordo com dados do Exame Nacional de Desempenho de

Estudantes (ENADE, 2007). O conceito cinco caracteriza os melhores cursos de fisioterapia do Brasil, correspondendo a 2% do total de cursos do país (SINAES, 2007).

Os alunos participantes cursavam o quarto (e último) ano do curso de fisioterapia e por isso eram estagiários. Sendo os estágios trimestrais, estes alunos cursavam o estágio relativo ao segundo trimestre de 2009. O esquema de estágio fazia com que cada aluno atendesse mais de uma criança, uma de cada vez, em sessões com duração de 50 minutos, ao longo de cinco manhãs por semana.

Formas de recrutamento e seleção.

Foram convidados todos os 10 estagiários inscritos no estágio em fisioterapia neuropediátrica, no ambulatório e todos concordaram em participar do estudo. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa, no caso de estagiários de fisioterapia foram: a) ser aluno de estágio curricular do último ano do curso de graduação em fisioterapia, b) estar realizando o estágio de intervenção em neuropediatria no ambulatório universitário de reabilitação, c) aceitar participar do estudo. Os alunos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Local de coleta de dados.

A pesquisa foi realizada em um ambulatório universitário de uma cidade de médio porte no interior do estado de São Paulo, no setor de pediatria. A clientela atendida no ambulatório são crianças com distúrbios neurológicos, problemas de aprendizagem, problemas de comportamento, entre outros, nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e psicologia. Na área de fisioterapia, as principais patologias atendidas são

paralisia cerebral, Síndrome de *Down* e mielomeningocele. Os estudantes inseridos nesse contexto de serviço e formação são, em sua maior parte, das áreas de fisioterapia e terapia ocupacional.

O espaço físico do ambulatório conta com uma recepção, sala de espera, salas de atendimento e corredor que interliga sala de espera com salas de atendimentos, onde muitas vezes, a reabilitação é iniciada.

As salas de atendimento nas quais ocorrem as intervenções em fisioterapia e onde os dados foram coletados, são descritas na Tabela 10.

Tabela 10

Descrição dos ambientes do ambulatório universitário.

Ambientes	Equipamentos/ Mobília	Área (m²)
Sala de Integração Sensorial	Equipamentos suspensos: banco, cavalo, entre outros.	51
Ginásio 1	Tablado, espelho unidirecional, escada, jogo de bolas rolos.	28
Ginásio 2	Tablado, espelho unidirecional, degraus, bola, rolos.	28
Ginásio 3	Tablado, espelho, mesas e cadeiras para crianças,	28
Ginásio ortopedia	Esteira elétrica, escada, tablado.	37
Sala tipo consultório	Mesa e 2 cadeiras	10
Sala de espera	Longarinas, mesas com cadeiras para as recepcionistas, aparelho de TV.	20

Instrumentos.

O roteiro de entrevista semiestruturado para estagiários de fisioterapia foi elaborado especificamente para este estudo (Anexo C), sendo composto por três seções. A primeira contou com questões relacionadas à identificação dos participantes (nome, idade). A segunda contemplou questões abertas para registrar a opinião do respondente sobre: (a) fatores que influenciam na adesão das crianças ao tratamento em fisioterapia, (b) fatores que contribuem para a evolução da criança no tratamento, (c) formas de interação do fisioterapeuta com os pais (relacionamento, comunicação), (d) formas de participação dos pais no tratamento e (e) aspectos abordados na formação em fisioterapia voltados para a interação com a criança e sua família. A terceira parte contou com um levantamento de dificuldades em situações que requerem interação com a criança e sua família, por meio da avaliação de 18 indicadores, para os quais os estagiários deveriam indicar o nível de dificuldade encontrada (*nenhuma, pouca ou muita*).

Materiais e equipamentos.

Os materiais utilizados foram: papel, canetas. Os equipamentos envolvidos foram: gravador digital computador e impressora.

Situação para a coleta de dados.

As entrevistas com os estagiários de fisioterapia ocorreram em uma na sala de atendimento individual do ambulatório, em horários previamente agendados, de acordo com a conveniência dos participantes. Nas situações de entrevista, a pesquisadora ficava a

sós com os participantes. Foi solicitada a permissão para gravação das entrevistas em áudio.

As entrevistas tiveram duração entre 40 a 50 minutos. A pesquisadora solicitava permissão para a gravação da entrevista e a conduzia por meio das perguntas do roteiro. Eram feitas novas perguntas para esclarecimentos adicionais, que emergiam em decorrência das respostas. Ao final da entrevista, era questionado se o participante tinha alguma pergunta e finalmente, agradecia-se a participação.

Análise dos dados.

As entrevistas foram transcritas. As respostas dos estagiários foram agrupadas por temas, categorizadas, quantificadas e analisadas. Privilegiou-se a análise qualitativa dos dados. Ao longo da apresentação dos resultados, foram incluídas falas dos participantes por ilustrar com amplitude os dados encontrados.

Resultados e Discussão

Inicialmente, nos resultados, apresenta-se um resumo das respostas dos alunos aos itens do roteiro de entrevistas que abordam suas crenças em relação à adesão, de maneira mais geral, e a importância do envolvimento parental, especificamente.

Concepções sobre Adesão.

As respostas emitidas pelos alunos indicam uma concepção de adesão como um processo multifatorial. Os 10 participantes sinalizaram, no mínimo, dois fatores como afetando a adesão da criança ao tratamento, e cinco deles apontaram de quatro a seis fatores. Entre os fatores percebidos como influenciando na adesão, os participantes indicaram principalmente aqueles relacionados ao comportamento dos estagiários, aos cuidadores e às crianças, conforme descrito na Tabela 11.

Tabela 11

Frequência da menção de fatores percebidos como influenciando na adesão de crianças ao tratamento de fisioterapia

Variáveis	Número de participantes
Comportamento do estagiário	8
Envolvimento e comportamento dos cuidadores	6
Comportamento da criança	6
Impactos negativos da dor no tratamento	3
Frequência a outros serviços	3

Fatores relacionados ao comportamento do estagiário.

Do total de 10 participantes, oito apontaram um conjunto de variáveis relacionadas ao comportamento dos estagiários como afetando a adesão da criança ao tratamento. As respostas se voltaram principalmente para a interação do terapeuta com a criança e o comportamento do terapeuta para tornar a atividade mais atrativa

“Tem que ir conhecendo ela (a criança), o comportamento, conversando com ela, para que ela mude um pouco e comece a gostar da terapia.”

(Guto).

Para uma participante, é importante se dedicar totalmente à interação com a criança, a despeito de outras circunstâncias:

“Teve um dia com uma paciente que foi nítido. A gente teve problema no estágio e estava muito cansado. Chegou para atender ela (a criança) meio quieto, não interagiu muito. Pensamos: vamos deixar a cabeça no atendimento, não vamos deixar atrapalhar.” (Alice).

A interação com o paciente é um aspecto da dimensão relacional do cuidado, que envolvem as boas habilidades clinicamente relevantes, tal como a escuta ativa, descrita por Wilson & Dunst (2005).

Também foram considerados importantes para a adesão, os comportamentos dos estagiários para engajar a criança na terapia, tornando-a mais atrativa:

“(...) se o fisioterapeuta está empenhado em buscar brinquedo, se a criança não gosta desse jeito, tenta fazer de outro... Isso afeta bastante.”

(Flávia).

“Eu já cobri a sala de papel para a criança pintar, preparei para não se sujar, pus a tinta no potinho e ela pintou um risco e desinteressou. Na hora você tem que pensar em outra coisa e perde um pouco. Tinha cinco anos. E acontecia bastante. Você pega um brinquedo, a criança não liga. Tem que correr e buscar outro. Você conta uma história e ela não pegou, tem que trocar, falar outra coisa... tudo na hora”. (Alice)

As respostas dos participantes são indicativas da necessidade de empenho e versatilidade do fisioterapeuta, criatividade e necessidade de ajustar a atividade aos interesses da criança.

Os estagiários também se referiram à procura de estímulos reforçadores para aumentar a probabilidade de respostas da criança de se engajarem na terapia. A abordagem comportamental é uma eficiente estratégia da área de Psicologia reconhecida até por autores na área e contexto da fisioterapia (Sluijs & Knibbe, 1991). No entanto, encontrar estímulos reforçadores pode ser uma tarefa difícil, conforme relatado pela participante Alice.

Fatores relacionados aos Cuidadores.

Seis participantes associaram a adesão da criança ao tratamento com variáveis associadas aos cuidadores. Essa relação foi expressa pelos sujeitos como: a importância

que os pais atribuem à fisioterapia, ao comportamento dos pais em relação ao tratamento e ao acompanhante da criança que a leva à fisioterapia.

Em relação à importância que os pais atribuem à fisioterapia, Alice afirma que são os pais que aderem ao tratamento quando a criança é pequena e esse engajamento está relacionado à percepção da seriedade do tratamento fisioterapêutico. Na mesma direção, Dana afirma que a adesão ao tratamento depende do reconhecimento dos cuidadores sobre a importância do tratamento de fisioterapia:

“Porque a gente percebe que é mais importante a mãe entender que é importante (o tratamento de fisioterapia) porque ela quem vai trazer a criança para cá. Algumas aderem bastante, outras, quase nada. Como por exemplo, a M (...), a mãe que não entendeu a importância, e não trouxe mais”. (Dana)

Para Flávia, a percepção dos pais sobre a importância da fisioterapia influencia o empenho da criança no tratamento:

“Se os pais acham importante a fisioterapia, a criança com certeza vai gostar mais da fisioterapia e vai se empenhar mais (...). Acho que na adesão da criança, os pais influenciam bastante”. (Flávia).

Essa concepção dos participantes pode estar relacionada à percepção do cuidador sobre a efetividade do tratamento. A confiança no bom resultado do processo fisioterapêutico é um dos fatores correlacionados com a adesão em fisioterapia (Sluijs et al., 1993).

Em relação ao comportamento dos pais, os participantes referiram assiduidade (4 participantes), ajudar na motivação da criança (3 participantes) e provisão de informações sobre as crianças (2 participantes) como fatores que contribuem para a evolução da criança no tratamento de fisioterapia.

Os participantes indicaram um terceiro aspecto relacionado ao fator cuidadores: o acompanhante da criança à fisioterapia. Dois participantes relacionaram a adesão da criança ao tratamento com o papel familiar da pessoa que a leva à fisioterapia. A participante Monika relata o caso de uma criança que apresentava um comportamento mais adequado quando a cuidadora principal a trazia, ao invés de um cuidador secundário, ainda que eles não permanecessem dentro da sala de atendimento durante a sessão. A participante Flávia afirma que a criança que é levada para a fisioterapia pelos avós apresenta comportamentos menos adequados para o tratamento durante a sessão de fisioterapia do que quando esta é levada pela mãe e pelo papai. Para ela, a evolução da criança é maior quando é levada pela mãe do que avós, ou pelo papai.

Os profissionais voltados para práticas centradas na família procuram envolver o cuidador e demais familiares no tratamento da criança, procurando reforçar seus pontos fortes. Buscam promover o apoio pais – para - pais e família – para - família. Nesse sentido, a avaliação da participação de outros membros da família, que não o cuidador principal, como atrapalhando o atendimento, diverge desse referencial. A fala destes participantes indicam déficits na dimensão relacional do cuidado, no que diz respeito às crenças e atitudes dos profissionais sobre a família, especialmente aquelas voltadas para as capacidades e competências dos familiares (Wilson & Dunst, 2005).

Para Moraes et al. (2009), a análise da adesão deve identificar as condições sob as quais o comportamento ocorre e então, proceder ao planejamento e implementação de estratégias realistas para a modificação do comportamento em direção às estratégias

favorecedoras para o tratamento. Nessa análise, se efetivamente o cuidador secundário não contribuiu da mesma forma para a reabilitação da criança, é necessário um esforço maior por parte do terapeuta para aumentar a adequação de outros membros da família, que não o cuidador principal, na reabilitação da criança: instruindo, solicitando colaboração, compartilhando responsabilidades, conhecendo suas necessidades e forças para que envolva esse cuidador, de maneira mais adequada, no tratamento da criança.

Cuidadores de pessoas em situações crônicas de saúde tem necessidades peculiares e precisam de suporte familiar e social. Estudos como o de Pegoraro e Caldana (2006) investigaram aspectos dos cuidadores de adultos em situações crônicas de doença mental. As autoras identificaram sobrecargas de ordem prática, financeira e emocional nos participantes com esse perfil; essas cuidadoras também tinham menos tempo para cuidar de si mesmas, havia justaposição de outros papéis familiares e responsabilidades. No estudo, foi reconhecida a importância do apoio da figura masculina (marital) e familiar para apoio do cuidador, que precisa solicitar ajuda e delegar as tarefas, de acordo com suas necessidades.

Na mesma direção, um estudo realizado junto a cuidadores de crianças com paralisia cerebral conduzido por Marx, Rodrigues, Rodrigues e Vilanova (2011), detectou que depressão, ansiedade e problemas relacionados ao sono foram comuns em cuidadores dessas crianças, independentemente do nível de sua funcionalidade neurológica. Por meio de avaliação psicológica, estes participantes manifestaram mais sintomas de depressão, ansiedade e significativamente mais sono no período diurno em comparação com os participantes do grupo de comparação, formado por pais de crianças saudáveis. Outros aspectos agravantes foram a renda, menor escolaridade e relacionamentos menos estáveis (Marx et al., 2011). Ou seja, os cuidadores podem estar em situação de maior vulnerabilidade e necessitam de apoio familiar e social. O apoio do papai, familiares, bem

como apoio social, podem afetar o envolvimento materno com o tratamento da criança (Lima, 2006).

A sobrecarga de tarefas as quais os pais são submetidos e a demanda extra de trabalho inerente ao cuidado de uma criança com necessidades especiais faz com que os pais necessitem de apoio extra para cumprir as necessidades de tratamento da criança. O compartilhamento do cuidado da criança, incluindo o acompanhamento da criança a tratamentos, é benéfico e desejável, principalmente quando são vários esses tratamentos. Benéfico e desejável porque alivia o cuidador principal, que geralmente é a mãe, permitindo que esta se dedique a uma profissão, tenha tempo para outros filhos, tempo para ir ao médico, para descansar, entre outros. Receber apoio também contribui para a assiduidade da criança no tratamento em períodos em que o cuidador principal tenha algum impedimento, por exemplo, problemas de saúde seu ou de outro familiar que seja seu dependente. Por isso há que se valorizar e incentivar a participação de outros cuidadores, que não o principal, no tratamento das crianças bem como provê-los de informações necessárias para que também contribuam nesse processo, além de fazer com que a informação importante para o tratamento da criança chegue também ao cuidador principal.

Fatores relacionados ao comportamento da criança.

Seis participantes indicaram que aspectos do comportamento da criança durante as sessões podem ter efeitos negativos. Os participantes se referiram a comportamentos típicos e atípicos da criança, que interferem no cotidiano da fisioterapia. Por exemplo, Dana relatou o comportamento inadequado de uma criança que atrapalhava a terapia:

“Ela não quer fazer o tratamento (criança K). Ela não sabe o que ela precisa. A todo o momento, ela quer que os outros façam por ela. (...) A Selma (uma estagiária que não participou do estudo) ficou 15 minutos tentando fazer que ela descruzasse a perna, ela não descruzou. Quer mostrar as coisas que ela sabe fazer. Ela quer enrolar. Quer fazer do jeito dela.” (Dana).

Guto apontou outra classe de comportamentos da criança que interferem na terapia:

“Sempre que eu mudo a brincadeira (...) (a criança) não quer mudar, quer continuar a fazer aquilo lá. Eu falei: “Mas acabou os peixinhos, não tem mais peixinho para pescar”. Ele quer pescar o que já está pescado. “Vamos mudar para outra coisa”. E ele fala: “não quero, não quero, não quero”. “Então não vamos fazer nada, então”. Com ele tem que fazer assim, porque se eu insistir com ele, ele não vai querer fazer mesmo (...). Até para ir embora, ele enrola também. Vamos embora. Ele: “Não, quero ficar aqui”. “Mas eu tenho que ir embora”... “Ah, fica aí”. Arrumo todas as coisas... Tem vezes que eu pego e vou embora, saio da sala. Ele fica lá um pouquinho olhando assim, depois ele fala que tem um monstro na janela. Ele fala, “tem um monstro na janela!” “Que monstro? Não estou vendo nada!”. (Guto)

Outro exemplo foi apontado pela estagiária Alice, que também se remete a um problema de comportamento da criança que influenciava seu atendimento:

“(a criança) Tinha um problema para ir embora, que acabava estragando metade da sessão. Na hora que eu precisava que ela saísse da sala para aferir a pressão dela em outra sala, ela já associava essa parte com ir embora. Então, ela mudava totalmente o comportamento, ficava emburrada, começava a chorar, não queria sair da sala. Era muito difícil fazer com que ela saísse da sala. (...) Ela falava: “Não acabou a sessão, não vou embora”. Se negava a sair da sala.” (Alice)

Frente a essa dificuldade, a estagiária aponta para o desgaste que sentia e a falta de conhecimento sobre o que fazer diante situações como essa:

“Eu tentava de tudo, falava: “vamos lá fora porque lá fora depois a gente faz alguma outra coisa”, inventava história, eu já cheguei a encher a porta da outra sala que teria que levá-lo de balão, era sempre muito desgastante. Eu tenho certeza que tinha um jeito melhor de fazer. (...) É nessas que a gente acaba fazendo coisas erradas, prometendo coisas que não vai cumprir, que eu tentava nunca fazer mas eu já vi, assim, de prometer levar no shopping e você não vai levar, para conseguir coisas da criança. Você sabe que não é certo fazer isso mas você também não sabe o que fazer.” (Alice)

A dificuldade no controle do comportamento das crianças na fisioterapia não só atrapalhava o tratamento como também deixava a participante esgotada fisicamente, e intrigada: ela sabia que havia uma maneira melhor de fazer com que a criança saísse da sala, mas não sabia como.

Entre os participantes, duas indicaram dificuldades vinculadas ao comportamento da criança com déficit de atenção e Síndrome de *Rett*, esta última com espectro autista. O relato a seguir se refere à dificuldade e frustração da estagiária em tentar aplicar o tratamento na criança:

“(...) pedir bola vermelha e (a criança) não entender qual é o comando, não interagir, isso dificulta. Uma coisa que eu senti com a L (Síndrome de Rett). Falar, falar, falar... (...) mas durante algumas sessões a gente não conseguia interagir (com a criança) (...) o que fazer de tratamento a gente sabia, que manuseio fazer, que alongamento fazer. Tudo isso a gente tinha planejado, mas o fator principal que era o paciente interagir com a gente (...) não imaginou que fosse tanto [tão difícil].” (Monika)

A fala indica as dificuldades apontadas pelos estagiários para lidar com o comportamento de crianças e o impacto no atendimento fisioterapêutico.

A área de fisioterapia precisa de uma abordagem ampla e de um currículo que inclua conhecimentos de outras áreas, como a Psicologia, para formar um profissional com um olhar ampliado, conforme indicado em documentos como as Diretrizes (Brasil, 2002) e ABENFisio (Bispo, 2009) para lidar com desafios cotidianos do trabalho. No entanto, na prática da fisioterapia com crianças, essa necessidade pode ser ainda maior, como os resultados indicam. A dificuldade relatada por parte dos estagiários frente ao comportamento das crianças, típicas ou atípicas, indica a falta de conhecimento dos alunos sobre princípios de Análise do Comportamento. No caso apontado por Alice, em relação à criança que não queria ir embora, o referencial da Análise do Comportamento poderia gerar questionamentos sobre o motivo da criança não querer sair da sala. Ocorreriam

eventos aversivos a partir da saída da criança da sessão? A sessão de fisioterapia era o único momento de atenção da criança, ou oportunidade de acesso aos brinquedos? Poderia o aparelho de aferir pressão ser um estímulo relacionado a eventos aversivos, na história de vida da criança? Por outro lado, conteúdos relacionados às deficiências e transtornos invasivos do desenvolvimento também seriam importantes, porque a área de Neuropediatria trata de crianças com transtornos neurológicos que incorrem em algum tipo e grau de deficiência da criança.

Sluijs e Knibbe (1991) afirmam que a abordagem comportamental é um referencial útil para o tratamento de fisioterapia e que a utilização de seus conceitos simples mas com efeitos poderosos, no comportamento do paciente, exige pouco esforço e tempo. A aplicação de técnicas como modelagem, reforçamento positivo e negativo, extinção, reforçamento diferencial poderia auxiliar o fisioterapeuta no controle do comportamento da criança. No entanto, para fisioterapeutas utilizarem tais técnicas, exigiria conhecimento teórico e de aplicação prática, de difícil domínio, sendo necessárias estratégias de ensino voltadas para fisioterapeutas.

A relação do estagiário com a criança pode ser compreendida, na abordagem ecológica do desenvolvimento humano, como microssistema (Bronfenbrenner, 1996). O microssistema, diz respeito às interações nas relações diádicas (fisioterapeuta – criança) em caráter objetivo e subjetivo. Mas outros fatores que não relacionado à díade podem afetar o tratamento de fisioterapia, como a frequência da criança a outros ambientes.

Fatores relacionados à frequência a outros serviços.

A inter-relação de dois ou mais ambientes nos quais a criança se insere, compreendidas pelo mesossistema, é mais um fator que afeta seu desenvolvimento

(Bronfenbrenner, 1996). Dados relacionados ao mesossistema são trazidos à tona quando, se referindo à adesão, três participantes se referiram à frequência da criança a outros serviços (de reabilitação e escola), associando com o cansaço da criança decorrente das atividades realizadas nestes ambientes:

“Algumas chegam cansadas porque fazem muitas atividades fora do setor - escola, hidroginástica, natação, vários acompanhamentos, acho que isso atrapalha um pouco.” (Vivian)

“Esses dias estava com uma pacientinha chegando à fisio desabada porque tinha acabado de sair da sessão da TO, já estava muito cansada. Não estava respondendo mais tão bem.” (Tamara)

Duas participantes indicaram o período de adaptação escolar como afetando negativamente o desempenho da criança na fisioterapia:

“Escolinha começou há três ou quatro semanas. Alguns ficaram muito felizes e outros não gostaram, chegaram super mal, tristes, não conversavam. Por sofrer preconceito na escola, talvez, então não queriam saber de fazer muita coisa. Chegavam meio quietinhos. Perguntava para a mãe, ela falava “é que vai começar a escolinha””. (Alice)

“O E começou ir para a escola e a professora não está preparada para lidar com ele. Ela tem medo de pegar no colo, o problema dele é só nas pernas. Ela acha que não pode passear com ele porque ela tem outras crianças para

cuidar e acha que não vai dar conta, (...) ele esta chorando muito. Ontem ele estava melhor, mas duas sessões, três sessões, ele chorava desesperado, a gente não conseguia fazer nada com ele. Só quer ficar com a mãe, só quer a mãe. Fica perguntando se ela vai voltar para buscar. Com ele está difícil”.

(Tamara)

As falas dessas participantes apontam para a influência da entrada da criança na escola como afetando seu desempenho na fisioterapia. Ou seja, constataram o efeito de atividades em um ambiente, sobre o desempenho em outro, exemplificando o conceito de interações entre níveis de mesossistema (do ponto de vista do terapeuta), de forma que a efetividade da ação do terapeuta é influenciada por eventos que ocorram em outras esferas da vida da criança. Neste caso, os estagiários avaliaram negativamente a segunda atividade (escola) como tendo um impacto negativo na terapia. Tendo em vista a importância da inserção escolar da criança, no entanto, seria o terapeuta que deveria adaptar suas expectativas, nesta fase, respeitando o período de adaptação escolar, bem como, o cansaço da criança por frequentar outro serviço.

No situação apresentada por Tamara indica a necessidade de inter-relação serviço de reabilitação - escola para que o fisioterapeuta auxilie a professora da criança a compreender a patologia e a transportá-la adequadamente.

Nota-se que os estagiários também não aproveitaram a entrada da criança na escola para recrutar e treinar os professores em relação às necessidades físicas da criança, perdendo a oportunidade de fortalecer o impacto do tratamento durante as horas em que a criança passa na escola, aumentando assim, o poder desenvolvimental desse ambiente (Bronfrenbrenner, 1996). Nesse sentido, em relação à interação dos ambientes de fisioterapia e escola, duas participantes informaram que essa não é uma prática habitual:

“É difícil contato com a professora, mas na verdade a gente nunca tentou contato com a professora porque... a gente tenta mais com o médico, com outros profissionais, com a terapeuta ocupacional, psicologia.” (Alice)

“A gente precisa visitar a escola do E, a mãe está pedindo, está reclamando da professora. Não faz parte do nosso programa fazer. A gente não tem tempo, porque tem outro estagio à tarde”. (Tamara)

Impacto negativo da dor no tratamento.

Três estagiários reportaram a dor como interferindo na adesão da criança ao tratamento. A intensidade com a qual a criança sente a dor e a forma como reage à dor pode afetar o tratamento da criança, porque muitas das atividades em fisioterapia neuropediátrica consistem em exercícios e movimentos em membros, nervos ou músculos atrofiados, por exemplo, que podem causar dor. Cabe aos profissionais estimar a dor e atuar, evitando provocar uma dor além do suportável pela criança.

A sensibilidade à dor do paciente é um elemento que compõe a prática fisioterapêutica, de acordo com Sluijs (1991). Dessa maneira, dor é outro tema importante a ser abordado na formação do fisioterapeuta, porque é um dificultador do processo de reabilitação. De acordo com Alves (2007), historicamente, a dor em crianças tem sido negligenciada na área da Saúde, resultando em um subtratamento de dores crônicas e agudas em crianças. Desde a década de 1960, pesquisadores reportam para lacunas na literatura sobre dor, apontando a falta de sistemas de avaliação de dor e subutilização de medicamentos durante a realização de procedimentos os quais reconhecidamente

produzem dor em crianças. Um fator relacionado ao negligenciamento da dor em crianças é a dificuldade de comunicação da dor, pela criança.

A percepção da dor envolve componentes sensoriais e cognitivos-afetivos. Mudanças no desenvolvimento cognitivo-afetivo podem modificar a percepção da dor (Alves, 2007). Nesse sentido, a escuta ativa (Wilson & Dunst, 2005), o desenvolvimento de habilidades empáticas (Falcone, 2008), no fisioterapeuta, poderiam contribuir para atitudes solidárias e apoiadoras no enfrentamento da dor, auxiliando a criança a vivenciá-la, quando inevitável – bem como apoiar o cuidador, que presencia o sofrimento da criança. O desenvolvimento de comportamentos empáticos (especialmente da comunicação empática), seria um recurso para legitimar o sofrimento da criança e cuidador frente à dor, sem, no entanto, negá-la, quando inevitável. No entanto, na adesão ao tratamento, uma estagiária descartou a empatia do terapeuta relacionada com a dor na fisioterapia, conforme relato da participante Vivian:

“A criança em si, não depende da empatia com o fisioterapeuta porque ela aceita. Depende do tratamento. Se não dói muito, a criança não reclama muito.” (Alice)

A empatia vem sendo descrita na literatura da área de Habilidades Sociais como composta por três componentes: o cognitivo, o afetivo e o comportamental. Este último está relacionado com a habilidade de expressar essa compreensão e esse sentimento ao outro, de maneira que se sinta compreendido (Del Prette & Del Prette, 2007; Falcone, 2000; Falcone et al., 2007). As demonstrações de empatia têm o efeito de validar os sentimentos do outro, melhorando sua autoestima, facilitando a comunicação, ampliando as trocas e fortalecendo os vínculos de amizade. Em se tratando de sentimentos negativos,

envolve aliviar a tensão (oferecer consolo), aumentando o vínculo para facilitar o compartilhamento das emoções, (Del Prette & Del Prette, 2007).

Considerações gerais sobre a adesão.

Os fatores relacionados pelos participantes como afetando a adesão de crianças ao tratamento revelam a concepção dos alunos sobre adesão como um processo multifatorial (Silveira & Ribeiro, 2005). Enquanto fatores relacionados à adesão, a maioria dos participantes indicou variáveis associadas ao próprio fisioterapeuta, aos cuidadores e ao comportamento das crianças. A concentração do enfoque no comportamento do estagiário remonta às práticas de saúde no qual as famílias tem nenhum ou pouco protagonismo no tratamento, como nos modelos de práticas da abordagem Centrada no Profissional e Foco na Família, respectivamente (Dunst et al. 2002). Tais abordagens são menos eficazes, porque relegam a família ao papel de consumidora dos serviços de saúde, com pouca autonomia para participar do processo de tratamento.

O comportamento do fisioterapeuta pode afetar a adesão da criança e a participação de seus pais no tratamento, quando cria – ou não - contingências potencializadoras para aprendizagem e melhor enfrentamento de situações relacionados com o tratamento de saúde. Uma abordagem comportamental da adesão trataria da implementação de estratégias realistas para modificação do comportamento para favorecer o seguimento do tratamento (Moraes et al., 2009; Sluijs & Knibbe, 1991).

Barreiras para adesão.

As respostas dos estagiários sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento, em parte, são divergentes dos fatores identificados como correlacionados à adesão por Sluijs et al., (1993). Segundo esses autores, a adesão ao tratamento está correlacionada com as barreiras encontradas na inserção do programa de exercícios na rotina diária, sentimento de desamparo do paciente e com a ausência de *feedback* fornecida pelos fisioterapeutas, principalmente. Neste sentido, os estagiários poderiam ter relatado, sua percepção da dificuldade dos cuidadores para inserir os exercícios recomendados em sua rotina e na rotina diária da criança porque os cuidadores precisam dividir seu tempo entre as atividades domésticas, trabalho profissional e outros tratamentos que a criança frequenta. No entanto, os estagiários notaram as dificuldades das crianças, apenas comentando sobre o contexto de múltiplas atividades, a frequência da criança em outros serviços (como escola, natação e terapia ocupacional), percebendo que a própria sessão de fisioterapia pode ficar prejudicada porque a criança fica cansada, sem disposição para executar o programa de exercícios.

De acordo com Sluijs et al., (1993), o sentimento de desamparo por parte do paciente, ou seja, a falta de confiança na efetividade do programa de exercícios é evento correlacionado com baixa adesão em tratamentos de fisioterapia. No caso do tratamento de crianças, além destas, seus pais também necessitam sentir tal confiança. Os estagiários perceberam essa relação, porque quatro entrevistados associaram a importância que os pais atribuem à fisioterapia à adesão das crianças no tratamento. Quando os estagiários ressaltaram que, quando o pai reconhece a importância da fisioterapia, se engaja melhor no tratamento, influenciando a adesão da criança, estão se referindo à crença dos pais sobre a efetividade da intervenção. No entanto, os alunos não se referiram ao papel do fisioterapeuta para encontrar estratégias que tenham função de elucidar para os pais a importância da intervenção. A concepção do cuidador sobre a efetividade do tratamento

pode ser afetada pelas ações do fisioterapeuta: quando ele explica os objetivos a curto e médio prazo; quando mostra resultados de avaliações pré e pós-intervenção; quando educa o olhar do pai para que perceba os ganhos que a criança adquire com o programa de exercícios. Assim, para que os pais confiem no tratamento e reconheçam a importância do mesmo para a reabilitação de seus filhos, precisam de informações, claras e completas (Wilson & Dunst, 2005). No entanto, parece que os estagiários não investiram ou não reconheceram estas estratégias.

Nas ocasiões em que os estagiários enfocaram seu próprio comportamento como afetando a adesão da criança, eles o faziam relacionando sua interação com a criança e com seu comportamento de tornar a atividade atrativa para ela. Ou seja, não enfocaram a relação interpessoal com o pai, além da criança, deixando de empreender esta outra forma da dimensão relacional do cuidado (Wilson & Dunst, 2005).

Finalizando a discussão em relação à compreensão dos estagiários sobre a adesão, fica evidente que seria importante que os alunos tivessem maior contato com os conceitos de adesão na área de saúde, e os aspectos relacionados a ela, em um sentido mais amplo que o seguimento de recomendações por parte dos cuidadores, para modificar sua concepção sobre adesão. Os resultados apresentados a seguir oferecem dados sobre a participação dos cuidadores e sobre as interações dos estagiários e cuidadores, segundo os participantes.

Participação dos cuidadores na fisioterapia das crianças

Além das concepções sobre a importância do envolvimento do cuidador, para investigar o papel dos pais e seu o envolvimento no processo de fisioterapia dos filhos foi questionado aos estagiários quais as formas de participação dos pais no tratamento da

criança. A maioria dos participantes (n=9) referiu diversas formas de participação dos pais no tratamento fisioterapêutico dos filhos.

A forma de participação do cuidador citada com maior frequência pelos estagiários se relacionava com o seguimento de orientações do fisioterapeuta. Dentre as respostas desta classe, constaram: providenciar órteses, promover a autonomia e independência da criança evitando pegá-la muito no colo, evitar que fique muito tempo na cadeira de rodas, incentivar o usar do andador e controlar posturas.

“... [Os pais] são orientados sobre o que a gente espera alcançar no tratamento e a gente orienta o que precisa fazer em casa. Eles têm uma participação muito importante na recuperação ou na manutenção do quadro. (...) Agora, toda orientação que a gente dá para os pais eles seguem a parte deles. Essa participação é muito importante. Precisa chamar a atenção da criança quando está na postura errada, não carregar tanto no colo, não deixar tanto tempo na cadeira, incentivar usar o andador (...)” (Monika)

“(...) duas vezes por semana, fisioterapia, numa criança que tem deficiência, é muito pouco. Então, o tratamento continuado em casa... Isso é papel fundamental dos pais, contribui muito. Você pode ver. Criança que o pai e a mãe, por exemplo, precisa de uma órtese, vai atrás, consegue, faz a criança usar, é muito diferente de criança que você fala para os pais que precisa e os pais nem ligam.” (Flávia)

Além dessas, foram identificadas as seguintes categorias de participação dos cuidadores: levar a criança nas sessões (comentado por 2 participantes), auxiliar o terapeuta na sessão (n= 2), trazer informações sobre os outros serviços frequentados pela criança (n=2), oferecer dicas para ajudar o terapeuta a lidar com a criança (n=2).

As respostas dos estagiários indicam que estes reconhecem que a participação dos pais é importante no processo de fisioterapia da criança, conforme apontado pela literatura (Sari & Marcon, 2008; Foltz et al., 2007; Gração e Santos, 2008; Lima, 2006).

Apenas um participante afirmou que os pais não participavam do tratamento:

“Senti que a maioria deles não participa não. Porque muitos não sabem até o que é feito lá dentro (da sala de atendimento) e acabam não acreditando. (...) Não se interessam em entrar, perguntar por que está fazendo isso...” (Marcos).

A falta de confiança no tratamento é uma barreira para adesão ao tratamento fisioterapêutico (Sluijs et al., 1993). A resposta do participante denota uma expectativa de que a participação dos pais deve partir deles mesmos. No entanto, no referencial das práticas Centradas na Família, o profissional é quem deve assumir o papel de envolver os pais (Wilson & Dunst, 2005).

Participação no estabelecimento de objetivos terapêuticos.

As respostas dos participantes apresentadas até agora se referiam à questão aberta sobre formas de participação dos pais. Mas uma questão específica abordava o estabelecimento de objetivos de tratamento da criança. A análise destes dados indicou que

outra forma de participação dos pais, citada pelos participantes, é a oportunidade criada pelos fisioterapeutas de compartilhar com os cuidadores o estabelecimento dos objetivos de tratamento. Os 10 participantes relataram que a cada início de estágio, é feita uma entrevista sobre a criança junto aos pais. Quando questionados sobre o que os pais esperam do tratamento, quatro estagiários informaram que a resposta do pai, quando pertinente, é levada em conta para a determinação dos objetivos do tratamento. Além disso, a opinião da criança também é considerada.

“Avaliação física e faz entrevista com a mãe. Mesclado dos dois. Pergunta para a criança, se tem condições de responder, o que ela espera do tratamento. Às vezes a gente enfoca muito o que a mãe quer. Andar todo mundo fala, mas às vezes o paciente não vai andar. Eu queria que ele conseguisse passar da cama para a cadeira de rodas. Tenta ganhar o que facilita a vida da mãe.” (Alice)

“A gente costuma perguntar para o paciente, a criança e os pais, o que você espera, qual o seu objetivo maior, o que você está esperando desse tratamento. E a partir disso, a gente vai conciliando o que é importante para a criança. Eu quero que ela ande. Mas a criança não está comendo sozinha. Então vamos conciliar. Depois a gente vai trabalhando para que ela ande. O meu sonho é ver o meu filho correr. Mas o sonho da criança é andar de bicicleta. Muitas vezes é mais fácil conseguir que ele ande de bicicleta antes de correr e aí a gente também engloba o que a criança espera.” (Monika).

Assim como participar do estabelecimento dos objetivos terapêuticos, outras formas ativas de participação dos pais, no tratamento em si, também são importantes para melhorar o impacto do tratamento, resultando em maior eficácia da intervenção. É importante assinalar a observação da ausência de comentários sobre outras formas de participação ativa dos cuidadores de crianças, nas sessões de terapia, como por exemplo, realizar alongamentos, posicionar a criança no equipamento, efetuar algum manuseio possível de ser realizado por pessoa leiga, capacitada pelo fisioterapeuta. Enfim, práticas relacionadas à dimensão participativa do cuidado (Dunst & Dempsey, 2007).

Em relação às práticas relacionais (Dunst & Dempsey, 2007) os estagiários não indicaram a importância de seu próprio comportamento na interação com os pais, embora isso ocorreu quando refletiram sobre sua relação com as crianças. No entanto, a natureza da relação entre profissional e cuidador pode melhorar ou prejudicar resultados positivos tanto para as crianças quanto para os pais. A maneira pela qual esta relação se desenvolve afeta a percepção dos pais sobre o controle parental, ou seja a sensação de eficiência para resolver os problemas em relação à problemática do filho (Dunst & Dempsey, 2007).

Dificuldades encontradas na interação com os pais: relacionamento e envolvimento.

Fatores envolvidos na reabilitação fisioterapêutica de crianças em neuropediatria foram avaliados pelos participantes, os quais relataram o grau da dificuldade percebida para relacionar-se com e envolver os pais: nenhuma, pouca ou muita. O número de

respondentes que indicaram cada grau de dificuldade está apresentado na Figura 1.

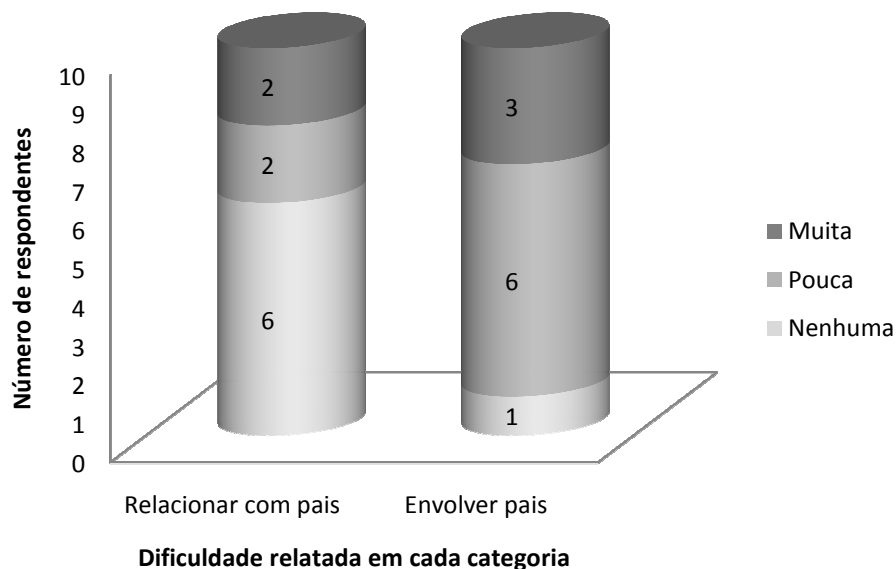


Figura 1. Grau de dificuldade apontado pelos estagiários, para relacionar-se com e envolver cuidadores no tratamento da criança.

Nota-se que poucos participantes consideraram que era difícil relacionar-se com os cuidadores ($n=2$) ou envolvê-los no tratamento ($n=3$). Mas os dados indicam que, em geral, os alunos consideram relacionar-se com os pais uma tarefa mais fácil do que envolvê-los no tratamento.

Orientação dos pais.

Foi questionado aos alunos se encontram dificuldades em realizar a orientação dos pais. Sete sujeitos relataram encontrar pouca dificuldade para realizar essa prática e apenas um referiu encontrar muita dificuldade. Apenas uma participante indicou sua dificuldade em orientar a mãe para que essa conseguisse fazer com que a criança faça uso do equipamento em casa, uma vez que a estagiária não conhecia estratégias para o controle do comportamento da criança:

“Até mãe do V., ele não gosta de por o tutor, ele grita, ele chora. ‘O que eu faço Alice, eu não sei o que faço com ele!’[a mãe pergunta]. [Alice responde] ‘Você que é mãe não sabe, quanto mais eu!’ Vai que eu falo alguma coisa [e] não dá certo, a culpa é minha, depois”. (Alice)

Instruir os pais para lidar com comportamentos inadequados da criança que afeta sua terapia é função do fisioterapeuta, de acordo com Foltz et al. (2007). É importante que o profissional se capacite com habilidades de outras áreas, para lidar melhor com estas demandas. Mas também é importante reconhecer os limites da formação profissional de cada área e buscar a colaboração de profissionais de outras especialidades, tentando trabalhar em equipe de maneira a atender aos complexos problemas da sociedade (Rebelatto & Botomé, 1999). Práticas interdisciplinares e estudos interdisciplinares podem gerar estratégias melhores para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança (Lima 2006). Ou seja, é necessário ou habilitar o profissional minimamente para lidar com tais demandas ou contar com a colaboração profissional de outras áreas.

Seguimento das orientações pelos pais.

Os dados obtidos nas entrevistas indicam que há diferença entre as facilidades relatadas pelos alunos em fazer orientações e a percepção de dificuldades para que haja o seguimento das orientações dadas pelos terapeutas, por parte dos cuidadores, conforme indicado na Figura 2:

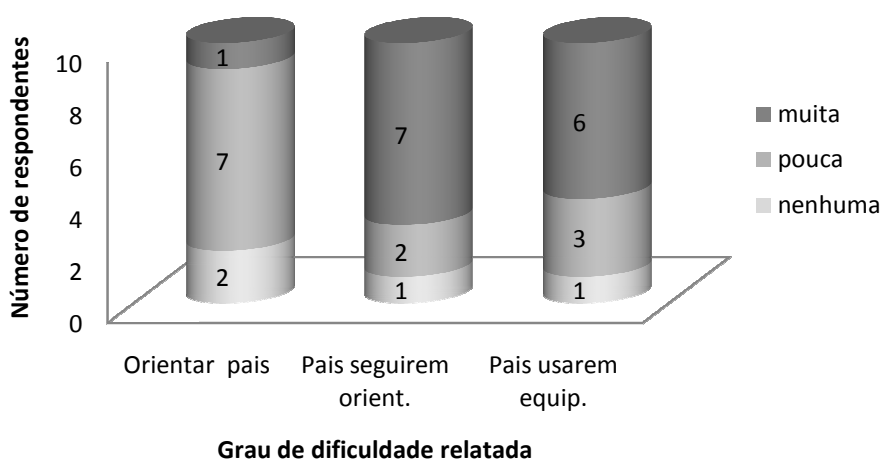


Figura 2. Número de estagiários que relataram diferentes graus de dificuldade para orientar os pais, garantir que os pais seguissem suas orientações e que usassem os equipamentos recomendados.

Enquanto apenas um estagiário informou sentir muita dificuldade em orientar os pais, sete deles relataram ter muita dificuldade em fazer com que os cuidadores seguissem suas orientações:

“Eu conseguia passar o que eu queria, mas não sei se isso virava... dava certo. (...) Eu tinha facilidade de falar, de explicar... mas de me fazer compreendida, assim... (...) Tinham alguns pais que você falava, eles aceitavam, mas na prática eles não se lembravam de fazer. Por exemplo,

“você não pode ficar mimando muito a criança, eles falavam: “É verdade, é verdade”, mas na prática não tinham entendido muito. (...) Eles aceitam na sua frente, depois você vê que continuam a mesma coisa.”

(Alice)

A dificuldade na orientação das mães já foi apontada por outros estudos, principalmente em relação às aquelas de baixa escolaridade (Cruz et al., 2008). Gração e Santos (2008) também detectaram dificuldades de compreensão das mães sobre patologia da criança e cuidados, sugerindo a necessidade de inclusão de programas educacionais em ambientes de reabilitação, visando melhoria no ensino de conceitos e práticas, junto aos cuidadores de crianças.

Outro ponto a ser considerado, em relação ao seguimento de orientações, é a maneira como os estagiários fazem as orientações. Soares (2007) identificou baixa incidência de uso de estratégias educativas de estagiários de fisioterapia durante a intervenção. A utilização de poucas estratégias de ensino pode explicar a dificuldade no seguimento de orientações, por parte dos pais. O processo de educação fisioterapêutica é complexo, envolvendo mais de 60 atividades, conforme Sluijs (1991). Dessa maneira, para ocorrer uma educação efetiva em fisioterapia são necessários muitas estratégias e esforços a fim de se garantir o cumprimento das orientações, pelos cuidadores.

A dificuldade que os participantes apontaram para conseguir que os cuidadores efetivamente seguissem as suas orientações pode também estar relacionada com o número de sessões de orientações oferecidas. No estudo de Sari e Marcon (2008), as mães relataram altos índices de prática de fisioterapia com seus filhos no ambiente doméstico. Elas receberam orientações de 1 a 11 vezes, sendo que mães que passaram por mais sessões de orientação afirmaram sentir-se mais seguras para o cumprimento das

recomendações. Sendo assim, além dos diversos comportamentos envolvidos na educação terapêutica, a frequência com a qual essas orientações são oferecidas pode estar relacionado com a efetividade da educação fisioterapêutica.

Conhecimento do ambiente domiciliar.

Conhecer a casa da criança foi apontada por todos os estagiários como prática importante para o tratamento fisioterapêutico em neuropediatria. A partir do reconhecimento da realidade da criança, o fisioterapeuta poderá adequar e refinar as orientações, baseado, por exemplo, nos recursos materiais existentes para estimulação da criança, existência de barreiras arquitetônicas, conhecimento empírico das condições de vida em detrimento das informações indiretas sobre condições sócio econômicas, geralmente obtidas por instrumentos de anamnese.

“Eu acho importante [conhecer a casa de algum paciente] (...) A gente tem uma noção de como é a família, de como é o status, o nível social, mas a gente nunca vai saber se não for. (...) Tem muita coisa que a gente aprende que a gente pode melhorar no tratamento quando visita a casa.”

(Monika)

A percepção dos alunos corroboram dados do estudo de Pavão, Silva e Rocha (2011), que identificaram que crianças deficientes cujos cuidadores participaram de sessões de orientação domiciliares, oferecidas pelo fisioterapeuta, tiveram melhores resultados em domínios funcionais. Embora em ambos os grupos, o de intervenção e o de comparação, as crianças recebessem atendimento fisioterapêutico, a evolução das crianças

do grupo de intervenção foi maior do que as crianças cujos cuidadores não receberam tais instruções no domicílio. Para três participantes, o fato de não conhecer a casa do paciente implica na dificuldade de fazer orientações precisas:

“Como orientar os pais a fazer em casa, transportar o ambiente de terapia com os equipamentos que a gente tem, para fazer em casa, a gente não foi na casa, não sabe o que tem disponível.” (Tamara).

No mesmo sentido, Monika também se refere ao desconhecimento das condições materiais disponíveis no ambiente domiciliar, que podem ser substancialmente diferente do ambulatorial, com implicações para as orientações oferecidas. Além das condições econômicas, físicas e materiais do ambiente da criança, a participante Monika também se refere aos demais membros da família influenciando na dinâmica familiar e o potencial impacto para o desenvolvimento da criança:

“Muitas vezes, a gente faz orientações que os pais não percebem que elas não podem ser feitas, porque a casa tem limitação, ou se tem vergonha de dizer que não dá para fazer. (...) Principalmente se a criança precisa de adaptação de espaços, móveis, se a gente incentiva a andar e a casa tem escada. Deixa a criança tentar se virar, levantar da cadeira sozinha e de repente tem degrau de qualquer ambiente para qualquer ambiente, ou então tem gato, cachorro, passarinho dentro de casa, mora a criança o pai, a mãe, o irmão e a avó. Mas você não sabe se a avó também depende de cuidado ou não. Ah, tem um irmão mais velho. O irmão ajuda a cuidar ou dificulta o cuidado? (...)” (Monika)

No entanto, os alunos relataram que conhecer a casa do paciente não é uma prática corrente, devido ao esquema de estágio da graduação. Os alunos preenchem a grade de estágio ocupando todos os dias da semana, no período de manhã e tarde.

A necessidade de conhecer o ambiente familiar para fazer as orientações pertinentes à realidade do paciente está de acordo com o estudo de Sluijs e Knibbe (1991), segundo o qual, o fisioterapeuta deveria estender seu olhar para seu próprio comportamento, enfocando auxiliar a inserir as práticas dos exercícios nas rotinas diárias. Por exemplo, ajustar a postura da criança junto à mesa na hora da alimentação; alongar os membros durante a troca de roupas, durante o banho; deixar a criança no chão para que explore o ambiente, ao invés de deixá-la grandes períodos de tempo na cadeira de rodas; ensinar e envolver outros familiares para que também incorporem o programa de exercícios nas rotinas das crianças, bem como, ensinar e envolver o professor, pelo mesmo objetivo.

Como os participantes afirmaram, tal prática auxiliaria na elaboração de orientações mais acuradas a serem incluídas nas rotinas da família. Se, por um lado, a grade de estágio prejudica esta prática por parte dos alunos, por outro, essa concepção os torna motivados a incluir as visitas domiciliares, quando futuros profissionais. No entanto, são necessários esforços para driblar um engessamento como esse, que podem acometer tanto estágios curriculares quanto os serviços de saúde. Por exemplo, além de uma comunicação ampla com os cuidadores e demais membros da família, com questionamento detalhado das rotinas e hábitos da família, poderiam oferecer um retrato mais preciso da realidade da criança, outra possibilidade é a solicitação das fotos criança em seu ambiente: onde ela brinca, onde passa a maior parte do dia, realizando atividades (como alimentação e banho) e com as pessoas que permanecem com ela, etc. O recurso de fotos, popularizado pelas câmeras digitais e, principalmente, aparelhos celulares, não estão distante do acesso

da população que consegue ter acesso a serviços de reabilitação. Ademais, o trabalho em conjunto com outros níveis de atenção, especialmente com os agentes comunitários de saúde que integram as equipes de Saúde da Família (Brasil, 2007), pode oferecer maiores informações sobre a realidade familiar e a oportunidade de realizar um trabalho integrado.

Seguimento de orientações para uso de órteses no domicílio.

Em relação à participação dos pais no tratamento dos filhos, três participantes referiram-se especificamente ao papel dos cuidadores no uso de órteses. O uso de órtese e outros equipamentos para orientação do movimento, frequentemente, são importantes na reabilitação de crianças com distúrbios neurológicos e a utilização desses recursos nas crianças depende também do comportamento do cuidador.

Cury et al. (2006) avaliaram os efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com PC, para comparar o desempenho motor dessas crianças em duas condições: com órtese e sem órtese. Foram realizadas entrevistas com os pais para avaliar o uso de órteses na rotina diária. Os dados revelaram que o uso de órteses estava inserido na rotina diária das crianças e que os benefícios foram observados, principalmente, na locomoção da criança em ambientes externos. Embora o estudo tenha analisado o efeito do uso da órtese em crianças, as crianças usam órteses se os cuidadores tiverem o comportamento de adquirir, colocar e supervisionar o uso da órtese nas crianças, segundo as instruções dos fisioterapeutas.

Cabe ao fisioterapeuta, no caso o estagiário, incentivar e monitorar a utilização desses equipamentos. Dentre os 10 alunos entrevistados, sete relataram muita dificuldade no uso efetivo de órtese e equipamentos junto às crianças, por parte dos cuidadores, e dois referiram alguma dificuldade.

“Ele [a criança] precisa usar o tutor. Eu falo para a mãe dele, “traz ele com o tutor”. (...) Ele tem o prognóstico de usar muleta canadense. Se ela não coloca nem no tutor, quanto mais na muleta. Quando o tempo passar, talvez ele nem na muleta chegue. (...) Mas é dela ter consciência de que tem que usar o tutor. Ela fala que ele fica uma hora por dia com o tutor, mas é muito pouco.” (Alice)

“(...) você fala que tem que por a órtese desse jeito, e a criança vem com o pé machucado. Você explica “não é assim, tem que colocar uma espuminha, tem que ficar olhando para ver se não fica vermelhinho””. (Flávia).

“Aqui a gente põe [o andador] em uma altura, que é mais baixo e é mais difícil. Chega em casa, o familiar muda, coloca mais alto [para menor dificuldade para a criança]. Porque ela pede, ou porque ela está sofrendo muito com o andador na altura adequada”. (Dana)

Excluindo-se a possibilidade de a órtese estar machucando a criança, podem ser necessários esforços para lidar com o comportamentopositor da criança em utilizá-la, como lidar com birra. Requer tempo e esforço cognitivo e comportamental, motivar a criança a progredir. Vários são os fatores que dificultam o seguimento da orientação para utilização de órtese, pelos pais, nas crianças. Um conjunto de fatores são os relacionados com a resistência e oposição da criança em usar órteses e um segundo conjunto envolve

dificuldades financeiras. Um relato que ilustra as dificuldades para usar as órteses, em função da resistência da criança, foi:

“Muita dificuldade [para os pais fazerem com que as crianças usem órtese]. Teve um caso de um paciente que precisava muito usar a órtese o dia inteiro, era visível que precisava. A mãe chegava com a órtese na sacolinha. Daí, você conversava de novo. Mas a criança chora, reclama, a mãe vai e tira. Era muito difícil de fazer. Por exemplo, a gente falava assim: “precisa deixar a criança no andador o máximo possível”. Depois você perguntava: “a criança ficou no andador? E falava [o cuidador] Ah, ficou cinco minutos, [depois a criança] começou a reclamar e eu tirei”. (Alice)

Nessa situação, a participante conta que a mãe confeccionou uma sacola de crochê para transportar a órtese até a Unidade, enquanto, na realidade, o ideal seria que a criança permanecesse com órtese e que fosse com ela para o atendimento.

Enquanto vários participantes apontaram a resistência da criança, duas participantes também indicaram dificuldade no seguimento da recomendação para usar órtese, devido à inviabilidade econômica do cuidador em adquiri-la.

“Se está disponível e se o pai entende a importância é fácil, não tem dificuldade. Agora, se ele não tem disponível (...) fica difícil eles não podem comprar, por exemplo.” (Monika)

“Nem todos tem condição econômica. Tem que conversar com ele (pai), falar o lugar para fazer, é bem difícil... Mais a questão econômica, não de eles aderirem a isso” (Maiara)

A sensibilidade do profissional para a situação econômica da família é um indicador de avaliação de Práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2005). Mas também faz parte do papel profissional nessa abordagem, instruir a família, nesse caso, sobre os direitos das pessoas com deficiência, como o direito de acesso gratuito à órteses junto a autoridades de saúde, federais, estaduais ou municipais (Brasil, 1999).

Os dados indicam que o uso de órtese é uma orientação cujo seguimento, apesar de fundamental para o prognóstico da criança, apresenta muitos problemas. Entre os fatores que interferem no comportamento de usar a órtese estão a resistência da criança, falta de condições econômicas e o comportamento, aquém do necessário, dos cuidadores mediante sua utilização. A órtese é um equipamento cujo uso pode ser desconfortável e até mesmo causador de lesões, quando não perfeitamente adaptado. Por isso, os pais podem ser acometidos por sentimentos de compaixão em relação à criança, que pode levar à desistência em insistir para o uso do aparelho ao invés de procurar adaptações e novas orientações.

Para ser efetiva, a órtese deve ser usada por um período de tempo considerável, muitas horas por dia durante muitos dias, meses ou anos. O comportamento adequado do cuidador facilitaria a criação de hábitos e rotinas necessários para tal. No entanto, aos pais pode faltar parte desse repertório, como para lidar com a recusa da criança e birras na utilização da órtese, o que torna mais improvável sua utilização.

Comunicação do estagiário com os cuidadores.

Os dados indicam que os estagiários não sentem grandes dificuldades na comunicação com os cuidadores, mas os dados apontam para problemas nessa dimensão da relação. Por meio de pergunta específica, na situação de entrevista, os participantes referiram, predominantemente, nenhuma ou pouca dificuldade na comunicação com os pais:

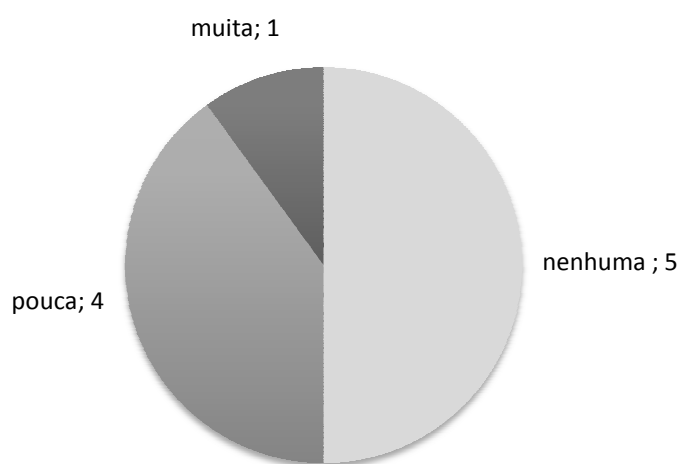


Figura 3. Grau de dificuldade relatado pelos estagiários em relação a comunicação com pais.

No entanto, dados relatados sobre a maneira como ocorrem as comunicações indicam que pode haver problemas nessa área. Entre as formas de comunicação, foram encontradas as modalidades: verbal (apontada por todos os participantes), gestual (n = 2) e por escrito (n=1). Essa última, utilizada nas ocasiões em que é necessário solicitar exames, recomendar órteses ou realizar encaminhamentos.

Além dos conteúdos diretos envolvidos na comunicação, uma participante mencionou formas indiretas de comunicação, ou seja, que não abordaram explicitamente a questão que deveria ser tratada:

“A gente tinha outro paciente que precisava usar óculos, a mãe dele queria muito que ele usasse, mas ela não conseguia e era importante também para a terapia. Então, junto com o esforço dela em casa, a gente começou a forçar bastante para usar dentro da sessão. Tanto em casa quanto na sessão. Mas a gente tinha descoberto que o pai usava os óculos como castigo, por exemplo, “se você fizer isso agora, eu vou pegar os óculos, você vai usar os óculos”. Isso foi uma coisa que sem falar diretamente a gente falou para mãe: “Ah, tem que gostar de usar os óculos, usar óculos é bom”. A gente não falou abertamente. E hoje em dia, ele usa os óculos normalmente. Foi uma coisa que foi em casa e na sessão, sempre conversando”.

(Alice)

A fala da participante indica uma dificuldade de abordar o assunto diretamente. No entanto, o compartilhamento de informações de maneira clara e completa é um indicativo de qualidade nas práticas centradas na família (Wilson & Dunst, 2005).

É interessante observar que outras participantes atentam para o modo de falar com o cuidador:

“Tem pais que fala uma vez, é fácil. Eu acho que sempre tem uma maneira para cada pessoa. Às vezes, é difícil descobrir qual é essa maneira. Tem vezes que você sabe se falar que a criança vai melhorar bastante, é uma estratégia que resolve com o pai. Mas tem pai que você tem que falar ‘se você não fizer, ele vai piorar muito’”.(Monika)

“Eu vejo a mãe do C., ela é muito difícil de conversar, você fala, ela não assimila. Eu não saberia como conversar com ela [sobre] o que é importante para o C., essas coisas.” (Dana)

A comunicação de maneira a atingir o nível de compreensão da família é um indicador importante em práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2005). No entanto, a barreira da linguagem também foi apontada por pesquisadores na área de fisioterapia que se propuseram a elaborar material informativo para pais, como Cruz et. al. (2008).

Em relação às ocasiões para a ocorrência de orientação ou comunicação com os pais, os resultados indicam que a comunicação ocorre em situações não estruturadas, durante as trocas de pacientes, ou seja, início ou final da sessão, de acordo com oito participantes.

“O tempo lá é bem apertado, mas às vezes precisa [conversar com o cuidador]. Quando precisa, a gente tenta terminar um pouquinho antes para conversar. Mas acaba acontecendo na saída mesmo, quando você vai entregar a criança... Que é a oportunidade que você tem para falar. Ou na entrada. Mas é bem difícil, porque a criança fica chamando a atenção do pai, a sua... Fica conturbado falar. Assuntos mais delicados, é difícil, porque está na frente de todo mundo... É nessa hora, não tem outro jeito.” (Alice)

“Na pediatria a gente atende 50 minutos. Mas antes de buscar a criança, a gente vai, busca a criança que geralmente está no colo dos pais, a gente pergunta como foi a semana, [se] aconteceu alguma coisa. A

criança caiu, [pergunta] porque está machucada. Ou mesmo após a sessão, a gente tira a roupinha dela para fazer manuseio, tem um roxo, está com alergia, pergunta “mãe, você viu que está com alergia? Você viu que está machucando [com] a órtese? Sempre tem um tempinho, antes e depois”. (Flávia)

A resposta de Flávia indica aspectos importantes na comunicação entre alunos e pais. Informa que as conversas ocorrem quando o fisioterapeuta pega a criança junto aos pais ou na entrega; nesses momentos pergunta aspectos da saúde da criança (alergia, ferimentos causados pela órtese).

Monika afirma que o tempo de conversar com os cuidadores eram os 10 minutos que havia entre as sessões do paciente, que são de 50 minutos. No entanto, se houvesse algum assunto que levasse mais tempo, a sessão era reorganizada para falar com o cuidador, o que indica alguma flexibilidade no uso do tempo. No entanto, essa possível flexibilidade foi apontada somente por essa participante. A limitação do tempo também foi apontada por Vivian, que, no entanto, respondeu que se comunicava com os pais.

“Me comunico, mas não muito, porque a gente não tem tempo de ter muito contato. O contato que a gente tem é aqui na frente, na hora que chega, e a maior parte da sessão a gente fica com as crianças. São poucos pais que entram, acompanham a sessão, muito contato de ficar conversando, não dá. Geralmente quando acontece alguma coisa diferente com as crianças, o pai sempre fala, costuma comunicar [para] a gente. Mas agora de sentar e conversar, saber tudo que aconteceu, a gente não tem espaço.” (Vivian)

Assim, um participante avalia que a falta de tempo resulta em uma pobre comunicação com os pais:

“Muito pouco. Comuniquei muito pouco. A gente tinha que levar a criança e pegar outra.” (Marcos)

O participante Marcos foi o mesmo que afirmou que a maioria dos pais não participa do tratamento. Uma possível explicação é que a baixa comunicação do estagiário com os pais pode estar associada com a baixa frequência de oportunidades para participação dos cuidadores no tratamento.

Atribuir aos pais a função de captar as informações importantes para o tratamento pressupõe que os pais tenham as habilidades e oportunidades para se informar junto aos terapeutas e nem sempre podem ter tal repertório, tampouco brechas não programadas, para que isso ocorra. Para que os pais façam perguntas, ofereçam informações sobre a criança (dicas de como agir com a criança, informações sobre outros tratamentos) é importante que o profissional crie oportunidades para que isso ocorra, criando situações favorecedoras de aprendizagem, oportunidades para que os pais falem, perguntem, conversem sobre a criança, enfim, condições para a ampliação da comunicação. Os profissionais devem buscar diversas estratégias de comunicação para promover aprendizagem (Moraes et al., 2009), ampliar benefícios e minimizar problemas no relacionamento entre pais e profissionais (Bogus, Nogueira-Martins, Moares & Taddei., 2007).

Outra habilidade importante para tornar as interações entre os estagiários e os cuidadores mais eficazes é a habilidade de fazer perguntas, ampliando as possibilidades

para comunicação. Nota-se que alguns alunos reconhecem a importância de fazer perguntas:

“Na hora que eles trazem, eu pergunto como foi, se teve algum problema em casa, se está melhorando, está usando andador, se não está. Por exemplo, faltou uma vez, o paciente faltou por motivo de saúde da mãe, eu pergunto como a mãe tá, se melhorou, essas coisas.” (Dana)

Por meio dos dados coletados, observa-se que a comunicação ocorre geralmente em períodos breves, durante a troca de pacientes; nem todos os alunos se comunicaram da mesma maneira e com a mesma frequência; há discrepância no nível de dificuldade encontrado pelos participantes e na efetividade de suas iniciativas de comunicação com os cuidadores.

Estudos como o de Bogus et al. (2007) tem identificado dificuldades no relacionamento entre profissionais e famílias, principalmente nos aspectos relacionados à comunicação, em se tratando de creches. A comunicação clara, completa e de maneira compreensível também é um aspecto fundamental na relação de profissionais de saúde com o paciente e sua família e essa habilidade do profissional constitui um indicador para aferir práticas centradas na família (Wilson & Dunst, 2005). Referência à importância da comunicação pode ser encontrada nas Diretrizes para cursos de graduação nos cursos de fisioterapia (Brasil, 2002) e é apontada como estratégia de adesão, sob uma perspectiva comportamental, por Moraes et al. (2009).

No entanto, o modo pelo qual ocorre a comunicação entre estagiários de fisioterapia e cuidadores pode influenciar negativamente a interação com os cuidadores bem como promoção do envolvimento parental. Sumarizando, as dificuldades relatadas pelos

participantes ante a comunicação com o cuidador foram: limitação das possibilidades de comunicação em função do tempo, limitação por comunicação na frente de outras pessoas porque era realizada em situação de sala de espera, limitação relativa ao baixo nível de conhecimento ou escolaridade do cuidador.

Em relação à comunicação sobre o desempenho da criança no tratamento, apenas uma participante afirmou que informa os pais sobre o desempenho da criança na fisioterapia, ressaltando o cuidado em dar a devolutiva para o pai porque tem pai que pune a criança na fisioterapia:

“Mãe, seu filho foi muito bem na sessão hoje” ou não, “Hoje ele está com preguiça.” [Mas] tem que tomar cuidado, porque tem pai que pune a criança [se não for bem] na fisioterapia... Tem que saber com qual pai falar”. (Alice)

Os comentários feitos por Alice, aos pais, foi uma devolutiva sobre o comportamento da criança na fisioterapia. No entanto, uma devolutiva realizada como *feedback*, principalmente em relação aos aspectos positivos, conforme em Del Prette e Del Prette (2007), poderia oferecer uma descrição mais clara, precisa e elucidativa sobre o comportamento da criança na sessão e então, um compartilhamento mais eficaz sobre desempenho da criança no tratamento, naquele dia. Poderia, também, evitar os efeitos da punição do pai, na criança.

A descrição do desempenho da criança ou do cuidador, em termos de *feedback*, não foi mencionada pelos participantes como afetando a adesão ou envolvimento no tratamento. No entanto, a emissão de *feedback* pelo terapeuta, foi o terceiro conjunto de

fatores que Sluijs et al. (1993) encontrou correlacionado com adesão a tratamento em fisioterapia.

Atentando para o envolvimento do cuidador com o tratamento, o fisioterapeuta emitir *feedbacks* enfocando o empenho do pai em levar a criança ao tratamento, por exemplo. Enfocando a criança, poderia mostrar a evolução de seu desempenho ao longo do tratamento por meio de dados coletados por escalas de avaliação, como a PEDI, utilizada em estudos para avaliar funcionalidade e desempenho em crianças, como nos estudos de Silva e Daltrário (2008) e Vasconcelos et al. (2009), por exemplo; poderia mostrar para o pai as habilidades que as crianças adquiriram naquela sessão ou naquela semana, com o treinamento de objetivos específicos, ainda que os pequenos ganhos; poderiam, ainda, educar o olhar do pai para perceber os pequeninos ganhos do dia a dia da reabilitação, e assim, aumentar as chances de associação, pelo pai, de seus esforços em levar a criança à terapia com os resultados no desenvolvimento da criança.

Participação do papai no tratamento.

Para aumentar o envolvimento dos cuidadores na promoção da adesão da criança ao tratamento, é importante o envolvimento dos familiares da criança, incluindo o papai da criança.

A participação do papai da criança, segundo os participantes, é rara no setor de fisioterapia, sendo que cinco sujeitos referiram que os papais nunca ou raramente levam a criança para o atendimento fisioterápico e dois participantes não souberam responder. Os participantes que relataram que os papais não acompanham as crianças às sessões:

“Muito difícil vir pai na sessão (...) Quem vem é a mãe. Alguns falam que o pai é participativo, alguns chegam em casa à noite. Mas a gente não tem contato com o pai nem informação”. (Alice)

“(...) Eu não me lembro de ter conversado com pai, de ter dado orientação para pai... O único que me recordo foi o tio da L. E ainda a gente dava orientação para ele, ele falava “Está bom, mas você fala com a D (a tia). Só ela que era trazida pelo tio. “Todos os outros eram (trazidos por) mães” (Maiara)

Alice afirmou que embora sejam os que menos trazem a criança para a sessão, conhece um papai que é bastante participativo no tratamento e depois fez o contraste com o caso de outro, que não demonstrava interesse em participar:

“Os pais são os que menos trazem para a sessão. Eu já tive caso de um pai que arruma as órteses que precisar, traz as crianças todas às vezes, entende tudo do tratamento, é muito assíduo, como [por outro lado] já tive pai que traz a criança e não ouve o que a gente está fazendo, não sabe o que a criança faz. A gente não chegou a tentar a inserir ele dentro da sessão mas a gente sabe que uma vez tentaram fazer participar da sessão e ele não gostou, não deu abertura, não quis participar... E era uma criança grande, de 11 anos, que precisava de muita interação com pessoas mais velhas, de todas as idades na verdade, e eu não sei se a família em casa tinha isso. Era uma tentativa [de ajudar] o pai saber mais. O que meu filho faz na sessão. A gente saia e contava: “hoje ele fez

isso, isso e isso”. Ele não ligava. Eles querem trazer, dar carona, [mas] estar com a criança mesmo na hora da sessão, não se interessam. Pelo que eu vi, não.” (Alice)

O envolvimento do homem (marido) é importante para apoio às mulheres, que geralmente são as cuidadoras (Pergorare & Caldana, 1996). O apoio da figura paterna, familiar e social pode influenciar o envolvimento materno no tratamento da criança (Lima, 2006). O envolvimento paterno na terapia também é importante porque o capacita para conduzir as recomendações de exercícios recomendadas pelo fisioterapeuta em casa, sejam sozinhos ou compartilhando essa função com as mães, porque dados de pesquisas, como a de Sari e Marcon (2008) indicam que os pais compartilham essa função com a mãe. A competência para promover o apoio “pais- para- pais” é uma prática recomendada para profissionais que enfocam práticas centradas na família (Wilson & Dunst, 2005).

Percepções dos alunos sobre a participação do cuidador nas sessões.

Os estagiários indicaram ambiguidade na percepção sobre os benefícios da participação dos cuidadores na sessão, indicando diferentes aspectos da participação dos pais com impactos tanto na criança e no tratamento quanto no próprio estagiário. Os participantes caracterizaram a participação dos cuidadores na sessão como conveniente, potencialmente inoportuna e constrangedora para o estagiário.

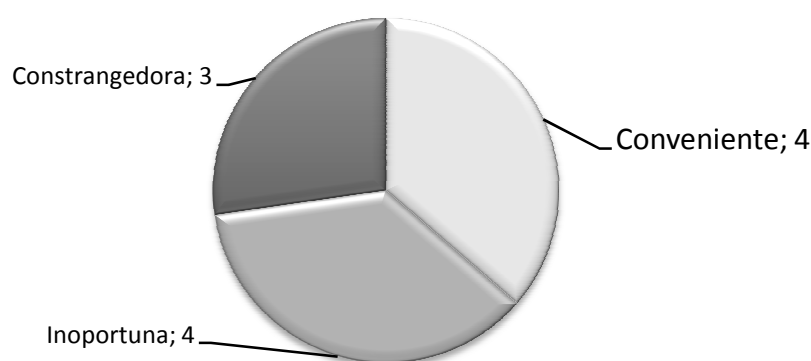


Figura 4. Percepções dos alunos sobre a participação de cuidadores nas sessões de terapia

Conveniente.

Entre os participantes que percebem a presença do cuidador na sessão como conveniente, quatro referiram à participação do cuidador em ocasiões específicas, nas quais a presença foi positiva para o tratamento da criança. Entre eles, dois sujeitos apontaram a participação dos pais, que ajudaram a suprir a ausência de um dos membros da dupla de estagiários que atendem a criança.

“Eu não tive o caso mas eu sei que quem atende individual às vezes pede para o pai entrar junto para ajudar. Às vezes segurar a criança, às vezes arrumar, pegar uma coisa e passar para lá para a criança enquanto o fisio faz o exercício que precisa ser feito, estimular a criança de alguma forma. Se é preciso também, pode participar na sessão.” (Monika)

Outros três participantes referem que a participação da mãe ajuda, como estratégia para controle do comportamento da criança na sessão.

“(…) no caso da Valéria, quando está chorando muito, que a mãe entra, fica sentada, brincando de conversa. Valéria mostra o que está fazendo” (Tamara).

“(…) quando a criança começa a chorar muito, qual é a estratégia: Põe o pai dentro da sala, mãe dentro da sala. Porque a criança sente segurança com o pai e mãe perto”. (Flávia)

Ainda, a participante acrescenta que a mesma estratégia foi benéfica para manter a criança na sala de atendimento:

“(…) o Roberto não era questão de chorar, ele ficava assim o tempo inteiro indo em direção à porta. Ele queria a mãe. Saia e corria atrás dela. Ele não fala. Quando a gente começou a trazer a mãe para dentro da sala, melhorou bastante.” (Flávia)

Apenas uma participante referiu o momento de presença do cuidador na sessão como uma oportunidade para este aprender manuseios, realizar exercícios e assim, seguir a recomendação dos fisioterapeutas em casa:

“Geralmente, nas sessões, alguns ficavam juntos. Aí, já ia fazendo, já ia explicando, falando, falando o que podia ser feito a mais do que estava ali, o que pode fazer em casa”. (Maiara)

Participação potencialmente inoportuna.

A conduta do cuidador dentro da sessão está relacionada com a percepção do estagiário sobre a pertinência de seu envolvimento. Quatro estagiários indicaram que a participação dos pais nas sessões pode ser benéfica, ou não, para o tratamento da criança na fisioterapia. Por exemplo, Monika observou:

“Depende do pai. A prima da L., por exemplo, era melhor fora [da sessão]. Porque era muito protetora. (Dizia a prima) “Ah, mas ela não fica assim, mas ela não gosta assim, mas ela cansa”. E a gente não sabia até onde a L se aproveitava para não fazer o que ela não queria ou até onde ela não conseguia mesmo fazer... (...) Mas a mãe do Roberto era uma pessoa que eu preferia dentro (...). Ela era uma mãe que ajudava muito na sessão. Se a gente precisasse correr, pegar uma coisa que estava do outro lado da sala, “Se você quer chamar atenção dele é mais fácil assim” (a mãe dizia). E tudo que a gente passava de orientação, ela seguia. Tudo que a gente perguntava, se ela não sabia, ela iria perguntar

para o médico e ela dava retorno das outras coisas que ele estava fazendo o que fazia na TO [terapia ocupacional]... Então ela na sessão era só benefício” (Monika).

Enquanto uma cuidadora era percebida como atrapalhando o desempenho tanto das fisioterapeutas como da criança, outra cuidadora, no caso, a mãe, colaborava na sessão de várias maneiras: pegando objetos necessários para o tratamento, dando dicas de como controlar o comportamento da criança, oferecendo informações sobre outros tratamentos realizados pela criança. A participante Andréa condiciona a participação do cuidador ao seu impacto na sessão:

“(...) se o cuidador quer entrar, ele pode entrar. Mas se estiver atrapalhando o tratamento, a gente pode falar para esperar lá fora.”
(Alice).

Por meio dos relatos desses alunos, observam-se aspectos positivos e negativos para o tratamento da criança, quando os cuidadores estão presentes durante a sessão. Entre os aspectos positivos da participação do cuidador estão: evitar choro da criança (n = 3), deixar a criança mais tranquila (n = 2) e manter a atenção da criança (n = 1) Já em relação aos aspectos negativos, houve uma indicação que, em alguns casos, a criança fica mais “mimada” (*sic*).

Além do impacto direto da presença do cuidador sobre o comportamento da criança, os participantes apontaram os benefícios da participação dos pais quando auxiliam o fisioterapeuta: por exemplo, pegando objetos (n = 2); fornecendo informações de outros tratamentos (n = 2) e oferecendo dicas sobre como lidar com a criança (n = 1). Entre os

comportamentos indesejáveis, os estagiários indicaram os seguintes comportamentos: falar que o exercício está machucando a criança (n=3) e falar que a criança não gosta da atividade, se cansa e não consegue (n=1), e atrapalhar o tratamento (n=1).

Participação do cuidador e constrangimento do estagiário.

Além dos impactos no comportamento da criança e no tratamento, os participantes relatam impacto em relação a si mesmo. Para três participantes, a inserção do cuidador nas sessões de fisioterapia pode constranger os estagiários:

“Ela [a mãe] ficou fazendo comparações com o outro estagiário, porque era começo da conduta. A criança não colaborou muito com a sessão, não estava participativa. A mãe ficou dando opinião: “Ah, o outro terapeuta fazia assim, o outro terapeuta trazia tal brinquedo que ele gostava”. Acabou atrapalhando mais.” (Vivian)

De acordo com essa aluna, a participação da mãe foi considerada negativa, uma comparação entre os estagiários e não uma tentativa de contribuir para o tratamento do filho.

“Algumas [mães] gostam de ficar na sala de fisioterapia vendo o tratamento, outras não (...) eu acho bom deixar a criança apenas com a fisioterapeuta. A fisioterapeuta se solta mais e cria vínculo com a criança. Um vínculo maior porque a mãe lá interfere, [a criança] fica mais mimada, não quer fazer o exercício (...) a gente fica até meio

chateado quando a mãe entra. É incentivada a ficar na sala [de espera] mesmo.” (Dana)

“O pai dentro da sala limita um pouco o nosso tratamento [porque] a gente fica meio receosa de fazer alguma coisa (...) sem o pai é melhor”.
(Flávia)

De acordo com os relatos, a inserção do cuidador pode tanto atrapalhar o desempenho da criança como intimidar os estagiários.

Dentro da questão maior de constrangimento, ocorrem dificuldades adicionais para os estagiários quando os pais estão presentes, em relação a como lidar com a resistência e choro da criança, que teme que o exercício cause dor. A reação negativa dos cuidadores, enquanto participam da sessão de fisioterapia foi reportada por três participantes:

“Eles [os pais] acham que está machucando, eles olham meio assustados. Aí você avisa: “oh, não machuca”. A criança pode até estar chorando, mas não está doendo, está chorando porque está com medo, não é uma dor. Sem o pai, é melhor”. (Flávia)

“Tem alguns pais que ficam impressionados, falam que está machucando...” (Maiara)

Na situação apresentada pela participante Flávia, mostra que ela identifica a reação de desconforto dos cuidadores frente à percepção de dor na criança e intervém,

minimizando a dor da criança. No entanto, garantir para o cuidador que a criança não está sentindo dor pode ser uma estratégia não empática (Falcone, 2008) A dor pode estar presente no tratamento de pacientes com atrofias, aumento de tônus ou espasticidade, como nessa população de crianças atendidas. A criança pode sentir dor sem que, no entanto, seja machucada, por exemplo, em exercícios de alongamento. Negligenciar a dor no tratamento de crianças historicamente tem sido uma tendência na área da saúde (Alves, 2007), com impacto na adesão das crianças e no envolvimento dos pais no tratamento.

Dores agudas ou crônicas não tratadas ou relacionadas ao tratamento podem ter consequências fisiológicas e psicológicas duradouras e modificar a percepção da dor no indivíduo. A falta de mecanismos de avaliação da dor é uma das barreiras ao seu tratamento. Em centros de saúde de excelência a verificação da dor é realizada como a aferição de um quinto sinal vital. A presença da dor pode ser medida por meio do auto-relato, por meio de medidas fisiológicas e por observação do comportamento (Alves, 2007).

Se os cuidadores têm pena da criança ou pensam que o exercício está machucando, como esperar a adesão do pai ao tratamento ou qual perspectiva de os pais realizarem os exercícios indicados pelo fisioterapeuta em casa? Como podem estar motivados a levarem a criança ao tratamento? A preocupação e a sensibilidade à dor do paciente é uma estratégia recomendada para o tratamento de fisioterapia, integrando o *checklist* dos comportamentos do fisioterapeuta para promoção da educação fisioterapêutica. (Sluijs, 1991).

A pouca inserção dos cuidadores na sessão de fisioterapia, evidenciada nas entrevistas, dificulta também o conhecimento empírico, por parte dos cuidadores, das características do tratamento fisioterapêutico. O tipo de participação dos familiares durante a realização de exercícios conduzidos por profissionais pode modificar a

percepção do familiar sobre o potencial do paciente. Por exemplo, Taylor, Bandura, Ewart, Miller, & DeBusk (1985), identificaram que esposas de pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio e que realizaram teste ergométrico em esteira juntamente com o marido, tinham uma percepção mais positiva sobre as capacidades físicas do paciente, do que esposas que somente assistiram o teste ergométrico ou que não assistiram.

Traçando um paralelo com o trabalho de Taylor et al. (1985), a explicação do estagiário sobre o exercício e seus efeitos na criança (inclusive a dor dos alongamentos, por exemplo), poderiam ser acompanhadas da realização do exercício com o cuidador, a fim deste sentir as forças e movimentos que estão sendo aplicadas à criança, bem como identificar as capacidades que as crianças desenvolvem ao longo do tratamento.

Considerações gerais sobre a percepção dos estagiários sobre a participação da família na sessão de fisioterapia.

Será que os cuidadores sabem quais são os comportamentos desejáveis e os indesejáveis dentro da sessão? E será que recebem alguma orientação sobre como devem se comportar nas sessões e o motivo? Nota-se que, em muitos aspectos os cuidadores podem saber mais sobre a criança, suas preferências, sofrimento, como também podem ter uma visão limitada do processo de tratamento. Embora alguns cuidadores fizeram comentários de uma forma inadequada do ponto de vista dos alunos, no mínimo, é importante saber como pensam, porque as percepções dos cuidadores devem afetar a criança no período que passa em casa e na escola. Então, se o estagiário pudesse responder

às preocupações dos cuidadores, estas explicações poderiam alterar os comportamentos durante as sessões e até melhorar a participação no tratamento.

Frente ao tratamento fisioterapêutico com crianças e ao relacionamento com seus familiares, é importante que o estagiário identifique sua percepção sobre a participação da família no contexto da fisioterapia. A atenção do profissional às suas próprias concepções, atitudes e valores favorecem o trabalho cooperativo com as famílias na resolução de problemas, para que a atuação seja feita de maneira não ameaçadora ou defensiva (Araújo, 2004). O sentimento de constrangimento indicado pelos estagiários pode se explicar pelo fato destes estarem ainda aprendendo as técnicas de fisioterapia ao mesmo tempo em que precisam descobrir como lidar com os cuidadores. A presença de outras pessoas, que não o supervisor, quanto mais os colegas, pode provocar alguma ansiedade, principalmente quando o outro é o pai ou cuidador, que em alguns casos, estão nos serviços há muitos anos.

Por um lado, o aluno está dominando conhecimentos e técnicas especializadas no tratamento de crianças e nesse sentido pode saber mais do que os cuidadores. Mas, por outro lado, em alguns casos, os cuidadores são muito bem informados porque estão há anos inseridos no serviço. Além disso, tem o conhecimento proveniente da íntima convivência e do cuidado da criança. O sentimento de constrangimento precisa ser reconhecido e analisado por parte dos estagiários, de maneira que possam identificar estratégias que os deixem menos inseguros. Por exemplo, se os estagiários fossem preparados para valorizar estes comentários, agradecendo as dicas e, quando for o caso, explicar o motivo pelo qual a sugestão não fosse servir para o exercício em questão, poderiam receber um apoio cada vez maior dos cuidadores e contribuir para que os cuidadores passem a entender mais detalhes sobre o tratamento de seu filho.

A concepção de parte dos estagiários em relação à participação dos pais na sessão de fisioterapia indica um modelo de intervenção com o foco no profissional. Nesse sentido, distante dos pressupostos e do perfil dos profissionais que trabalham com abordagem de práticas centradas na família (Dunst et al., 2002). Nessa perspectiva, em que coexistem a dimensão relacional do cuidado e a dimensão participativa (Dunst & Dempsey, 2007), os dados apontam para falhas no comportamento dos estagiários para se relacionar com a família porque se colocam em posição de superioridade no elo profissional- cuidador. Por outro lado, também indicam lacunas para o exercício de práticas participativas associadas à percepção de ameaça ou constrangimento pela presença da família nas sessões de fisioterapia.

A importância da participação da família em contextos de intervenção profissional que envolve criança não correspondeu, nas respostas dos estagiários, ao que apregoa a literatura à respeito de programas de intervenção precoce com crianças com dados de estudo de metanálise (Dunst & Trivette, 2009). Tampouco as práticas relatadas pelos participantes refletem a importância que se atribui à família na reabilitação fisioterapêutico das crianças (Sari & Marcon, 2008; Gração e Santos, 2008; Foltz et al., 2007; Lima, 2006).

O modelo de atenção centrado no profissional, com o respectivo enfoque na orientação, falta de conhecimento sobre a realidade familiar, escassez de oportunidades de comunicação com a família, falta de conhecimento de áreas afins, como a psicologia, para lidar com questões interacionais, tanto com a criança (na questão do controle de comportamento), quanto com o cuidador (na preferência em deixar o cuidador fora do atendimento desprezando o potencial educacional da situação), são práticas distantes do perfil do profissional com práticas centradas na família (Dunst et al., 2002), em desacordo com o movimento recente para melhoria da formação do profissional fisioterapeuta,

expresso pelas Diretrizes (Brasil, 2002) e referencial da ABENFISIO. Nesse sentido, as dificuldades apontadas pelos participantes remontam ao perfil profissional criticado há mais de 10 anos, por Rebelatto e Botomé (1999).

Os problemas para promoção da adesão da criança ao tratamento e para vincular a participação dos pais no tratamento, conforme reportado pelos participantes, podem estar relacionados com lacunas na formação nesses aspectos, para conseguir um maior envolvimento de ambos, crianças e pais, no tratamento da criança nessas situações crônicas apesar do conhecimento especializado (OMS, 2003), como os existentes na área de fisioterapia (Sluijs & Knibbe, 1991; Sluijs et al., 1993).

Formação para envolver a família da criança no tratamento.

Por meio de questão específica em entrevista, quatro participantes afirmaram não se sentir preparados pelo curso de fisioterapia para lidar com a família do paciente e quatro que se sentiam parcialmente preparados. Entre participantes de ambas as categorias, três referiram que vem se preparando para interagir com os familiares durante o estágio profissional, seguindo orientações e observando o modelo da supervisora de estágio. Cinco participantes afirmaram não ter tido contato com visões sistêmicas de atenção à Saúde, nas quais está explícita a necessidade do envolvimento do cuidador, enquanto quatro alunos afirmaram que essa questão foi abordada no estágio de geriatria.

“Sempre foi falado: “orientar os pais, orientar os pais”. Mas nunca como orientar, como cobrar, como facilitar. Sempre foi falado que a participação dos pais é importante, se não inserir os

pais não tem como fazer. Mas não como fazer, o meio de o pai aderir ou esse tipo de coisa” (Alice).

Ainda em relação à formação para abordar a família no tratamento, uma questão do instrumento se referia especificamente a conteúdos de Psicologia no curso de graduação em Fisioterapia. Todos os 10 participantes afirmaram que a disciplina não contribuiu para sua prática profissional em relação à atenção em Saúde:

“(...) Ela (a professora da disciplina Psicologia) não tinha nenhum conhecimento da área de Saúde, na verdade nem de Fisioterapia, era do departamento de Psicologia, tanto faz se ela der aula pra fisioterapia. A gente estava no primeiro ano, não tinha muita experiência para questionar.” (Alice)

“(...) autores famosos, psicólogos e desenvolvimento da criança... Mas eu senti muita falta de prática, uma coisa mais real. Está bom, agora, ótimo, conheço os grandes psicólogos, e cadê a coisa que vai me ser útil? De como tratar a criança, de como conversar com ela... Se a criança está chorando muito, qual a outra estratégia pela Psicologia? Mesmo pessoas adultas. Eu estava no grupo de fibromialgia e uma senhora começou a chorar, chorava sem parar. Eu não sabia qual reação tomar. Não sabia se eu sentava e perguntava: o que acontece? Está tudo bem?... Ou se eu não ia falar nada, se eu a deixava chorar para ela se soltar... Eu acho que é muito deficiente a psicologia na fisioterapia na graduação.” (Flávia).

Ambas as falas são representativas em relação à percepção dos estagiários sobre a interface com a Psicologia no curso de graduação em Fisioterapia e trazem informações pertinentes para se considerar em relação à formação do aluno. Primeiramente, nesse sentido, indica uma distância do perfil do egresso segundo as

Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002) e referenciais indicados pela ABENFisio. Também apontam para o distanciamento para operacionalização de práticas humanizadoras (estudo) e que remetam à integralidade do cuidado em Saúde, apregoadas pelo SUS (Mattos, 2004; 2005; Cecílio & Mhery, 2003) A partir desses resultados, reforça-se a necessidade de estratégias interdisciplinares na formação em Saúde visando à modificação do perfil do aluno egresso do curso de fisioterapia, como foi apontado por Rebelatto e Botomé (1999), há mais de dez anos.

Os dados remetem aos resultados encontrados por Menegasso e Barham (2012), sobre a pesquisa envolvendo cuidadores e família de crianças. Enquanto há muito enfoque nas variáveis ambientais relacionadas com o desenvolvimento da criança e as práticas parentais nesse desenvolvimento, poucos são os esforços no sentido de instrumentalizar o fisioterapeuta para ampliar seu repertório na busca por maior envolvimento familiar no tratamento de crianças.

Se, por um lado, a disciplina de Psicologia tem uma ementa generalista, com o objetivo de introduzir conceitos e autores das diferentes abordagens da área, há que se pensar em novas maneiras para que conhecimentos em Psicologia possam ser difundidos, mais efetivamente, na formação de alunos de Fisioterapia.

Considerações gerais sobre o Estudo 1.

Este estudo teve como objetivo geral de captar e analisar os relatos de estagiários de fisioterapia sobre o envolvimento familiar na fisioterapia em neuropediatria. Possíveis limitações dos resultados do estudo podem estar relacionadas ao baixo número de participantes envolvidos e ao papel da pesquisadora, que também é psicóloga na instituição. Estudos com número maior de participantes e outras instituições de ensino poderiam oferecer contribuições adicionais para o tema. A partir desse estudo foram encontradas informações relevantes sobre a percepção dos alunos a respeito do papel da família na adesão da criança ao tratamento, do papel da família no tratamento fisioterapêutico, das características da interação estagiário-familiar em vários aspectos, principalmente em relação à comunicação, sobre as dificuldades encontradas no âmbito relacional e participativo na vinculação com o familiar na atenção à criança. O estudo trouxe, ainda, dados sobre a percepção em relação a déficits na formação para a relação com o outro, ainda que os alunos estejam vinculados a um curso de alta qualidade.

Aponta-se para a necessidade de realização de estudos empíricos sobre a interação de estagiários de fisioterapia neuropediátrica junto à cuidadores de crianças que possam oferecer dados diretos. Aponta-se também para a necessidade de criação e avaliação de estratégias interdisciplinares, na interface da área de Fisioterapia com a Psicologia, para ampliação do repertório de estagiários de fisioterapia visando à promoção do envolvimento parental no tratamento de crianças com transtornos neurológicos, visando maior efetividade no tratamento dessas crianças.

Estudo 2

O Estudo 1 ofereceu dados sobre a interação estagiário e cuidador de maneira indireta, a partir do relato dos estagiários, baseado em recordações de seu comportamento e nas percepções dos alunos sobre o mesmo. O Estudo 2 visa verificar se a formação atual dos alunos resulta em práticas relacionais e participativas com os cuidadores, desta vez, a partir de dados diretos, por meio da filmagem dessas interações.

Método

Participantes.

Participaram do estudo sete estagiários de fisioterapia, da turma de estágio correspondente ao terceiro trimestre de 2009. Participaram, também, 14 cuidadoras⁶ de 13 crianças atendidas pelos estagiários, todos vinculados ao mesmo ambulatório descrito no Estudo 1. Os dados dos estagiários são apresentados na Tabela 12 e os dados das cuidadoras com as respectivas crianças, na Tabela 13.

⁶ Uma criança era sempre acompanhada à fisioterapia por dois familiares que lhe ajudavam (mãe e irmã), incorrendo então na contagem de 2 cuidadoras para essa criança.

Tabela 12

Dados de identificação dos participantes estagiários

Nome	Idade (anos)
Eva	22
Rita	21
Nara	21
Marcos	24
Maura	21
Lidia	21
Carmen	22
Amanda	22
Média: 21,75 DP: 1,03	

Os participantes, em sua maioria, eram do sexo feminino (n= 7). Apenas um participante era do sexo masculino.

Tabela 13

Dados de identificação dos participantes crianças e cuidadoras

Criança	Idade (anos)	Diagnóstico Médico	Cuidadora	Parentesco	Idade (anos)
Yuri	3	Lesão medular	Dilma	Mãe	29
Roberto	3	Prematuridade	Nani e Helen	Mãe e irmã	31/9
Alonso	3	Síndrome De <i>West</i>	Renata	Mãe	22
Tadeu	5	Paralisia Cerebral (PC)	Soraia	Mãe	43
Valéria	6	PC	Elis	Mãe	22
Vera	6	Prematuridade	Rosa	Mãe	37
Vitor	7	PC	Sandra	Mãe	40
Denis	7	PC e Síndrome de <i>West</i>	Ruth	Mãe	32
Maria	9	Atraso motor	Neide	Avó	60
Raul	14	Acidente Vascular Encefálico	Odeth	Mãe	36
Jaque	14	Hidrocefalia	Quica	Mãe	36
William	14	Prematuridade	Lia	Mãe	41
Mirna	15	Síndrome de Down	Célia	Mãe	46
Média	8,15				34,57
DP	4,57				12,24

Entre as crianças, 8 eram do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Em relação aos familiares, todas eram do sexo feminino. A maioria das participantes cuidadoras eram a mãe, com exceção de Helen, irmã e Neide, avó.

Formas de recrutamento e seleção.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa, no caso dos estagiários de fisioterapia, foram os mesmos do Estudo 1. Os estagiários expressaram concordância em participar da pesquisa tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). No caso dos cuidadores, foram critérios de recrutamento e inclusão: a) ser responsável, no ambulatório, pela criança usuária do serviço de intervenção em fisioterapia neuropediátrica e b) concordar em participar do estudo. A participação das crianças ocorreu em decorrência da participação dos pais, pois faziam parte das cenas em momentos de chegada e saída dos atendimentos. O critério de exclusão seria a manifestação de recusa em participar da pesquisa, o que não ocorreu no decorrer do projeto, tanto em relação aos estagiários como em relação aos cuidadores. Os participantes cuidadores aceitaram a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

Local de coleta de dados.

O mesmo descrito no Estudo 1.

Instrumentos.

O protocolo de filmagem (Anexo E) foi elaborado a partir de repetidas observações das cenas gravadas, de maneira a compreender todas as atividades que ocorriam na relação cuidador- estagiário. O protocolo era composto por uma tabela que contemplava as cenas observadas em um eixo e, no outro, uma lista de comportamentos observados na atuação dos estagiários de fisioterapia enquanto estavam na presença dos cuidadores.

Materiais e equipamentos.

Os materiais utilizados foram: papel, canetas, DVDs, CDs. Também foram utilizados os seguintes equipamentos: câmera para filmagem, computador, impressora.

Situação para a coleta de dados.

As filmagens foram realizadas pela pesquisadora junto a um mesmo grupo de pacientes (crianças), seus cuidadores e alunos, realizados sempre em um mesmo dia da semana, ao longo de 4 semanas. A pesquisadora posicionava-se na sala de espera com a câmera em punho, aguardando a ocorrência de interações entre os estagiários e as cuidadoras e acompanhava os participantes até os espaços de atendimento, sempre que necessário.

Análise dos dados.

Ao longo da coleta de dados, observou-se que a situação de filmagem era rotina no setor, porque a supervisora do estágio em fisioterapia realizava gravações dos estagiários

em situações de atendimento e as utilizava para posterior *feedback* e correção das técnicas ensinadas.

A coleta de dados foi possível e viável, apesar de algumas dificuldades relacionadas ao barulho de conversas entre estagiários, crianças, funcionários e cuidadores presentes no espaço, à simultaneidade das relações e constantes entradas e saídas de pessoas nos atendimentos. Por vezes, encontrava-se dificuldades para captar totalmente o conteúdo das conversas e não foi possível acoplar um microfone à câmera por limitações do modelo da filmadora. Esses obstáculos foram tolerados por se tratar de coleta de dados em uma situação natural, a despeito destes problemas.

A pesquisadora filmou interações de estagiários e cuidadores em momentos de pré e pós-atendimento fisioterapêutico das crianças e durante a sessão de fisioterapia se e quando a cuidadora entrava na sala. As situações eram naturais, de atendimento, e foram gravadas durante uma manhã por semana, ao longo de 4 semanas. Não havia um critério de ordem na realização das filmagens: as filmagens eram feitas à medida que a pesquisadora se desdobrava para captar a maior parte dos contatos observados. Uma vez encerradas as interações em momentos de pré e pós-atendimento, a pesquisadora seguia para as salas em que as cuidadoras estavam presentes, para filmagem das interações.

As cenas em situações de pré e pós-atendimento captavam a interação dos estagiários de fisioterapia com os cuidadores em momentos em que o estagiário buscava a criança junto ao cuidador, para dar início à sessão, e as situações nas quais os estagiários levavam a criança para os cuidadores, ao término da sessão de fisioterapia. As interações pré e pós-atendimento da criança (pré/pós) ocorriam na sala de espera ou no corredor anexo da sala de espera.

Para uniformizar a coleta de dados, foi estabelecido um tempo de filmagem de cinco minutos durante as sessões de fisioterapia. Para a coleta de dados da interação entre

os estagiários e os cuidadores nos momentos de pré e pós-atendimento, o período máximo de gravação foi de até cinco minutos, quando a interação se estendia.

As filmagens foram transferidas diretamente da filmadora para o computador. Foi utilizado o programa Windows Media Player para a visualização das filmagens. As cenas foram divididas em duas categorias: cenas de pré e pós-atendimento. Foram então, transcritas. O processo de transcrição permitiu a observação acurada das falas e maior familiarização com os dados. Foram criadas, então, categorias iniciais de análise de filmagem e o protocolo de análise.

Cada cena de contato estagiário-cuidador foi observada e reobservada, e depois, os comportamentos de cada estagiário eram assinalados no protocolo. Findada essa fase de análise, as cenas das interações foram assistidas pela pesquisadora e por um pesquisador independente, a fim de determinar a taxa de concordância entre juízes. Após reajustes iniciais nas categorias de análise das filmagens, foi obtida concordância em mais de 80% das cenas analisadas.

Unidade de análise de dados.

O atendimento em fisioterapia no setor é realizado, predominantemente, em duplas de estagiários, mas não exclusivamente, podendo haver situações em que um estagiário atenda um paciente sozinho. Assim, nas cenas captadas, as interações eram diádicas (estagiário - cuidador), triádicas (estagiário – criança - cuidador; dupla de estagiários - cuidador) ou contava com a participação de mais integrantes (dupla de estagiários – cuidador - supervisora de estágio-criança; dupla ou trio de mães conversando - estagiários).

Por contar com a participação de diversos integrantes nas interações, foi adotado como unidade de análise o comportamento de cada um dos estagiários para com o cuidador. Essa unidade de análise abrange: a) o comportamento do estagiário dirigido ao cuidador, b) o comportamento do estagiário em resposta ao comportamento do cuidador e c) a caracterização e frequência de todos os comportamentos que ocorreram durante cada cena gravada, mostrando a interação dos estagiários com o cuidador, conforme será descrito adiante.

Categorias de análise das filmagens.

Após a visualização repetida das cenas e com a meta de identificar e anotar comportamentos relevantes para promover o envolvimento parental, foram criadas as seguintes categorias de análise para categorização das interações: cumprimentar ou despedir, iniciar ou manter conversação, fazer perguntas, envolver o cuidador, emitir *feedback*, orientar, elogiar, e ignorar.

Definições das categorias de filmagem.

Cumprimentar: estagiário cumprimenta ou despede-se do cuidador em momentos de chegada ou saída. Agradecer a presença do cuidador foi considerado uma forma de cumprimentar, ao final da sessão.

*Iniciar ou manter conversa*ção: o estagiário emite verbalizações que iniciam ou mantém um processo de diálogo com o cuidador. No caso de manter a conversa, o sujeito retroalimenta a verbalização do cuidador, propiciando sequência à conversa.

Fazer perguntas: o estagiário formula uma questão ao cuidador, sobre aspectos relacionados à saúde ou tratamento da criança.

Fazer elogios: o estagiário faz comentário positivo sobre a criança ou tratamento.

Emitir feedback: o estagiário descreve para o cuidador parte do desempenho da criança ou das atividades realizadas na sessão de fisioterapia.

Envolver cuidador: o estagiário emite alguma ação para aumentar a participação do cuidador no tratamento da criança ou valorizar a participação do cuidador.

Orientar cuidador: o estagiário oferece informações ao cuidador sobre o tratamento ou sobre a saúde da criança.

Ignorar (negligência do cuidador): situações em que todo comportamento emitido pelo estagiário (cumprimentar, conversar, perguntar, elogiar, por exemplo) é dirigido a outrem, que não ao cuidador; ou, não foi observado nenhum comportamento que indicasse tentativas do estagiário em interagir profissionalmente com o cuidador. Foram incluídos, nesta categoria de análise, comportamentos como: olhar em direção ao cuidador, sorrir para o cuidador, piscar para o cuidador e interjeições (por exemplo, “Hum-hum”), de forma desconectada de alguma categoria de interação, como anteriormente definidas.

Resultados e Discussão

Foram filmadas 73 cenas nas quais estavam presentes estagiários e cuidadores. Por meio da análise das filmagens, foi possível perceber que a presença dos estagiários ao lado dos cuidadores não necessariamente resulta em interações. Das 73 oportunidades de contato, não foram observados comportamentos dos estagiários dirigidos aos cuidadores, nas categorias anteriormente definidas, em 46,5% das cenas ($n = 34$). Em 24% das cenas ($n = 19$), a única categoria de respostas identificadas foi “cumprimentar ou despedir-se do cuidador”. Comportamentos dirigidos aos cuidadores foram observados em 33% das cenas ($n = 26$). A frequência de cada categoria de interação que foi filmada pode ser observada na Figura 5.

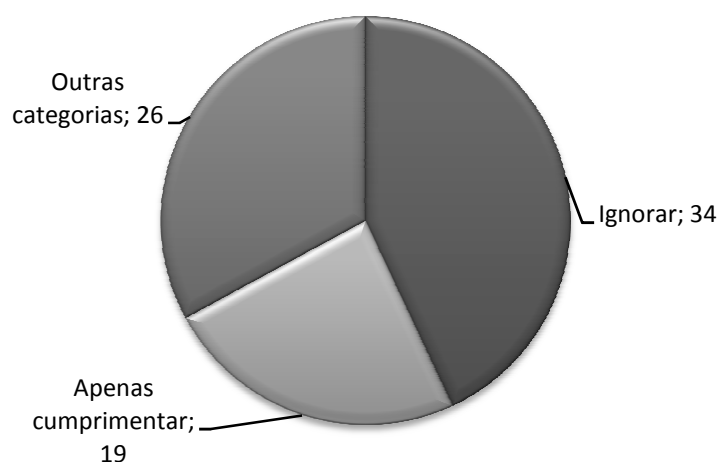


Figura 5. Número de cenas envolvendo comportamentos dos estagiários em relação à cuidadora, por categoria.

Em relação às cenas nas quais não ocorreu interação (categoria “ignorar”), são apresentados dois exemplos. No primeiro caso, a mãe inicia uma conversa com a estagiária, que não retroalimenta a conversação com a mãe:

“A criança, Raul, e sua mãe estavam sentados em uma longarina, de costas para o corredor. A estagiária, Rita, vem pelo corredor e fica atrás da longarina, de onde cumprimenta a criança. A criança fala algo para a recepcionista, apontando para a estagiária. A recepcionista diz: “Ah, é moça”. A mãe olha para trás e diz à estagiária que a criança gosta de ser atendido por mulher. Estagiária diz “Ah” para mãe. Estagiária diz à criança: “Duas moças, hein, Raul”. A outra estagiária da dupla, Eva, chega e comenta que a criança está de uniforme. Os três vão em direção à sala. Raul diz: “Tchau, mãe”. A estagiária olha para mãe e sorri e se dirigem à sala de atendimento. Mãe estica o corpo para olhar em direção ao corredor, onde estagiárias e criança caminham em direção à sala de atendimento”.

Mais dois exemplos seguem:

“Os estagiários Marcos e Carmen interagem com Yuri, que está na cadeira de rodas, uma fileira de cadeiras à frente de onde a mãe Dilma está sentada. Os estagiários, conversam, beijam, mostram brinquedos para Yuri. Os estagiários o chamam para ir para a sala de atendimento e se encaminham para o local. Falam para ele ir sozinho, conduzindo a cadeira. Mãe Dilma olha fixamente em direção à interação do grupo. Estagiária olha em direção à mãe e sorri. Os estagiários e a criança entram na sala. A mãe, na fileira de cadeiras atrás, observa a interação e eles se dirigindo à sala. (Duração da cena: 50 segundos)”.

“Elis, mãe da Valéria e Vilney (seu filho mais novo) estão na sala de espera. A estagiária, Maura, traz Valéria no colo. A mãe se levanta, a criança comenta algo com sua mãe e as duas riem. A estagiária olha para o irmão menor da criança e chama sua atenção para o brinquedo que Valéria tem na mão. A criança mostra o brinquedo à mãe. A estagiária passa a criança para o colo da mãe, verbalizando uma palavra (inaudível) e em seguida diz para a criança que na próxima sessão trará o mesmo brinquedo. A criança faz um comentário sobre o brinquedo com a estagiária, que concorda com a criança e pede um beijo. Beija a criança, olha para seu rosto e diz “Até quinta-feira”. Em seguida, olha para o irmão menor e o chama para recolher o brinquedo que ele estava usando para brincar. A estagiária e o irmão seguem até o brinquedo. O irmão entrega o brinquedo para a estagiária, que lhe agradece e pede para ele encaixar um brinquedo. Abaixa-se e pede um beijo ao irmão. Beija o irmão e ele vai em direção à mãe. O trio segue em direção à porta de saída. (Duração da cena: 110 segundos)”.

O fato de não ocorrer comportamentos dirigidos às cuidadoras, em termos de envolver e engajá-las na terapia, em quase metade dos contatos, é preocupante tanto em relação à dimensão relacional do cuidado, que implica no vínculo com a criança e com a família e na percepção positiva do potencial e competência da família, quanto à dimensão participativa do cuidado, a qual foca o uso de práticas que incluem os cuidadores no tratamento da criança, de forma eficaz.

Mas, há ocasiões quando a ausência de esforços para estabelecer uma relação estagiário- cuidador pode ser até prejudicial para o envolvimento parental, por meio de um recado implícito que a cuidadora não faz parte da intervenção. Foram identificadas

ocasiões em que nem mesmo um olhar ou um sorriso foram emitidos para o cuidador. Em parte das cenas, todos os comportamentos emitidos pelo estagiário foram direcionados a outrem, geralmente às crianças, irmãos menores ou outros estagiários, que não o cuidador. Esses episódios foram observados ao menos uma vez em cenas com os seis dos sete estagiários participantes do estudo. Um exemplo de um episódio de ignorar o cuidador está descrito, a seguir:

“Rosa chega com sua filha, Vera, no colo, ao mesmo tempo puxando o andador da criança. Passam por funcionária, que as cumprimenta. A mãe pergunta sobre as férias da funcionária e elas conversam sobre isso. Outros alunos presentes, à porta da sala, cumprimentam a mãe. Uma mãe que está na sala de espera pergunta se a criança está bem. A mãe responde que sim. A estagiária, Rita, cumprimenta a criança. “Oi, Vera. Que bonitona que ela está hoje”. No corredor, estagiárias começam a preparar o andador e a mãe auxilia. A mãe diz que está calor, por isso colocou short na criança. A estagiária, Rita, abaixa até a criança, a pega, fala que está bonita e a coloca no andador. A outra estagiária, Amanda, cumprimenta a criança e comenta a cor de sua roupa. A mãe cumprimenta uma criança que está no colo da mãe na sala de espera e segue até o andador para encaixar uma peça nele, onde estagiárias também estão encaixando. A mãe limpa a boca da criança com fralda e dá um passo para trás. Uma terceira estagiária começa a marcar o tempo e a outra incentiva Vera a andar no andador. A criança faz que não com a cabeça. As estagiárias Rita e Amanda começam a mover os pés da criança. A mãe observa e depois se dirige para uma cadeira na sala de espera.”

As estagiárias não conversaram com a mãe, apesar de esta participar do processo de entrega da criança e montagem do andador e, ainda, apesar da mãe ter iniciado conversação. Ignorar a presença da mãe não é um bom procedimento para aumentar a probabilidade de participação da mesma ao tratamento da criança.

Outro dado preocupante é a quantidade de cenas em que a interação dos estagiários com os cuidadores se restringe a cumprimentá-los (24% das cenas). Embora demonstre o uso de uma prática social importante com os cuidadores, não acrescenta informações para o cuidador, não capta informações sobre a criança que podem contribuir para seu tratamento, tampouco envolve o cuidador na reabilitação do seu filho.

Comportamentos voltados para a interação estagiário- cuidador ocorreram em 33% das cenas, categorizadas como: conversar, perguntar, envolver cuidador, emitir feedback, orientar e elogiar. A emissão desses comportamentos por parte dos participantes é mostrada na Figura 6.

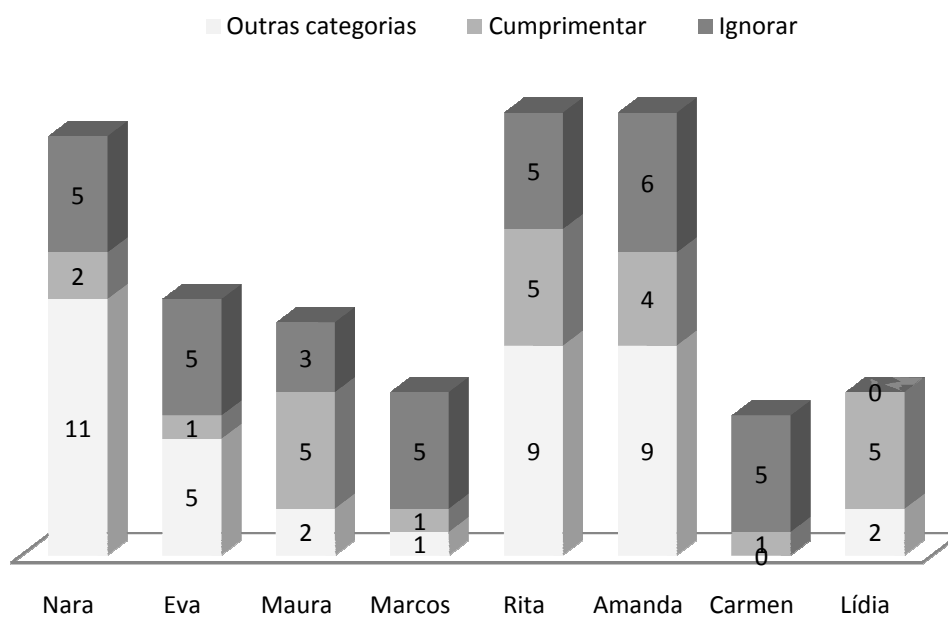


Figura 6. Frequência das três categorias de interação com as cuidadoras, por parte de cada estagiário.

O número de filmagens diferia, para cada estagiário, a depender da presença ou ausência dos pacientes naquele dia e da simultaneidade das cenas registradas, que faziam com que fosse impossível captar uma cena durante a filmagem de outra, que ocorria em outro lugar. Além disso, estagiários cujos cuidadores que não entravam na sessão não eram filmados nesses momentos. Analisando a frequência dos comportamentos emitidos, pode-se observar, a partir desta figura, que alguns estagiários emitiram mais comportamentos na interação com os pais (Amanda, Rita, Nara), enquanto outros interagiram muito pouco (Marcos, Carmem). Com exceção de Lídia, os outros participantes por várias vezes emitiram comportamentos na categoria “ignorar (ausência de interação profissional)”.

Algumas cuidadoras foram sistematicamente ignoradas: das três cenas em que Elis foi filmada, em duas não foi observado interação: nem cumprimento, nem conversas ou perguntas, embora as estagiárias conversarem com a filha Valéria e seu irmãozinho. As cenas ocorreram em momentos de chegada e saída da criança. No caso de Helena, irmã da criança Roberto, mesmo presente durante toda a sessão de terapia do irmão, nenhum comportamento foi direcionado a ela, nas três cenas em que foi filmada, mesmo quando Helena tentou, por iniciativa própria, participar das atividades.

Comportamentos emitidos pelos estagiários, quando interagem profissionalmente com os cuidadores

Os comportamentos dos estagiários, observados nas interações profissionais com as cuidadoras, foram classificados usando as seguintes categorias: iniciar e manter conversação, fazer perguntas, orientar cuidador, emitir *feedback*, envolver o cuidador e fazer elogios (veja Figura 7).

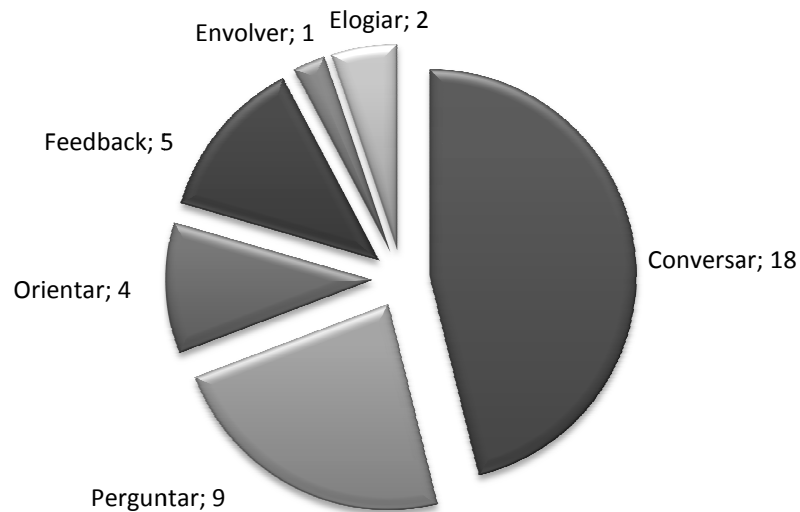


Figura 7. Comportamentos emitidos pelos estagiários em interações profissionais com os cuidadores

É possível observar que o contato que os estagiários tinham com os cuidadoras era subaproveitado, para oferecer orientação, feedback, e principalmente, para promover práticas participativas, no sentido de envolver o cuidador com o tratamento da criança.

Comportamentos emitidos pelos cuidadores, quando participavam da sessão de fisioterapia

Formas de participação dos cuidadores nas sessões, estão apresentadas na Figura 8:

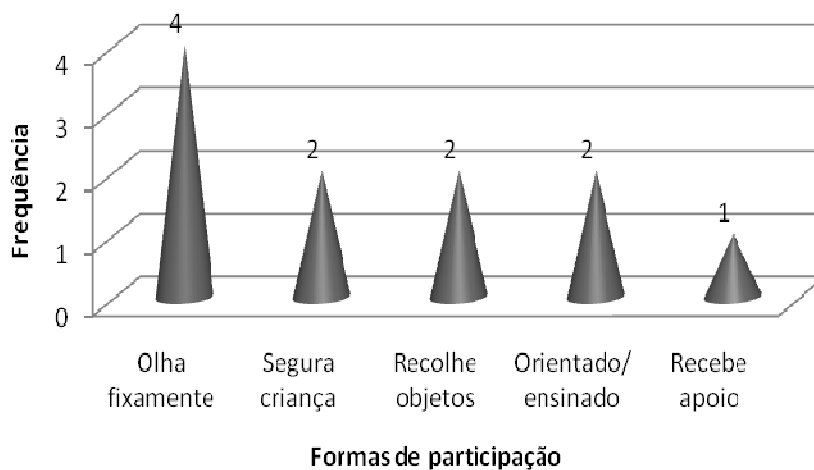


Figura 8. Frequência de diferentes formas de participação por parte dos cuidadores, observadas nas filmagens realizadas durante as sessões de fisioterapia.

Percebe-se, por meio da Figura 8, que os cuidadores que ficavam junto com os estagiários durante as intervenções, que ocorreram em 11 cenas, participaram de uma forma passiva na sessão de fisioterapia. Apenas em 2 ocasiões os cuidadores foram orientados pelos estagiários. Essas orientações ocorreram de maneira verbal.

Modalidades de interação e impactos para o cuidador.

O pressuposto deste estudo é que o cuidador da criança que recebe tratamento em fisioterapia pode ser um mantenedor e multiplicador dos efeitos da terapia, caso seja orientado por e acompanhado adequadamente pelo terapeuta. Para Bronfenbrenner (1996), o contexto primário na ecologia do desenvolvimento é a díade (microsistema). O potencial desenvolvimental de uma díade está relacionado com a natureza das trocas

sociais entre os membros. Assim, para aumentar o potencial desenvolvimental da díade cuidador- criança, além de incluir o fisioterapeuta na rotina da criança (díade criança-terapeuta), é importante investir na díade terapeuta- cuidador, para assim aumentar as capacidades do cuidador.

Uma análise baseada nesse referencial, portanto, pode ser esquematizada com base na interação estagiário (E) e cuidador (C). Quando o C presta atenção, de maneira cuidadosa e continuada à atividade do E, que, por sua vez, ao menos reconhece o interesse demonstrado, esta situação proporciona condições para a ocorrência de aprendizagem observacional por parte do C. No entanto, a aprendizagem do C será efetiva se o E emitir uma resposta explícita em relação à atenção demonstrada pelo C. Esta configuração é chamada de díade observacional. Em quatro situações filmadas, os cuidadores permaneceram na sessão fisioterapêutica da criança, olhando atentamente para o estagiário, que realizou os exercícios com as crianças. Para que essa situação tenha um maior potencial desenvolvimental, seria importante que o E demonstrasse que reconhece a atenção do cuidador, por exemplo, explicando o que está fazendo ao cuidador ou indicando a importância da realização do exercício, para o cuidador. Quando existe uma díade observacional, os membros podem mais facilmente evoluir para uma configuração na qual os membros têm uma interação mais ativa, passando a ser uma díade de atividade conjunta (Bronfenbrenner, 1996).

Em uma das cenas filmadas, a relação estagiário- cuidador pode ser caracterizada como a de uma díade de atividade conjunta. A díade de atividade conjunta é aquela em que os membros se percebem como realizando algo que exige a participação de ambos (Bronfenbrenner, 1996). Nesse caso, o estagiário engajou a mãe no tratamento fisioterapêutico da criança, porque uma das integrantes da dupla de estagiários faltou. Nessa cena, mãe prende os cabelos, como a estagiária, tira os sapatos para subir no

tablado, como a estagiária, e passa a posicionar a criança para que a estagiária realize os exercícios. Na díade de atividade conjunta, é necessário ter a colaboração de ambos os membros para realizar as atividades: cada membro se engaja em atividades um pouco diferentes, porém, complementares, parte de um padrão integrado. No caso, cuidadora e estagiária desempenhavam atividades distintas, mas complementares para a realização do exercício na criança. Para Bronfenbrenner (1996), uma díade de atividade conjunta estabelece condições favoráveis para aprendizagem sobre a atividade realizada em conjunto e, também, propicia crescente motivação e busca para realização da atividade, quando os participantes não estiverem mais juntos. Neste sentido, díades de atividade conjunta parecem ser as indicadas no contexto de fisioterapia neuropediátrica, porque, nesse contexto, é desejável que os cuidadores recebem orientação para fazer parte das atividades realizadas durante as sessões fisioterapêuticas.

Na díade de atividade conjunta são intensificadas certas propriedades que são características de todas as díades: reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afetiva. No engajamento conjunto, os membros realizam atividades concomitantes, retroalimentando o comportamento um do outro, permitindo padrões de interação progressivamente mais complexos, gerando respostas mais rápidas e intrínsecas, aumentando a complexidade dos processos de aprendizagem.

Ainda que processos diádicos de atividades conjuntas sejam recíprocos, a aprendizagem e desenvolvimento é otimizada nas situações em que o equilíbrio de poder se altera em favor da pessoa em desenvolvimento. No caso da participação dos cuidadores na fisioterapia da criança, seja no tratamento em geral, seja durante a sessão, a transferência gradual de poder para o cuidador, pelo fisioterapeuta, criaria situações favoráveis para o engajamento do cuidador. Na medida em que cuidadores e estagiários se envolvem em relações diádicas de atividade conjunta, são criadas condições para que

surjam sentimentos, um em relação ao outro, incorrendo em uma relação afetiva. Esses sentimentos podem ser positivos, negativos ou ambivalentes, para ambos os membros da díade. Os sentimentos positivos aumentam as condições para processos desenvolvimentais. Em díades na qual a relação afetiva é percebida como positiva, cria condições para o desenvolvimento de uma díade primária. A díade primária é aquela cuja relação continua a existir para os participantes mesmo quando não estão juntos, sob a forma de pensamentos ou sentimentos, um pelo outro. O autor se refere às díades que apresentam as propriedades de reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afetiva como díades desenvolvimentais, em virtude de seu importante papel na ecologia do desenvolvimento humano. Uma relação entre fisioterapeuta e cuidado com a configuração mais próxima de uma díade primária (Bronfenbrenner, 1996) seria, portanto, ideal porque contemplaria requisitos das dimensões relacionais e participativas do cuidado (Dunst & Dempsey, 2007).

Circunstâncias de contato estagiário- cuidador: momentos de chegada e saída ou participação na sessão.

Os momentos possíveis para interação do estagiário com o cuidador ocorrem ao longo de dois momentos: os momentos de chegada e saída da criança, na qual o fisioterapeuta recolhe ou entrega a criança e em momentos de sessão de fisioterapia.

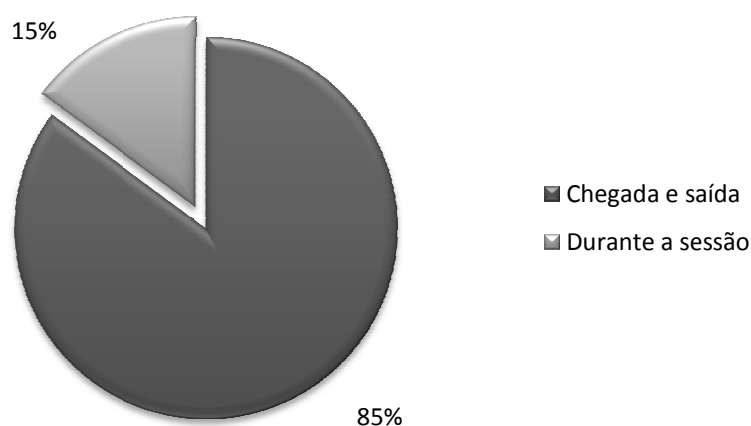


Figura 9. Categorização das cenas filmadas por circunstâncias do contato entre estagiários e pais.

A figura 9 demonstra que dentre as 73 cenas de contato estagiário- cuidador filmadas, em 63 cenas (85%), o contato se limitou aos momentos de chegada e saída da criança; em apenas 11 cenas (15%), o contato ocorreu durante a sessão de fisioterapia.

Considerando a participação do cuidador na sessão, nem sempre esta situação incorria em aumento na interação do estagiário com o cuidador. Ao longo das 11 cenas filmadas durante a sessão de fisioterapia, em 4 ocasiões os estagiários não emitiram comportamentos em direção aos cuidadores. Contudo, os momentos de participação do cuidador na sessão podem ampliar o potencial para interação com o estagiário, conforme Tabela 14.

Tabela 14

Ocorrência de respostas em múltiplas categorias por circunstâncias de contato estagiário-cuidador

	Total de cenas	Cenas com respostas em múltiplas categorias
Momentos de chegada e saída	63	2
Momentos de participação na sessão	11	3

Em momentos de participação dos cuidadores na sessão, os estagiários emitiram respostas múltiplas (cumprimentar, conversar e perguntar; conversar, perguntar e orientar; conversar, perguntar e envolver) em 27,2% das cenas, enquanto que, nas ocasiões de chegada e saída das crianças, tais respostas ocorreram em duas ocasiões, a saber, 3,2% do total – quase 3 vezes menos. Ou seja, os resultados indicam que a participação do cuidador durante as sessões pode ampliar as chances para ocorrência de interações mais complexas com os cuidadores.

Interações do estagiário com outros familiares da criança

Houve predominância da interação dos estagiários com as mães. Mas foram observadas cenas com uma avó e com irmãos, como serão descritas a seguir.

Avó.

Nas filmagens, apenas uma das 13 crianças atendidas era levada à Unidade pela avó, que ali permanecia até o final da sessão. Ao final do atendimento desta criança, quando é praxe o estagiário estabelecer algum contato com o cuidador na entrega da criança, de acordo com as filmagens captadas, a criança não foi “devolvida” para a avó pelos estagiários. Pela filmagem, é possível observar que a criança foi sozinha até a avó e segundos depois, observa-se a estagiária, Eva, indo diretamente para a sala onde os alunos permanecem antes ou depois dos atendimentos, sem aproximar-se da avó.

Irmãos.

Várias crianças atendidas pelos estagiários de fisioterapia vêm para as sessões acompanhadas, além da cuidadora, por seus irmãos. Por meio das filmagens, foi possível analisar as interações dos estagiários com irmãos das crianças atendidas. A análise indica, por um lado, a afetividade dos estagiários com os irmãos menores da criança. Por outro lado, os alunos não tentaram engajar a irmã mais velha na sessão, apesar desta demonstrar claramente seu interesse.

Descrição de interações entre os estagiários e o irmão de Valéria.

Em duas cenas com a criança Valéria, embora não se observa nenhuma interação da estagiária com a mãe, a estagiária Maura se dirige afetivamente ao irmão mais novo da Valéria (uma criança com aproximadamente três anos de idade), por duas ocasiões. Na primeira, chama a criança para recolher brinquedo de modo lúdico, pede beijo; na segunda, cumprimenta e manda beijos para a criança, que por sua vez, está no colo de um aluno e recebe seu afago. Outra aluna se aproxima, se abaixa e verbaliza para a criança.

Na terceira cena observada com os mesmos participantes, um aluno sai da sala de brinquedos com o irmão de Valéria no colo, que manipula uma folha de papel. O irmão vai até a mãe, que está recebendo Valéria das estagiárias e conversando com estas. A estagiária Maura se abaixa e interage com o irmão, enquanto a outra se despede.

Descrição de interações entre os estagiários e o irmão de Maria.

Na cena de recolhida de Maria para a sessão, a dupla de estagiários não emite comportamentos para a avó, que está próxima, mas sim para o irmão mais novo da Maria

(um criança com aproximadamente três anos de idade) que está ao seu lado. Um estagiário verbaliza, em resposta ao comentário da criança, e a outra estagiária o cumprimenta. Em cena de saída, o estagiário despede do irmão, recolhendo os brinquedos que esse lhe entrega, também na presença da avó.

Descrição de interações entre os estagiários e Helena.

Em cena de contato com a mãe e a irmã mais velha do Roberto, Helena (9 anos de idade) no recolhimento da criança para atendimento, as estagiárias Amanda e Carmen não interagem com a irmã da criança. Mesmo assim, nessa mesma ocasião, a irmã entrou e permaneceu na sala de atendimento da criança durante a fisioterapia. Durante a cena, a irmã mantinha o olhar em direção à interação das estagiárias com o irmão, recolhendo objetos que caíam pelo chão e iniciou conversa, que não foi mantida pelas estagiárias. As mesmas circunstâncias e classes de comportamento foram observadas nos outros dois dias de filmagem destes mesmos participantes.

Tais dados indicam que os estagiários têm um comportamento afetivo para com os irmãos mais novos das crianças Valéria e Maria, mas não no caso da irmã mais velha de Roberto, assim como também não interagem com esta a fim de envolvê-la no tratamento de Roberto, apesar de seu explícito interesse e potencial para auxiliar no tratamento da criança.

Considerações gerais sobre os Estudos 1 e 2

Os dados desse estudo em parte corroboram os dados encontrados no Estudo 1, e em parte divergem. No Estudo 1, os estagiários apontaram como importante a participação dos pais no tratamento dos filhos. No entanto, no Estudo 2, a observação dos contatos entre os estagiários e cuidadores não indicaram comportamentos que demonstrassem aos cuidadores seu papel fundamental na reabilitação das crianças. Em quase metade dos contatos, os estagiários sequer conversaram com os cuidadores. Em quase um quarto dos contatos, os estagiários apenas os cumprimentaram. No Estudo 1, prevaleceu uma concepção dos estagiários sobre a importância do seguimento de orientações por parte do cuidador e a dificuldade em o cuidador seguir as orientações. No entanto, no Estudo 2, foi observado que orientar cuidadores foi uma prática que ocorreu em apenas 4% das cenas filmadas. Este resultado, indicando a baixa frequência de comportamentos voltados para a educação do cuidador por parte do fisioterapeuta corrobora os estudos de Soares (2007) e Alvarenga e Neuwald (2005) sobre a baixa frequência de orientação do paciente.

A falta de esforços para explicar tarefas aos pais é preocupante quando se lembra de que existe uma relação entre a frequência de recebimento de orientações e o sentimento de confiança, por parte dos pais, para a realização dos exercícios (Sari & Marcon, 2008). Em relação ao Estudo 1, o Estudo 2 corrobora os baixos índices relatados de comunicação com o cuidador, prevalecendo as interações nos contatos de chegada e saída da criança. No entanto, enquanto no Estudo 1 parte dos estagiários atribuiu a dificuldade na comunicação à falta de tempo, por meio do Estudo 2, foi possível verificar que, nos momentos de chegada e saída da criança, o tempo era preferivelmente empregado pelo estagiário para interação com a criança ou com seu irmão menor, na instalação do equipamento ou interação com o outro estagiário da dupla, negligenciando o cuidador nesses períodos.

Adicionalmente, mesmo em momentos em que o cuidador participava na sessão, nem sempre estas oportunidades eram utilizadas para comunicação com o cuidador, comunicação esta que poderia resultar em conversação, orientação, elogio, e feedback sobre o desempenho da criança. Embora, na sessão, estagiário e cuidador pudessem configurar uma díade observacional (Bronfenbrenner, 1996), o poder desenvolvimental da díade ficava reduzido pela falta de reconhecimento, por parte do estagiário, da atenção do cuidador. A baixa frequência de comportamentos direcionados aos cuidadores em momentos de participação em sessão de fisioterapia, observados no Estudo 2, podem ser relacionados com os sentimentos de que o cuidador atrapalha a sessão de fisioterapia e também ao sentimento de constrangimento do estagiário, relatados pelos sujeitos no Estudo 1.

Em comparação com os pais, a participação de cuidadores familiares que não eram pais da criança foi percebida como menos eficiente pelos estagiários, no Estudo 1. No entanto, esta percepção pode estar relacionada com a menor atenção que estes cuidadores receberam dos estagiários, observado no Estudo 2, como no caso em que a avó nem recebeu da estagiária a criança que voltava da sessão de fisioterapia, assim como a irmã, que tentava, em vão, participar das sessões.

Os dados corroboram, por fim, os achados do Estudo 1, em relação ao pouco uso de práticas relacionais e participativas do cuidado (Wilson & Dunst, 2005), apontando para lacunas na formação sob este referencial, bem como lacunas de formação para educação em fisioterapia (Sluijs, 1991), formação para a integralidade do cuidado (Cecílio & Mhery, 2003), distante do perfil profissional definido pelas diretrizes curriculares (Brasil, 2002) e conforme as indicações de Rebelatto e Botomé (1999).

Considerando os resultados dos Estudos 1 e 2, pode-se afirmar que são necessários esforços para ampliar o repertório de estagiários de fisioterapia visando promoção do envolvimento dos cuidadores na reabilitação fisioterapêutica de suas crianças.

Estudo 3

No Estudo 1, foi possível identificar a forma como uma amostra de alunos de um curso de graduação em fisioterapia de alta qualidade pensam sobre adesão e sobre o relacionamento com os cuidadores. No Estudo 2, foi possível identificar como os estagiários interagem com os cuidadores das crianças, corroborando os resultados do primeiro estudo quando os resultados indicaram déficits no conhecimento e repertório para envolvimento da família. O Estudo 3 teve como objetivo avaliar um programa de intervenção para estagiários da área de fisioterapia neuropediátrica, visando à instalação de repertório para promoção do envolvimento do cuidador na reabilitação de crianças. Vale destacar, no entanto, que a intervenção, expressa pelo seu conteúdo, é apenas um recorte de algumas das habilidades e conceitos importantes na prática do estagiário de fisioterapia na área, identificados nos Estudos 1 e 2.

Método

Participantes.

Estagiários.

Participaram 5 alunos do curso de fisioterapia, inscritos no estágio em neuropediatria no período correspondente ao terceiro trimestre de 2011, vinculados ao mesmo ambulatório universitário descrito nos Estudos 1 e 2. Os dados de identificação dos participantes estão descritos na Tabela 15.

Tabela 15:

Dados de identificação dos participantes estagiários

Nome	Idade
Francisca	22
Gabi	24
Milene	22
Lidiane	25
Cristine	24
	Média: 23,4
	Desvio padrão: 1,34

Cuidadores.

Participaram também 9 cuidadores⁷, responsáveis por 8 crianças, cujos dados de identificação estão descritos na Tabela 16.

Tabela 16

Dados de identificação dos participantes crianças e cuidadores

Criança	Idade	Diagnóstico	Cuidador	Parentesco	Idade
Valéria	8	Paralisia cerebral	Elis	Mãe	22
Vera	8	Paralisia cerebral	Rosa	Mãe	37
Cecília	3	Paralisia cerebral	Valesca	Mãe	31
Diego	13	Paralisia cerebral	Clara	Mãe	48
Maria	11	Paralisia cerebral	Neide	Avó	63
Vitorio	6	Mielomeningocele	José	Avô	57
Luma	6	Paralisia cerebral	Danilo	Tio	32
Karina	11	Paralisia cerebral	Pedro/ Isa	Pai/ Mãe	56/ 46
Média:	8,25				43,5
Desvio padrão:	3,28				13,8

⁷ Foram filmados dois cuidadores para a criança Karina, a mãe e o pai.

As cuidadoras Elis, Rosa e Neide participaram do Estudo 2. A inclusão de novos cuidadores participantes se deu em função das rotinas de alta do tratamento e ingresso de novos usuários, inerentes ao serviço de fisioterapia do ambulatório.

Aspectos éticos.

Os estagiários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G). Os cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

Materiais e equipamentos.

Os materiais utilizados nas intervenções foram papel, canetas, bolas e vendas. Os equipamentos utilizados foram: filmadora digital, computador, impressora, projetor multimídia.

Instrumentos.

Formulário de identificação e levantamento inicial de conhecimento sobre os conteúdos do treinamento (Anexo G). Esse levantamento inicial foi feito por meio de três questões abertas condizentes com as rotinas do trabalho do fisioterapeuta, relacionadas com o conteúdo do treinamento.

Formulários de pré e pós-testes, relacionados a cada tema desenvolvido no treinamento (Anexo H).

Checklist sobre Práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2005), traduzido pela pesquisadora. Este instrumento (com direitos autorais, mas autorizado para uso

prático) permite averiguar o quanto o profissional percebe sua relação com os familiares do paciente, localizando o controle da situação em si mesmo.

Conjunto de slides sobre os temas abordados: Análise do Comportamento, Práticas Centradas na Família e Habilidades Sociais, cujos conteúdos serão descritos mais adiante no método da intervenção.

Folhetos para suporte informacional (Anexo I).

Formulário de avaliação do treinamento (Anexo J). O formulário permitia que o participante atribuísse uma nota em relação à importância do tema desenvolvido (em um gradiente em que 1 correspondia a *nenhuma importância* e 10, a *muito importante*) e questionava a utilização das informações, pelos participantes, na prática clínica.

Local de coleta de dados.

O mesmo ambulatório em que ocorreram os Estudos 1 e 2, aos quais os estagiários e cuidadores estavam vinculados.

Procedimento de Filmagem.

O mesmo descrito no Estudo 2. Após a efetuação das filmagens, nas semanas 1 e 2, as cenas foram analisadas pela pesquisadora com o objetivo de identificar pontos positivos no comportamento dos estagiários e aspectos que deveriam ser modificados para maiores chances de promoção de vínculo e envolvimento parental no tratamento da criança. Procurou-se identificar tais aspectos nas filmagens de todos os participantes. As cenas foram categorizadas para posterior exibição e análise pelos estagiários, pela técnica de *videofeedback*.

Procedimento de intervenção.

Referencial teórico da intervenção.

A intervenção, denominada Curso Desenvolvimento de Habilidades Terapêuticas, se pautou pelos referencias teóricos: modelo ecológico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996), Práticas Centradas na Família (Dunst, Trivette & Hamby, 2007), Análise do Comportamento (Skinner, 1953/ 1994) e Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 1999).

Estrutura de intervenção.

O programa de intervenção foi planejado para ter duração de 8 horas em total, sendo composto por 4 encontros de 2 horas cada, ao longo de quatro semanas, por meio de negociações com os docentes-supervisores dos alunos fazendo estágio nessa área. Optou-se por essa carga horária para que a intervenção pudesse ser incorporada às atividades que ocorrem ao longo do período de estágio, porque os alunos não tinham disponibilidade em outro horário por motivo da grade curricular completa, no último ano do curso de fisioterapia. Assim, para ser incorporado às atividades curriculares, o número e tempo de sessão não poderia ser superior. Por outro lado, cada sessão incluía um período de avaliação inicial (pré-teste), depois uma de apresentação de conteúdo, vivência, discussão e aplicação de avaliação da sessão (pós-teste). Assim, o tempo não poderia ser inferior ao período de duas horas.

Para o início do treinamento, foi formulado um questionário formado por questões pertinentes ao cotidiano do fisioterapeuta e que tratam dos temas do treinamento, de

maneira a identificar o conhecimento inicial dos estagiários sobre os temas e, ao final da intervenção, se os participantes se apropriaram dos conceitos desenvolvidos. Ademais, foram elaborados, para cada temática a ser desenvolvida no treinamento, um instrumento sobre o assunto alvo (pré-teste) a ser aplicado antes do treinamento do dia, cuja reaplicação ocorreria ao final de cada sessão de treinamento (pós-teste).

Vale destacar que cada sessão contava com a apresentação de vivências, ou seja, proposições de situações práticas que reproduziam de maneira metafórica ou análoga, experiências relacionadas com o conteúdo teórico a ser abordadas, práticas para fixação do conteúdo. Neste mesmo sentido, ao final de cada sessão foi oferecido um suporte informativo, um impresso resumando os principais conceitos abordados em cada sessão, por meio de um folheto.

A estrutura das sessões é apresentada no diagrama a seguir:

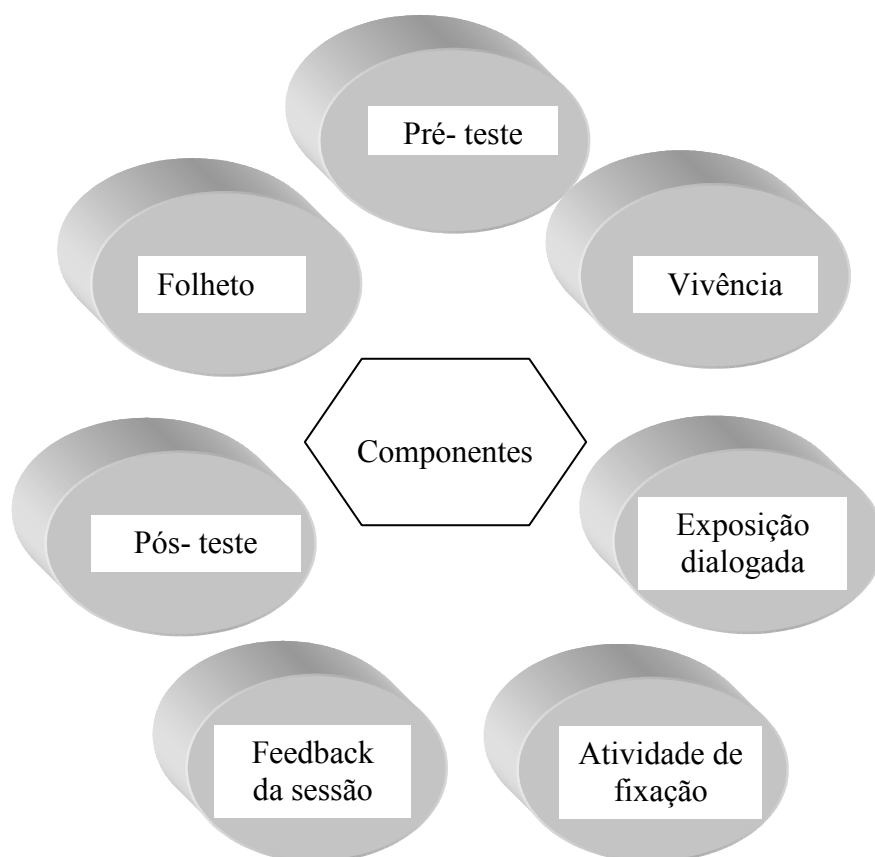


Figura 10. Componentes das sessões de intervenção.

O conteúdo das sessões de intervenção está descrito na Tabela 17 e os objetivos, atividades realizadas e recursos pedagógicos utilizados, na Tabela 18.

Tabela 17

Conteúdo da intervenção

Temas	Conteúdo
Análise do Comportamento	Comportamento reflexo; comportamento operante: esquemas de reforçamento positivo, negativo; intermitente; efeitos da punição, extinção operante. Técnicas modelação, modelagem, fading out, reforçamento diferencial, extinção. Enfoque no comportamento da criança.
Práticas Centradas na Família	Modelos de intervenção Centrado no Profissional, Família como Aliada, Foco na Família e Centrado na Família. Fundamentos das Práticas Centradas na Família. Importância da parceria profissional-familiar. Empoderamento familiar. Dimensões Relacionais e Participativas das práticas de cuidado. Comportamentos usados para construir uma relação de Cuidado Centrado na Família.
Habilidades Sociais	Estilos comportamentais: Passivo, Assertivo, Agressivo. Classes de comportamentos em Habilidades Sociais: cumprimentar e despedir; iniciar e manter conversação, fazer elogio, crítica sanduíche.
Habilidades Sociais (continuação) e Educação fisioterapêutica	Treinamento Habilidade Social: Emitir feedback. Educação fisioterapêutica: elementos educacionais em fisioterapia.

Ao longo do treinamento, os estagiários foram incentivados a expressar comentários e opiniões sobre os temas. Por fim, no final de cada sessão, solicitava-se *feedback* dos participantes quanto ao treinamento. Como recurso didático as filmagens da primeira e terceira semanas de atendimento foram utilizadas em duas sessões de intervenção, usando-se assim, a técnica de videofeedback.

Os objetivos de cada sessão de treinamento, as atividades realizadas e os recursos pedagógicos utilizados estão descritos na Tabela 18.

Tabela 18

Objetivos, atividades e recursos utilizados na intervenção para ensinar os estagiários a aumentar o envolvimento dos cuidadores

Objetivos O aluno deve ser capaz de...	Atividade/ Sequência	Recursos
Semana 1		
Repertório de entrada nos temas da intervenção	Responder questionário de identificação e de conhecimento prévio.	Instrumento de identificação e conhecimentos
Aplicar conceitos de Análise do Comportamento às situações em fisioterapia neuropediátrica, junto às crianças	Participar de módulo (multi-componente) sobre Análise do Comportamento	Projeção de slides Exposição dialogada Exercício de fixação em dupla e apresentação do produto
Filmagem 1 e posterior análise de filmagem para compor sessão de <i>videofeedback</i> na Semana 2		
Semana 2		
Conhecer Práticas Centradas na Família.	Conteúdos Práticas Centradas na Família	Slides Exibição de filmagem <i>Videofeedback</i> Exercício escrito para fixação
Refletir sobre modelo de cuidado em saúde.	Tarefa de casa: Analisar práticas de interação e envolvimento com familiares das crianças.	Completar <i>checklist de Práticas Centradas na Família</i>
Filmagem 2 e posterior análise de filmagem para compor sessão de <i>videofeedback</i> na semana 4		

Semana 3

Avaliar seu desempenho na tarefa de casa.	Discussão da tarefa de casa sessão anterior	Checagem e discussão do <i>checklist</i>
Diferenciar entre diferentes formas de interagir com outras pessoas por meio do uso de Habilidades Sociais.	Treinamento em Habilidades Sociais.	Slides Vivência: Passar a bola
Usar comportamentos adequados para fazer elogios, críticas		Ensaio comportamental: fazer elogios e críticas
Observar próprio comportamento e o do outro, visando atingir padrão assertivo.		

Semana 4

Usar comportamentos adequados para emitir feedback.	Treinamento Habilidades Sociais. Emitir feedback.	Slides Vivência: Conduzindo o outro (Del Prette & Del Prette 2007)
Usar práticas de educação fisioterapêutica	Educação fisioterapêutica Sluijs (1991)	<i>Videofeedback</i> Lista com Elementos educacionais em fisioterapia (Sluijs, 1991)
Perceber avaliação da generalização.	Avaliação da intervenção individual, por escrito.	

O conteúdo da primeira semana, Análise do Comportamento, além de ser um conhecimento importante para aprendizagem de conceitos subsequentes no treinamento, foi uma solicitação da professora do estágio em fisioterapia, para auxiliar os estagiários a lidarem com o comportamento das crianças ao longo do tratamento. Para não influenciar nas filmagens que formaram a linha de base do Estudo 3, o conteúdo abordado foi voltado para o comportamento da criança, sem tratar de interação profissional-família, tampouco da promoção do envolvimento familiar.

Sequência e descrição da intervenção.

A intervenção foi aplicada por três vezes, uma vez no segundo, no terceiro e no quarto trimestre do ano 2011. Na primeira aplicação, o planejamento do curso e os recursos desenvolvidos, como slides, questionários e folhetos foram aprimorados, sendo assim, uma intervenção piloto. A intervenção foi então novamente aplicada nos terceiro e quarto trimestres. Os dados utilizados para o Estudo 2 foram os obtidos com os estagiários do terceiro trimestre. No quarto trimestre, a ocorrência de dois feriados, um ciclo de iniciação científica e um congresso brasileiro de fisioterapia comprometeram o cronograma da intervenção e a integridade da intervenção neste período.

O treinamento foi planejado para ocorrer em situação natural de estágio em fisioterapia neuropediátrica. Três, das quatro sessões de treinamento, ocorreram no ambulatório, em horários destinados à supervisão de estágio pela docente responsável, que concordou em disponibilizar estes horários, mas sem a participação da mesma. Uma sessão ocorreu no período noturno, em um laboratório, no Departamento de Psicologia.

Descrição das sessões de intervenção.

Primeira sessão.

Foi aplicado um instrumento inicial, para coletar dados de identificação dos estagiários e o conhecimento sobre os conteúdos do treinamento antes do início do mesmo. Na sequência, foram apresentados: a) literatura, na área de fisioterapia, explicitando a importância do envolvimento do cuidador na intervenção com crianças com problemas crônicos de saúde; b) uma revisão de literatura evidenciando lacunas no oferecimento de estratégias para o fisioterapeuta promover o envolvimento parental na reabilitação da criança; e c) os dados do Estudo 2, que indicavam as dificuldades dos alunos em promover o envolvimento parental na reabilitação e até negligência dos cuidadores por parte dos estagiários. O objetivo desse conteúdo foi de sensibilizar os participantes sobre a importância de encorajar o envolvimento dos cuidadores e motivá-los para aprendizagem de estratégias para promoverem o envolvimento do familiar.

Após essa introdução, foi aplicado um pré-teste e então foi apresentado conteúdos de Análise do Comportamento. Realizou-se uma breve explicação de conceitos teóricos nessa área, aplicados ao contexto de reabilitação com crianças.

Entre os conceitos da área de Análise do Comportamento, foram tratados: comportamento reflexo e operante, esquemas de reforçamento positivo, negativo e intermitente; reforçamento diferencial; modelação e modelagem; efeitos nocivos da punição e extinção operante. Tais conceitos foram aplicados às situações cotidianas de reabilitação fisioterapêutica com crianças. Nessa ocasião, os participantes relataram casos reais de dificuldades no controle do comportamento das crianças atendidas e foram

discutidas, em grupo, alternativas para lidar com tais problemas, sob o referencial abordado.

Os recursos didáticos utilizados foram: projeção de slides, exposição dialogada, exercício de fixação com apresentação dos produtos. Nessa última atividade, foi formulada uma questão sobre o conteúdo desenvolvido e, em duplas, os participantes discutiram, formularam uma resposta, por escrito, e apresentaram aos outros membros do grupo.

Ao final da sessão, os participantes emitiram *feedback* sobre a sessão de treinamento, responderam ao instrumento de pós-teste e receberam o folheto informativo.

Segunda sessão.

Após aplicar o pré-teste, foi introduzido o tema “Práticas Centradas na Família”. Entre os conceitos trabalhados, compararam-se diferentes modelos de intervenção: abordagem Centrada no Profissional; Foco na Família; Família como Aliada e Práticas Centradas na Família, com ênfase no detalhamento e importância dessa última.

As técnicas utilizadas foram: projeção de slides e *videofeedback*. As filmagens anteriores à sessão, previamente analisadas pela pesquisadora foram apresentadas aos participantes. Mediante cada cena apresentada, pedia-se para o participante descrever e analisar seu próprio comportamento, baseado nos conceitos de Práticas Centradas na Família. Apontavam-se os aspectos positivos do desempenho do aluno e solicitava-se ao participante da filmagem e, depois, ao grupo, sugestões de comportamentos mais adequados. Todos os participantes puderam analisar e comentar seu próprio desempenho na relação com os familiares das crianças. Na sequência, os participantes receberam um folheto com os principais conceitos desenvolvidos e as referências, o folheto Práticas

Centradas na Família, com objetivo de prover suporte informacional para depois da intervenção.

Nesse folheto, especificamente, além das definições escritas, também havia um exercício para fixação dos conceitos e articulação com a prática. Nessa atividade, os estagiários deveriam pensar sobre e anotar exemplos de comportamentos que ilustrassem as práticas relacionais e as práticas participativas do cuidado, conteúdo que acabara de ser apresentado. A atividade foi realizada individualmente pelos participantes e, depois, o produto foi apresentado ao grupo, sendo as respostas modeladas pela pesquisadora e demais participantes. Dessa maneira, os alunos levaram um folheto cujo conteúdo poderia ser mais significativo para eles mesmos. Então, a sessão de treinamento foi avaliada pelos estagiários, verbalmente.

Foi solicitado aos participantes que realizassem uma tarefa de casa. A tarefa de casa consistia em observar seu próprio comportamento na relação com os cuidadores das crianças por eles atendidas, a partir de um *checklist* de Práticas Centradas na Família. Por fim, os participantes responderam ao pós-teste.

Terceira sessão.

O tema Habilidades Sociais foi abordado na terceira e quarta sessões de treinamento. A terceira sessão foi iniciada com o pré-teste. Em seguida, foi utilizada uma vivência para que fossem observadas e discutidas variáveis de processo, importantes para o treinamento de Habilidades Sociais. Nessa vivência, os participantes formaram um círculo e deveriam passar uma bola ao participante ao lado, de uma maneira diferente, a cada passagem. Como conteúdo, por meio de exposição oral com o auxílio de slides, foram desenvolvidos os conceitos de Treinamento em Habilidades Sociais; Estilos

comportamentais Passivo, Assertivo e Agressivo; classes de comportamento em Habilidades Sociais: cumprimentar e despedir, iniciar e manter conversação, fazer elogios e fazer críticas. Foi realizado um ensaio comportamental sobre como fazer elogios e críticas, adequadamente. Por fim, foi verificada e discutida a tarefa de casa, na qual os participantes registraram observações sobre o próprio comportamento na relação com os cuidadores, utilizando-se do *checklist* que foi apresentado na sessão anterior.

Quarta sessão.

A quarta sessão não foi precedida de pré-teste, porque foi continuação da sessão anterior. Foi realizada uma breve recapitulação dos conceitos desenvolvidos sobre Habilidades Sociais e enfocou-se o comportamento de emitir *feedback*. Posteriormente, foi realizada uma vivência para trabalhar diversos conceitos na área de Habilidades Sociais e também para introduzir o próximo conceito a ser desenvolvido, Educação Fisioterapêutica.

A seguir, os alunos participaram de uma vivência, com função de sensibilizar sobre o tema e instalar alguns comportamentos adicionais, voltados para a educação do cuidador. A vivência realizada foi adaptada de uma vivência chamada “Conduzindo o Outro” (Del Prette & Del Prette, 2007, p. 125).

Para a realização da vivência, o grupo foi dividido em um Grupo de Observação (GO), e um Grupo de Vivência (GV). Ao GV, foi atribuído papéis para 3 participantes. Uma participante era a criança, uma a mãe e outra, a fisioterapeuta. Para que a participante que representava a criança pudesse vivenciar mais adequadamente uma situação de necessidade de instruções, ela foi vedada. O GO foi composto por 2 participantes, que tinham como tarefa observar e posteriormente descrever o comportamento desempenhado pelos participantes do GV. Previamente à chegada das participantes, a pesquisadora

organizou o ambiente do Ginásio 3, criando um circuito com obstáculos físicos na sala, utilizando-se de rolos e bancos disponíveis no local. Foi proposta para a participante fisioterapeuta (GV), na presença do GO, a seguinte situação: Uma criança precisa realizar um circuito e realizar uma tarefa (mudar um objeto de lugar), e esse exercício era importante para a estimulação motora da criança.

As participantes com papel de mãe e criança foram introduzidas na cena e a vivência foi realizada. A partir dessa vivência, vários conceitos puderam ser observados e apontados, principalmente pelo GO, e então discutidos com todo o grupo, como: cumprimento da mãe e criança pela fisioterapeuta, necessidade de explicar para a mãe os objetivos do exercício, dar instruções de maneira adequada, no caso, para a criança, completar o circuito. Nessa situação, alguns sentimentos que vieram à tona também foram discutidos, como a sensação de insegurança e vulnerabilidade da participante que representou a criança, que estava vedada e a possível sensação da mãe em não saber o que a criança iria fazer e o porquê. Nessa atividade, os alunos expressaram o reconhecimento da importância da relação com a família para a reabilitação da criança e aspectos relacionados ao comportamento de dar instruções. Esse aspecto foi aprofundado, mediante a apresentação dos elementos educacionais em fisioterapia, proposto por Sluijs (1991). Uma cópia deste material foi entregue, lido e discutido com os alunos. Nessa etapa, os alunos reconheceram a importância dos aspectos educacionais em fisioterapia, mas também explicitaram a dificuldade de desempenhar todas as habilidades requeridas, durante a sessão de atendimento. Foi aplicado o pós-teste sobre o conteúdo de Habilidades Sociais, a sessão foi avaliada verbalmente pelos participantes e foi oferecido o folheto com informações sobre conteúdo desenvolvido.

Por fim, os participantes preencheram o instrumento de avaliação de conhecimentos por meio de situações hipotéticas, o mesmo aplicado antes do início do

treinamento (Anexo G) e um protocolo de avaliação do treinamento (Anexo J). Tendo fim a etapa de treinamento, os estagiários foram novamente filmados em situação de atendimento das crianças.

Análise de dados.

As filmagens foram assistidas e categorizadas por data e participante. Foi utilizado o Protocolo de análise de filmagem. (Anexo E), composto por uma tabela de dupla entrada, que continha a identificação da cena e participante e as possíveis categorias de respostas identificadas. As categorias foram as mesmas especificadas no Estudo 2. A análise das filmagens foi realizada pela pesquisadora e por uma pesquisadora colaboradora, que procedeu a avaliação das cenas sem saber o momento das filmagens, se anterior ou posterior à intervenção ou qual o grupo comparação e intervenção. Houve concordância entre essas pesquisadoras, superior a 80%.

Resultados e Discussão

Foi filmado um total de 41 contatos entre estagiários e cuidadores. Na filmagem inicial foram gravadas 17 cenas de contato e no período posterior à intervenção foram gravadas 24 cenas.

Conforme mostrado na Tabela 19, o número de contatos filmados em situações pré e pós-intervenção foram diferentes.

Tabela 19

Número de cenas em situações de pré e pós-intervenção.

Participante	Cenas Pré-teste	Cenas Pós-teste	Total
Francisca	5	5	10
Gabi	2	6	8
Milene	6	5	11
Lidiane	3	3	6
Cristine	1	5	6
Total	17	24	41

Cada participante foi filmado em número de cenas distinto em situações de pré e pós-intervenção, por conta de certos aspectos que limitava a coleta de dados. Entre esses aspectos, esteve a necessidade de eleger uma única interação para filmar, enquanto outras interações envolvendo outros estagiários e cuidadores ocorriam paralelamente, ao mesmo tempo. A maioria dos contatos entre os estagiários e os cuidadores ocorreu nos momentos de chegada e saída da criança à terapia, nos mesmos dias e horários. Outra dificuldade foram as faltas das crianças e cuidadores. As crianças atendidas no setor de neuropediatria usualmente frequentam médicos e serviços de saúde na cidade e nos grandes centros próximos, para realizar procedimentos terapêuticos e cirúrgicos. Além disso, por terem a saúde fragilizada, em certos casos, são poupadas pelos cuidadores de comparecer aos

atendimentos em períodos de chuva ou frio. Por fim, muitas são usuárias do sistema público de transporte para pessoas com necessidades especiais, cujos veículos quebram e passam por manutenção, sem substituição dos mesmos.

Resultados das filmagens em momentos pré e pós-intervenção

Para comparar os resultados do grupo nas filmagens em situações de pré e pós-intervenção, foi calculado a média da taxa de frequência de respostas, onde a taxa de frequência é dada por nº de respostas/ nº de ocasiões. Aqui, ocasiões se referem às cenas de contato do estagiário com o cuidador. Os resultados são apresentados na Figura 11.

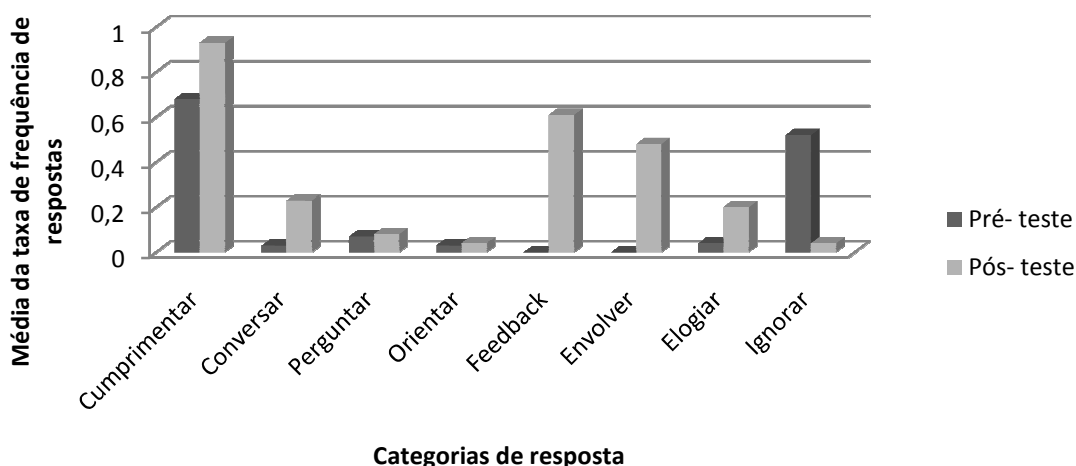


Figura 11. Média da taxa de frequência com a qual o grupo de estagiários interagiram com os cuidadores antes e após a conclusão da intervenção.

Pode-se observar, na Figura 11, que as habilidades que mais melhoraram foram as das categorias: emitir *Feedback*, *Envolver* familiar e fazer *Elogios*, aspectos que foram especificamente trabalhados no treinamento. Conseqüentemente, caiu a frequência de situações nas quais o estagiário negligenciava o cuidador (categoria *Ignorar*). A frequência dos comportamentos pertencentes às classes *Perguntar* e *Orientar* praticamente

permaneceu inalterada, possivelmente porque tais comportamentos não foram treinados ao longo da capacitação.

O pequeno número de estagiários e as dificuldades para realizar a intervenção em 2011 resultaram na impossibilidade de contar com um grupo controle nesse mesmo período. No entanto, a partir da recuperação das filmagens realizadas em 2009 com o grupo que participou do Estudo 2, foi possível estabelecer um Grupo de Comparação (GC). Esse grupo também foi filmado ao longo de 4 semanas, mas sem contar com qualquer tipo de treinamento para tentar melhorar seu repertório e desempenho junto aos cuidadores. No Grupo de Intervenção (GI), entre a filmagem inicial, treinamento e filmagem final se passaram 5 semanas. Dessa forma, pela quantidade de tempo ser muito similar, nas mesmas condições, com alunos com as mesmas características, optou-se por fazer uma comparação desses grupos, no tempo inicial e no tempo final de filmagem no GC, com os dados do GI em momentos de pré e pós-teste. Outro aspecto que favoreceu a comparação entre os grupos foi o fato de ambos serem filmados no terceiro trimestre de estágio curricular, o que pode indicar que os participantes tiveram oportunidade de conhecimentos e experiências parecidas.

Os dados referentes às respostas dos participantes do GC (Estudo 2) e do GI, nos períodos iniciais de filmagem estão expressos na Figura 12.

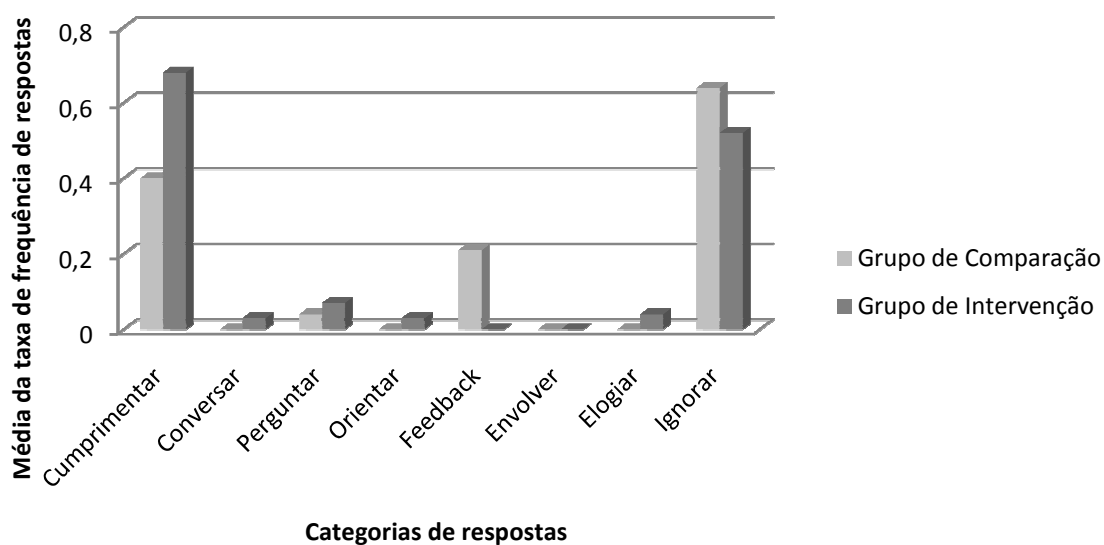


Figura 12. Desempenho do Grupo Comparação em período inicial de filmagem e do Grupo Intervenção antes do treinamento (pré-teste).

Como pode ser observado na Figura 12, os estagiários no Grupo de Comparação e no Grupo de Intervenção apresentaram desempenhos muito parecidos nos períodos iniciais de filmagem, quando ainda não tinham sido trabalhados conteúdos voltados para o envolvimento com as famílias no Grupo de Intervenção.

O desempenho dos participantes do Grupo de Intervenção e dos participantes do Grupo de Comparação foi diferente em algumas categorias de resposta na fase final de filmagens de ambos os grupos, conforme indica a Figura 13.

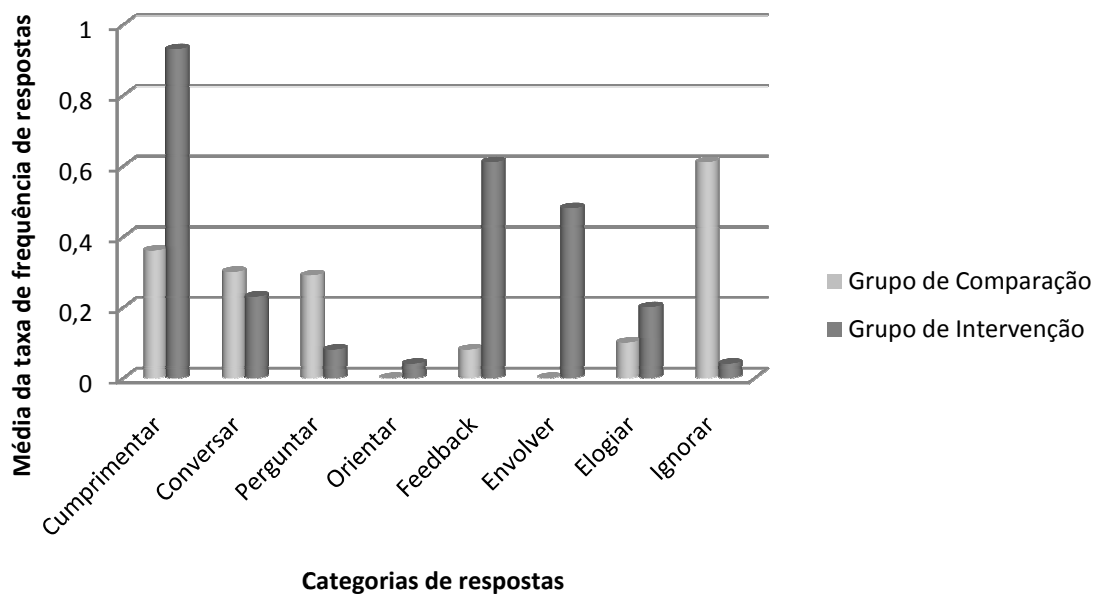
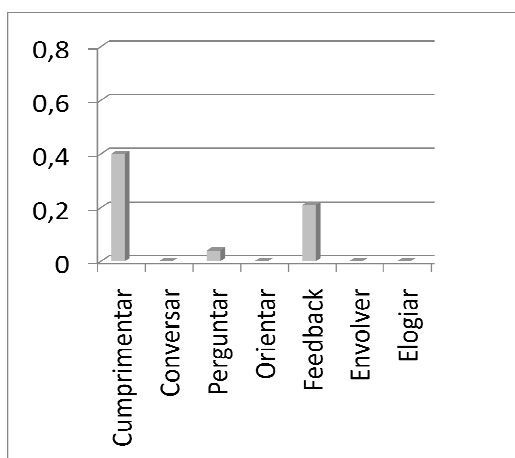


Figura 13. Desempenho nas filmagens do Grupo de Comparação, ao final da quarta semana e do Grupo de Intervenção, após o treinamento (pós-teste).

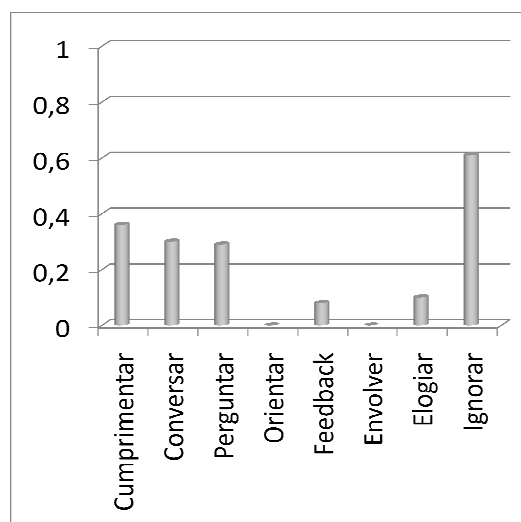
Com base na Figura 13, observa-se que o desempenho dos participantes do Grupo Intervenção foi superior nas categorias de comportamentos: Cumprimentar, Emitir feedback, Envolver e Elogiar. Consequentemente, apresentaram menos comportamentos que indicavam negligência com o cuidador, como observado por meio da categoria Ignorar.

A figura 14 apresenta um esquema com o objetivo de facilitar a comparação visual dos resultados do GC e GI, em momentos inicial e final de filmagens:

GC



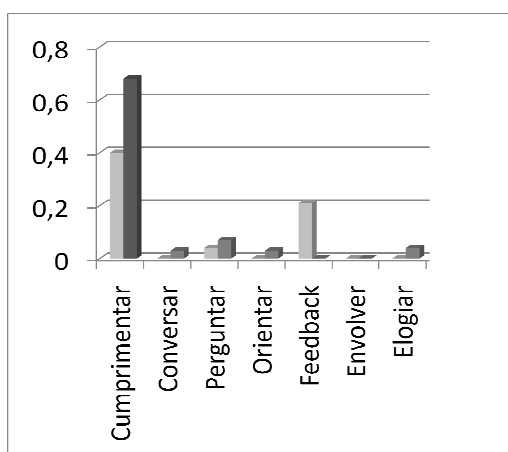
Inicial



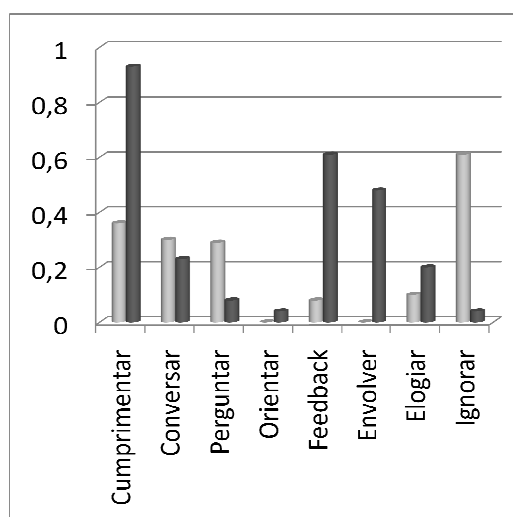
Final

GC

GI



Inicial



Final

Figura 14. Esquema para apresentação visual dos resultados dos grupos Comparação e Intervenção em momentos de filmagem inicial e final.

Categoria de análise *Emitir feedback* no Grupo de Comparação e no Grupo de Intervenção

Em ambos os grupos, foram constatadas emissões de *feedbacks* para os cuidadores, relacionados à sessão de fisioterapia, nas filmagens finais para cada grupo. Todos os *feedbacks* emitidos pelos estagiários de cada grupo foram transcritos na tabela a seguir.

Tabela 20

Feedbacks emitidos pelos estagiários dos Grupos de Comparação e de Intervenção nas filmagens finais

Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção
<p>Maura</p> <p>1. “Estava resmungão hoje. Chorou super...”.</p>	<p>Francisca</p> <p>1. “Hoje foi mais difícil”. Mãe Rosa: “O que aconteceu?” “Ela ficou (palavra inaudível), reclamou bastante, geralmente ela não reclama”.</p> <p>2. “Não sei se você observou, mas ela estava rangendo os dentes com a gente hoje”. Mãe Rosa: “De vez em quando ela faz isso”.</p> <p>3. Francisca conta que a criança foi melhor no pós-teste do que no pré-teste, porque permaneceu mais tempo em determinada postura.</p> <p>1. “Você não acredita o que ela fez hoje... conta! Ela ficou de pé sem apoiar a mão!” Mãe Isa, olhando para a criança: “Não acredito!”.</p> <p>2. “(...) no começo ela conseguiu encaixar 3 peças e no final ela conseguiu encaixar 7!” (para mãe Isa).</p>
<p>Rita</p> <p>1. Fala para mãe que colocou uma faixa na criança e que se incomodar, a mãe poderia retirar, em casa.</p>	<p>Gabi</p> <p>3. “Ah, a gente jogou bola.” (para mãe Isa).</p> <p>4. “(A Vera) aprendeu a falar uma palavra nova. Fala pra mamãe” (Rosa). Vera fala. Gabi e Rosa riem.</p> <p>5. “Hoje nós andamos um monte na esteira, até aumentamos a velocidade, né Vera.” Mãe Rosa fala: “Que linda”.</p> <p>6. Gabi (juntamente com Lidiane) conta sobre atividade lúdica que fizeram. Mãe Rosa: “Se divertiu, hein!”.</p> <p>Milene</p> <p>“Ela dormiu bem essa noite, Rosa? Começou a coçar o olho de sono”.</p> <p>Lidiane</p> <p>1. “Fala mamãe, eu cansei demais, eu andei demais!” para a mãe da criança.</p> <p>2: juntamente com Gabi, conta sobre atividade lúdica que fizeram com a criança Vera, para mãe Rosa.</p>

Nota-se que o Grupo de Intervenção emitiu *feedbacks* com maior frequência e qualitativamente mais elaborados. No Grupo Intervenção, 4 das 5 participantes emitiram *feedbacks*. No Grupo de Comparação, duas participantes, de um total de 7, emitiram *feedbacks*. Além da diferença quantitativa, pode-se observar uma diferença qualitativa na emissão dessas respostas porque são descrevem para o cuidador, o desempenho da criança ou o que ela fez na sessão de fisioterapia.

No caso dos participantes do Grupo Intervenção, a emissão de *feedback* havia sido abordada no treinamento. Os participantes foram incentivados a descrever aos cuidadores informações sobre o comportamento da criança na sessão de fisioterapia, abrangendo o aspecto dos exercícios realizados bem como atividades lúdicas envolvidas, para que o cuidador soubesse o que estava sendo realizado com a criança na sessão de fisioterapia.

A estrutura das sessões de fisioterapia envolve a realização de um pré-teste de alguma função importante para a criança, a intervenção fisioterapêutica propriamente dita e um pós-teste para aferir se houve alteração do desempenho, para auxiliar na avaliação e adequação da terapia. Por isso, os participantes do Grupo de Intervenção foram incentivados a usar as informações sobre os resultados da intervenção para mostrar aos pais os ganhos terapêuticos obtidos, quando ocorrerem. Ainda que esses ganhos possam ser pequenos, ao longo do tempo tendem a ser mais evidentes. Mas essa graduação pode dificultar fazer a relação entre o ganho funcional adquirido e a fisioterapia. Dessa maneira, é importante que o fisioterapeuta invista nessa descrição para: auxiliar o cuidador a identificar os pequenos ganhos funcionais, perceber a evolução da criança no curso do tratamento, e ainda, saber o que ocorre na sessão de fisioterapia. Atuando dessa maneira, espera-se que aumente o vínculo entre o cuidador e o profissional, além da motivação do cuidador para investir esforços no tratamento fisioterapêutico da criança.

Categoria de análise *Envolver familiar*, no Grupo de Comparação e no Grupo de Intervenção

Em relação ao uso de estratégias para encorajar o envolvimento dos cuidadores no processo de fisioterapia, por meio da Tabela 21, observa-se que nenhuma das estagiárias do Grupo de Comparação apresentou comportamentos dessa classe nas filmagens finais, enquanto duas estagiárias passaram a usar estas estratégias após o programa de treinamento, no Grupo de Intervenção.

Como descrito anteriormente no Estudo 2, o Grupo Comparação não emitiu comportamentos para promover o envolvimento do cuidador na sessão de fisioterapia e ainda, por muitas vezes, negligenciou os cuidadores das crianças quando em contato ou proximidade deles. Estes comportamentos foram frequentes ao longo do tempo de filmagem. Já no Grupo Intervenção, observou-se aumento de comportamentos visando o envolvimento parental (categoria *Envolver*) por parte de duas estagiárias e, ao mesmo tempo, decréscimo na frequência de negligência aos cuidadores (categoria *Ignorar*) em todos os participantes. Os comportamentos da categoria *Envolver* foram observados somente nas cenas filmadas em momento posterior à intervenção.

Tabela 21

Respostas da categoria Envolvimento, emitidas pelos estagiários dos Grupos de Comparação e de Intervenção nas filmagens finais

Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção
	<p>1. Mãe Valesca está em pé na sala de atendimento, braços cruzados. A participante pede para a mãe sentar no tablado.</p> <p>2. “A ideia era... a gente gostaria que você ficasse junto com a gente, porque da outra vez que a gente fez (esteira com a criança), ela ficou meio brava... aí você conversando... mãe é mãe...”. (para mãe Valesca).</p> <p>3. Ao final da sessão, ressalta o resultado da criança e valoriza a participação da mãe: “Acho que foi influência da mamãe.” (para mãe Valesca).</p> <p>4. Francisca (juntamente com Milene) incentiva a criança a caminhar, chamando e mostrando uma boneca. Os estagiários deixam a mãe Rosa segurar a criança e a deambular com ela.</p>
Francisca	<p>1. “Valesca, você quer vir com a gente hoje? A gente vai fazer esteira, a Cecília fica meio brava...” Mãe fala que precisa ir ao banco. Mãe Valesca pergunta: “Vai precisar da órtese ou não?” Milene responde: “melhor levar”. Mãe: “Quer que eu leve para você lá?”.</p> <p>2. “Obrigada Valesca. Vamos lá comigo!”. (mãe segue Milene com criança até a sala de atendimento). Mãe comenta que ainda não foram para casa, que vieram da casa da avó. Milene senta com a criança no tablado. Mãe deixa a órtese no tablado e permanece ao lado, em pé e de braços cruzados.</p> <p>3. Milene diz: “Valesca, fique a vontade, senta aí com a gente.” Mãe senta. (Francisca propõe que mãe auxilie com a esteira para a criança não ficar brava). Milene completa: “Aí, você conversando com ela... a presença da mãe aqui faz toda a diferença.”</p> <p>4. Entregando a criança, Milene diz: “Valesca, fique à vontade para entrar (na sessão) quando você quiser”.</p> <p>5. (Francisca fala que a presença da mãe influenciou positivamente o desempenho da criança). Milene acrescenta: “Também acho. Acho que vai melhorar muito.”</p>
	Milene

O procedimento de exibir as filmagens para os participantes do Grupo de Intervenção, indicando as ocasiões quando negligenciavam os cuidadores, produziu surpresa nos participantes, que relataram não ter percebido aquele comportamento. A estagiária Milene, cuja filmagem exibia que ela levou a criança até o corredor e ignorou a avó (a mesma avó que foi negligenciada no Estudo 2) exclamou que estava chocada com sua conduta.

Essa mesma estagiária, Milene, é que, posteriormente à intervenção, participa da cena que contém a maior sequência de comportamentos voltados para o envolvimento parental, com Valesca, mãe de Cecília, em parceria com a estagiária Francisca. Ao mesmo tempo em que Milene dá atenção à criança, também conversa com a mãe, convidando para participar da sessão e indicando que planejou a sessão contando com sua participação. Inicialmente a mãe hesitou, dizendo que precisava ir ao banco. Mas logo depois, ela se oferece à estagiária para levar a órtese até a sala de atendimento. Milene agradece e a encoraja, e, na sala, tenta deixar a mãe mais confortável sugerindo que se sente ao tablado.

O fato de ambas as estagiárias incentivarem a mãe a participar do exercício de esteira, pode indicar que as estagiárias planejaram a sessão contando com o envolvimento da mãe. Quando a estagiária Francisca explicou qual aparelho ia utilizar, a mãe estranhou. E a estagiária se surpreendeu que a mãe nunca havia visto o equipamento (“Você nunca viu?!”). A mãe falou que conhecia uma esteira de outro tipo e descreveu como os estagiários faziam. Em seguida, Milene disse que poderiam também fazer da maneira descrita pela mãe. As estagiárias disseram que a participação da mãe era importante para deixar a criança mais calma na atividade de esteira e valorizaram o papel da mãe como motivadora no processo. Por fim, as estagiárias novamente valorizaram a participação da mãe, associando sua participação a um melhor desempenho da criança na sessão. Nessa situação, em que as estagiárias promoveram o envolvimento da mãe na sessão, houve a

possibilidade de atingir os seguintes objetivos: inserir a mãe na situação terapêutica; explicar o exercício a ser realizado pela criança; mostrar o equipamento no qual a criança realizaria a atividade; saber que a mãe não conhecia o equipamento mas sabia de outra maneira de realizar o exercício com a criança em esteira; atingir melhores resultados na reabilitação da criança; valorizar o papel da mãe na terapia e aumentar o vínculo terapeuta-cuidador.

A cena em que as estagiárias incentivaram a criança Vera a caminhar enquanto a mãe Rosa a posicionava foi emblemática. Ela ocorreu na semana 4, pós-intervenção, enquanto que na semana 1, foi observado que a mãe se ofereceu para levar a criança mas a estagiária recusou, educadamente, dizendo ser importante a adaptação da criança ao terapeuta. Realmente é importante que a criança se adapte ao fisioterapeuta. No entanto, para essa criança, que é bastante comprometida, a presença da mãe pode servir como motivação porque a criança olha, sorri, vocaliza, diversas vezes para a mãe, como evidenciado em várias cenas no Estudo 2, que também mostra que essa mãe era frequentemente negligenciada pelos estagiários, apesar de demonstrar interesse e esforços para chamar a atenção da criança.

Avaliação dos participantes por meio de pré e pós-testes

A análise dos instrumentos de pré e pós-testes preenchidos pelos alunos, para avaliar o conhecimento de entrada e conhecimento adquirido pelo treinamento indica aprendizagem.

Os protocolos foram avaliados pela pesquisadora que atribuiu pontuações, de acordo com os critérios explicitados na Tabela 22.

Tabela 22

Cr terios para avalia o da aprendizagem dos estagi rios nos protocolos de pr  e p s-testes.

Crêterios	Pontua�es
Resposta em branco ou "não sei"	0
Conceito errado	0
Referiu algum conteúdo do treinamento	1
Referiu conteúdo parcialmente correto	2
Referiu conteúdo maior parte correto	3
Referiu conteúdo correto	4
Uso de exemplos:	
Exemplo inadequado	0
Exemplo parcialmente adequado	1
Exemplo maior parte adequado	2
Exemplo adequado	3

Os resultados das avalia es podem ser visualizados na Figura 15.

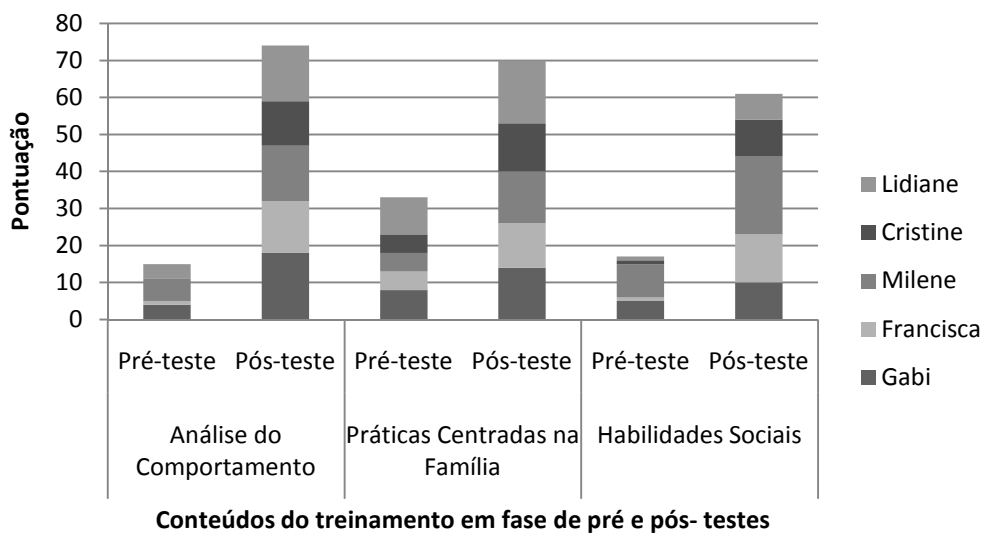


Figura 15. Desempenho nos instrumentos de pr  e p s-testes sobre o conte do do treinamento.

Por meio da Figura 15   poss vel observar que houve aquisi o de conhecimentos pelos participantes.

Comparação dos dados de avaliação do repertório inicial e ao final da intervenção

O conhecimento inicial dos participantes, sobre os temas do treinamento, foi avaliado por meio do meio de protocolo contendo situações hipotéticas (Anexo G) às quais o participante deveria responder como agiriam em determinada situação. Perguntava, por exemplo, o que o fisioterapeuta faria se o cuidador contasse que não conseguiu realizar um exercício porque a criança fazia birra, o que provia uma circunstância para explicar maneiras de lidar com o comportamento da criança, utilizando-se de parte do conteúdo do treinamento. Esse instrumento foi reaplicado ao final da intervenção, para avaliar se os alunos se apropriaram dos conhecimentos do conteúdo do treinamento de maneira a utilizar os conceitos e habilidades ensinadas em situações complexas e pertinentes ao contexto de reabilitação fisioterapêutica.

Cada menção correta vinculada ao conteúdo do treinamento foi pontuada com 0,2. Comparando o desempenho inicial e final dos participantes, mediante este instrumento, têm-se os dados apresentados na Figura 16.

As análises desses dados indicam que: a) o repertório de entrada era predominantemente relacionado com elementos educacionais b) os participantes não generalizaram a aplicação dos conceitos de Análise do Comportamento no contexto de envolvimento do familiar, c) houve uma frequência muito baixa de referência aos conteúdos aprendidos, aplicados a situações que poderiam ser reais no cotidiano do trabalho do fisioterapeuta.

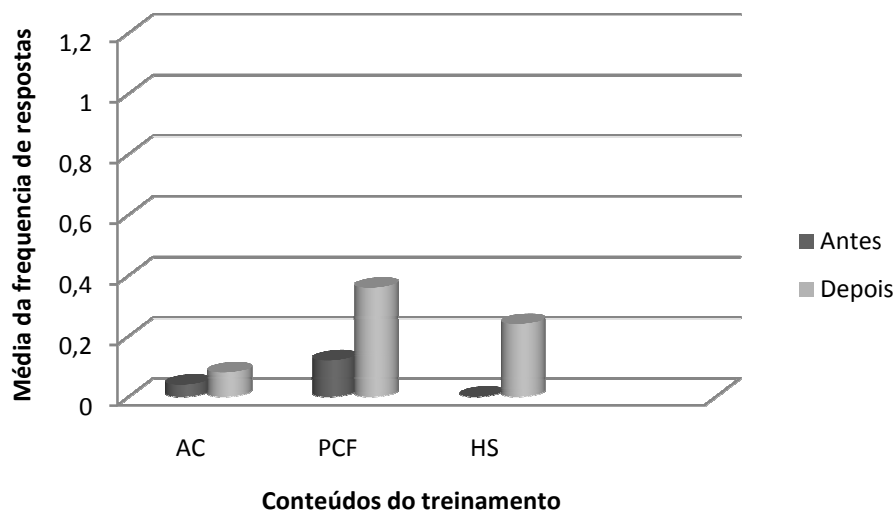


Figura 16. Média da frequência de menção a componentes do conteúdo do treinamento do grupo, em situações aplicadas, nos momentos anterior e posterior ao treinamento.

A aprendizagem e a incorporação de conceitos e habilidades é um processo complexo, que envolvem variáveis relacionadas ao tempo e formas de exposição dos aprendizes, entre outros. Um treinamento com duração de 8 horas é um período curto de tempo. Outros estudos que descrevem programas para modificação de comportamentos tem duração bastante superior, em se tratando de semanas e horas (Del Prette & Del Prette, 2011). Por exemplo, o estudo de Kestenberg e Falcone (2011), contou com 3 horas de treinamento ao longo de 16 semanas. No entanto, o treinamento Habilidades Sociais Terapêuticas estava inserido em uma situação natural de ensino e serviço de fisioterapia, e precisava se ajustar a essa realidade para ser viável.

Avaliação final do treinamento pelos participantes

A avaliação final da intervenção pelos estagiários foi realizada por escrito, respondendo a um formulário específico (Anexo J), após o último treinamento. O instrumento permitia avaliação da importância dos conteúdos para sua prática profissional

e sua utilização, a importância do procedimento de *videofeedback* utilizado e solicitava sugestões para um próximo treinamento a ser realizado com novo grupo.

Em relação aos temas desenvolvidos, todas as participantes atribuíram importância máxima ao tema *Práticas Centradas na Família*. Em seguida, o tema mais pontuado foi *Habilidades Sociais 2* (fazer elogio, emitir feedback), com média 9,8. O tema *Análise do Comportamento* recebeu pontuação 9 e *Habilidades Sociais 1* (estilos de relação com o outro) recebeu pontuação 8,8.

Em relação à utilização das informações pelas participantes, todas afirmaram que utilizaram alguma informação recebida no curso em sua prática clínica. No que diz respeito ao tema *Análise do Comportamento*, duas participantes afirmaram que utilizaram os conhecimentos para lidar melhor com a criança, sendo que uma delas estendeu a aplicação para a família. Além disso, uma participante referiu que passou a reforçar comportamentos adequados da criança dentro da sessão, com a expectativa de que se repetissem.

No tema *Práticas Centradas na Família*, quatro participantes afirmaram que utilizaram os conhecimentos. Três participantes referiram emissão de feedback: conversaram com a família sobre o desempenho da criança, o que fez e como. Apesar de o conceito de *feedback* ter sido desenvolvido no conteúdo sobre Habilidades Sociais, o uso dessa estratégia foi relacionado como uma forma de envolver a família no tratamento da criança. Sobre isso, uma participante respondeu:

“Sim, nos atendimentos,(aprendi) não só focar na criança que está sendo atendida, mas trazer a família para os cuidados da criança. (dar) Feedback para a família”. (Cristine)

Outra participante respondeu:

“Sim, orientando a família a realizar alongamentos, trazendo a família para o atendimento”. (Milene)

As respostas das participantes indicam que as informações desenvolvidas no treinamento: emissão de feedback e dar instruções de maneira adequada, foram utilizadas para envolver a família no tratamento da criança.

Sobre o tema *Habilidades Sociais*, o primeiro conteúdo (estilos de relação interpessoal) foi relatado como não utilizado por 3 participantes e uma deixou o item em branco. Os alunos não relacionaram os estilos passivo, assertivo e agressivo e seus componentes com sua prática clínica. No entanto, no segundo bloco de conteúdo (*Habilidades Sociais 2*), todas as participantes afirmaram ter utilizado as informações. Três participantes indicaram ressaltar os aspectos positivos do desempenho da criança durante o exercício. Nesse sentido, uma participante referiu tanto elogiar a resposta da criança para a criança, como também afirmou ter elogiado o desempenho da criança para sua mãe. Além disso, uma participante relatou que ofereceu *feedback* para a própria criança:

“Durante a sessão eu falei como ela fez (o exercício) e o que ela poderia fazer melhor e em quais aspectos”. (Francisca)

Ou seja, as informações sobre a importância do *feedback* e como fazê-lo foram utilizadas pelas participantes tanto para a família quanto para a criança. Outra estratégia,

citada por uma participante, foi fazer uma crítica sanduíche⁸, além do elogio ao desempenho adequado da criança.

Em relação ao procedimento de *videofeedback*, as participantes atribuíram importância com uma pontuação média de 9,5. Uma participante não respondeu. A participante Milene acrescentou que com esse recurso, passou a prestar mais atenção em seu comportamento na relação com o cuidador.

Como sugestões para um próximo grupo de treinamento, apenas uma participante preencheu o campo, sugerindo:

“Continuar aplicando o curso, gostei muito, acho que aprendemos bastante”. (Milene)

Conforme o exposto, os participantes avaliaram positivamente o treinamento. Além da boa avaliação da intervenção pelos estagiários, um indicativo de sua efetividade é a observação da diferença de repertório dos Grupos Comparação e de Intervenção, reduzindo a possibilidade de que a melhoria e ampliação dos comportamentos adequados em relação à família sejam atribuídas à variável tempo (os estagiários aprenderem sem ajuda, com base no processo de sua relação com as crianças e seus cuidadores).

A melhoria e ampliação dos comportamentos adequados das participantes identificados nas filmagens do Grupo de Intervenção, aliados ao relato de utilização das estratégias ensinadas são outros indicadores de que as mudanças de comportamento estiveram relacionadas ao treinamento. Dessa maneira, os dados apontam para a eficácia dessa intervenção, sob o referencial da Psicologia, aplicada ao contexto da Fisioterapia.

⁸ Crítica sanduíche: elogiar um aspecto do desempenho, criticar adequadamente outro aspecto do desempenho e finalizar elogiando algum aspecto do desempenho.

A discussão sobre a importância da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade está estreitamente associada à questão da integralidade da atenção em saúde, oferecida à população (Cecim & Feuerwerker, 2004). Mattos (2005) acrescenta que além de diretriz do SUS, a integralidade do cuidado é uma bandeira de luta que enuncia certas características desejáveis nos sistemas de saúde, suas instituições e de suas práticas. Assim, o conceito de integralidade se relaciona com o ideal de sociedade mais justa e solidária, plural e abrangente, em contraposição às práticas em saúde com modelos reducionistas e fragmentários, produto da alta especialização das áreas, com currículos de base flexnerianas. A integralidade pode ser considerada como uma imagem – objetivo, ou seja, a representação de uma resposta aos anseios e necessidades da sociedade em relação às políticas e práticas em saúde em contraposição ao modelo vigente, envolvendo uma recusa ao reducionismo e uma afirmação ao convite ao diálogo (Mattos, 2005). Como apontam Cecílio e Mhery (2003), a atenção integral a um paciente seria um esforço para uma abordagem completa, holística, nesse sentido integral, de cada pessoa com necessidades de saúde.

É importante indicar que ainda que os dados sejam modestos, a intervenção também teve essa característica, porque consistiu em um treinamento de apenas 8 horas, distribuídas ao longo de 4 semanas. Seria necessária uma intervenção em um período maior e envolvendo o treino de mais habilidades. Aponta-se também para a necessidade de estudo de *follow up* para acompanhar a estabilidade das habilidades adquiridas, não realizado nesse trabalho.

Considerações Finais

Esse trabalho procurou olhar a atuação de alunos em formação na área de fisioterapia em neuropediatria junto à família da criança, sob a perspectiva de referenciais teóricos da área de Psicologia, na busca de caminhos interdisciplinares que levem à integralidade do cuidado na formação e na atuação em Saúde.

A identificação de dificuldades vivenciadas por estes alunos e os déficits no repertório encontrados por meio de entrevistas e filmagens da interação com os familiares ofereceu dicas para o delineamento e avaliação de uma intervenção. Os dados indicam que uma intervenção com conteúdo psicológico, aplicados junto a estagiários de fisioterapia que atuam na área neuropediátrica, pode contribuir para a aquisição de repertório por parte destes alunos, para promoção do envolvimento parental na reabilitação de crianças. No entanto, um aspecto que pode ser relevante para fazer o enlace de conteúdos de Psicologia relevantes à reabilitação em fisioterapia neuropediátrica, é o conhecimento do responsável pela intervenção sobre o contexto fisioterapêutico.

Nesse sentido, para um treinamento de característica transdisciplinar, no qual um profissional instrumentaliza profissionais de outra área com conteúdos de seu referencial, é possível, na medida em que a formação e atuação desse profissional tenha característica interdisciplinar. Logo, é possível inferir que a interdisciplinaridade forma para a interdisciplinaridade, ou seja, para formar um profissional com olhar ampliado para seu objeto de trabalho, há que ser capacitado por profissionais que possam transitar pelas áreas confluentes e adjacentes do objeto de estudo e prática profissional.

Além disso, é importante a articulação do conhecimento teórico com a prática profissional. O fato de o treinamento ter sido aplicado durante o período de prática profissional dos alunos diferencia a intervenção de um programa de ensino estritamente

teórico. Acredita-se que dessa maneira é possível romper a tradição do ensino fragmentado e desconectado da prática.

Conhecimentos de Psicologia terão mais chances de serem reconhecidos, valorizados e utilizados se fizerem sentido para a prática clínica do fisioterapeuta. Da mesma forma, torna mais provável o trabalho em equipe, composta por diferentes especialistas no formato interdisciplinar e transdisciplinar, e não apenas multiprofissional, facilitando o compartilhamento de informações e o delineamento de intervenções que deem conta de abordar o ser humano que no momento é alvo da intervenção, de maneira integral, alinhando-se com a filosofia e política nacional de atenção em Saúde.

Referências

- Almeida, A. L., & Guimarães, R. B. (2009). O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (1), 82 - 88. Retirado de:
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n1/15.pdf>
- Alves, M. M. O. (2007) Validação de uma escala para avaliação da dor em crianças brasileiras menores de cinco anos (dissertação de mestrado). Retirado de:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10369/000597314.pdf?sequence=1>
- Amorim et al. (2010). Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n6/aop063_09.pdf
- Arruda, P. M., Zanon, C. M. L. (2002). *Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Coleção Tecnologia Comportamental em Saúde. Santo André: Esetec Editores Associados.
- Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (2001). *Bases legais de Ensino*. Retirado de:
http://www.abenfisio.com.br/site01/biblioteca/Bases_Legais_de_Ensino/REFERENCIAL_FISIOTERAPIA_ABENFISIO.pdf

Bispo Júnior, J. P. (2009) Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências. Saude - Manguinhos* (16) 3, 655-668. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/05.pdf>

Bogus, C. M., Nogueira-Martins, M.C.F., Moraes, & D.E.B., Taddei, J.A.A.C.. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. *Revista. de Nutrição*, (20)5, 499-514. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000500006&script=sci_abstract&tlng=pt

Bolsoni-Silva, A.T., Del Prette, Z.A.P., Del Prette, G., Montagner, A.R., Bandeira, M. & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In M. Bandeira, Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette, (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (17-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brasil (2002). *Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação de 4 de março de 2002*. Dispõe sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em fisioterapia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF): Seção 1:11. Retirado de: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>

Brasil (2007) *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Retirado de http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf

Brasil (2009) *Decreto n° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989.* Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Retirado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

Brasil (2010) *Cadernos HumanizaSus: Formação e Intervenção.* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: DF. Retirado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf

Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados.* Porto Alegre, Artes Médicas.

Campos, G. W. S. (2005) Humanização da Saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 9 (17), 389-406. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>

Carvalho, J. T. M., Rodrigues, M. N., Silva, L. V. C. & Oliveira, D.A. (2010) Qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. *Fisioterapia em Movimento*, 23 (3), 389-397. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a06v23n3.pdf>

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição.* Tradução: D.G. Souza. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cecílio, L. C. O. & Merhy, E. E. (2003) Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO,197-210.

Cecim, R., & Feuerwerker, L. C. M. (2004) Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1400-1410. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>

Chagas, P.S. C., Mancini, M. C., Tirado, M.G.A., Megale, L., Sampaio, R.F. (2011) Beliefs about the use of baby walkers. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, (15) 4, 303-309. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Cruz, C. M. V., Ide, M. R., Tanaka, C., & Caromano, F.A. (2008). Elaboração e validação de manual de massagem para bebês. *Fisioterapia em Movimento*, 21 (4), 19-26. Retirado de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=2453&dd99=view>.

Cury, V. C .R., Mancini M. C., Melo A. P., Fonseca S. T., Sampaio R. F., & Tirado M. G. A. (2006). Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (1). Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100009&lng=en&nrm=iso.

- Del Prette, A., Del Prette, Z.A. (Orgs.) (2011) *Habilidades Sociais: Intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A., Del Prette, Z.A. (Orgs.) (2005) *Psicologia das Habilidades Sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia, educação e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Dunst, J. C., Boyd, K., Trivette, C. M. & Hamby, D. W. (2002), Family–Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Fam Relat.* 2002 (51)3, 221–229.
- Dunst, C. J., & Dempsey, I. (2007) Family-professional partnership and parenting Competence, Confidence, and enjoyment. *Int J Disabil Dev Educ.*, 54 (3), 305-318.
Doi: 10.1080/10349120701488772.
- Dunst, J. C., & Trivette, C. M. (2009) Meta-Analytic Structural Equation Modeling of the Influences of Family-Centered Care on Parent and Child Psychological Health. *Int J Pediat*, 2009, 1-9. Doi 10.1155/2009/576840.
- Falcone, E. (2000) Habilidades sociais e ajustamento: O desenvolvimento da empatia. In R. R. Kerbauy (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e*

aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Vol.5. São Paulo: SET Editora Ltda.

Falcone, E., Barbosa, D. & Ferreira, M. C. (2007) Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas.

Estudos de Psicologia. (24) 4, 451-461. Retirado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000400005&script=sci_arttext

Fernandes, SMS, Casarotto, RA & João, SMA. (2008) Efeitos de sessões educativas no uso das mochilas escolares em estudantes do ensino fundamental. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (6), 447-453. Retirado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000600004&lng=en&nrm=iso

Feuwerker, L. M. C. (2007) Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (1). Doi: 10.1590/S0100-55022007000100001.

Foltz, L.C., De Gangi, G., & Lewis, D. (2007) Fisioterapia, terapia educacional e terapia da fala e linguagem. In Geralis, E. (Org.) *Crianças com Paralisia Cerebral – Guia para Pais e Educadores*. Porto Alegre, Artmed.

Fumo, V. M. S., Manolio, C. L., Bello, S., & Hayashi, M. C. P. I. (2009). Produção científica em habilidades sociais: Estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de*

Terapia Comportamental e Cognitiva, 11(2), 246-266. Retirado de:

<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/401>

Gração, D. C. & Santos, M.G.M. (2008). A percepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário da orientação familiar. *Fisioterapia em Movimento*, 21(2), 107-113.

Retirado de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1945&dd99=view>

Kahana S., Drotar, D. & Frazier, T. (2008). Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology*. Retirado de

Pediatric Psychology. Retirado de

<http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/jsm128v1>

Kestenber, C.C.F. & Falcone, E.M.O. (2011). Programa de promoção de empatia para graduandos em enfermagem. In: Del Prette, A., Del Prette, Z.A. (Orgs.) *Habilidades Sociais: Intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kreppner, K. (2001) Sobre a maneira de produzir dados no estudo da interação social.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17(2) 97-107. Retirado de

<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n2/7870.pdf>.

Lima, R. A. B. C. (2006). Envolvimento materno no tratamento fisioterapêutico de crianças com deficiência: compreendendo dificuldades e facilitadores (Dissertação de mestrado). Retirado de

http://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_crianca/teses_dissert/2006_mestrado_regina_lima.pdf.

- Mansur, S.S. & Neto, F.R. (2006). Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes desnutridos, *Revista brasileira de fisioterapia* 10 (2), 185-191. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200008&lng=en&nrm=iso.
- Martinez, C. M. S., Joaquim R. H. V. T., Oliveira E. B., & Santos I. C.. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 73-81. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100012&lng=en&nrm=iso.
- Marx, C., Rodrigues, E. M., Rodrigues, M. M., & Vilanova, L. C. (2011). Depressão, ansiedade e sonolência diurna em cuidadores primários. *Revista Paulista de Pediatria*, 29 (4), 483-488. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/03.pdf>
- Matos E., Pires D.E.P., & Campos, G.W.S. (2009) Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: Contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 863-9. Doi: 10.1590/S0034-71672009000600010.
- Mattos R. A. (2004) A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5): 1411-1416. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>

Mattos, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.

Menegasso, L.R., Barham, E. J. (Prelo) Estratégias usadas para promoção do envolvimento parental em artigos de fisioterapia brasileiros: um estudo de revisão. *Arquivos de Ciências da Saúde*. Famerp.

Moraes, A. B. A., Rolim, G. S. & Costa Jr., A. L. (2009) O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (11) 2, 329-345. Retirado de:
www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/408/302

Neuwalland, M.F. & Alvarenga, L.F. (2005) Fisioterapia e educação em saúde: Investigando um serviço ambulatorial. *Boletim da Saúde*, (19) 2, 73-82. Retirado de:
http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v19n2_12fisioterapia.pdf

Organização Mundial de Saúde (2003). *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. Brasília. Retirado de:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf.

Pavão, S. L., Silva, F.P.S. & Rocha, N.A.C. (2007) Efeito da orientação domiciliar no desempenho funcional de crianças com necessidades especiais. *Motricidade*, (7)1,

21-29. Retirado de:

http://www.revistamotricidade.com/arquivo/2011_vol7_n1/v7n1a04.pdf

Pergoraro, R.F. & Caldana R.H.L. (2006) Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, (11)3, 569-577. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a12.pdf>

Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Amarante, C. L. D., Prette, A. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de Habilidades Sociais e educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a09v19n3.pdf>.

Prado, M. S. S., Magalhães, L. C. & Wilson, B. N. (2009). Cross-cultural adaptation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire for Brazilian children. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (3), 236-243. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-35552009000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Pretti, L. C., Milan, J. C., Foschiani, M. A., Raniero, E. P., Pereira, K. (2010) Caracterização dos fatores ambientais e o controle cervical de lactentes nascidos pré-termo. *Fisioterapia em Movimento*, 23(2), 239-250. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt

Raniero, E. P., Tudella, E. & Mattos, R.S. (2010) Padrão e ritmo de aquisição das habilidades motoras de lactentes pré-termo nos quatro primeiros meses de idade

corrigida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (5), 396-403. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552010000500008&script=sci_arttext

Rebelatto, J.R. & Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma Ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole.

Sá, L.G.C., Campos, J.R., Dascanio, D. (2011) Habilidades sociais e saúde: uma análise da produção nacional. *Anais do III Seminário Internacional de Habilidades Sociais*. Retirado de: <http://www.rihs.ufscar.br/armazenagem/pdf/livros/anais-do-iii-sihs/view>

Santos, D. C. C., Tolocka R. E. , Carvalho J, Heringer L. R. C., Almeida C. M. & Miquelote, A. F. (2009). Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até três anos de idade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, (13) 2, 173-179. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000200013&lng=en&nrm=iso.

Sari, F. L., & Marcon, S. S. (2008) Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 18 (3) 229-239. Retirado de:
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v18n3/03.pdf>.

Silva, I. D. & Silveira, M. F. A.(2011). A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência e Saúde Coletiva* (16)1, 1535-1546. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700089&script=sci_arttext

- Silva, M. A. & Pfeifer, L.I (2007). Reabilitação pulmonar de crianças com fibrose cística do estado do Pará, *Fisioterapia em Movimento.*, 20 (4), 73-81. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200008&lng=en&nrm=iso
- Silva, M. S., & Daltrário, S. M. B. (2008). Paralisa cerebral: desempenho funcional após treinamento da marcha em esteira *Fisioterapia em Movimento.* 21 (3), 109-115.
Retirado de: www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=2072&dd99=pdf.
- Silva, N. C. B. (2007) Contexto familiar de crianças com Síndrome de Down: interação e envolvimento paterno e materno (Dissertação de Mestrado). Retirado de:
http://200.136.241.56/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1422
- Silva, P.L., Santos, D. C. C. & Gonçalves, V. M. G. (2006). Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (2), 225-231. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200014&lng=en&nrm=iso.
- Silveira, L.M.C., Ribeiro, V. M. B. (2004/ 2005) Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 9 (16), 91-104. Retirado de:
www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf

SINAES (2007) Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior. *Exame Nacional do Desempenho de Estudantes*. Relatório Síntese. Fisioterapia. Retirado de:
http://www.inep.gov.br/download/enade/2007/relatorio_sintese/2007_REL_SINT_FISIOTERAPIA.pdf.

Skinner, B. F. (1953/ 1994). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução J.C Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes.

Sluijs E. M. & Knibbe J. J. (1991). Patient compliance with Exercise: Different theoretical approaches to short-term and Long-term compliance. *Patient Education and Counseling*, 17, 191-204. Retirado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919190060I>

Sluijs, E. (1991). A Checklist to Assess Patient Education in Physical Therapy Practice: Development and Realibility. *Physical Therapy* 71(8), 561-569. Retirado de
<http://ptjournal.apta.org/content/71/8/561.full.pdf>

Sluijs, E. M., Kok, G.J., & van der Zee, J. (1993). Correlates of exercise compliance in physical therapy practice: Development and reliability. *Physical Therapy*, 71 (8), 561-569. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8234458>

Soares, M.S.T. (2010) Descrição de estratégias educacionais entre estudantes de fisioterapia e deficientes físicos favorecedores de adesão (Dissertação de mestrado). Retirado de:

http://www.bdttd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/9/TDE-2010-08-26T165006Z-3260/Publico/3169.pdf

Taylor, C., Bandura, A., Ewart, C., Miller, N. & DeBusk, R. (1985). Exercises testing to enhance wives confidence in their husband's cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 55, 288-298. Retirado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002914985901274>

Trivette, C.M., Dunst, C.J., Allen, S., & Wall, L. (1993). Family-Centered of the Children's Health Care Journal. *Childrens Health Care*, (22) 4, 241-256

Vasconcelos, R. L. M., Moura, T. L., Campos, T. F., Lindquist, A. R. R., & Guerra, R. O. (2009). Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (5) 390-397. Retirado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000500005&lng=en&nrm=iso

Williams, L. C. A. & Aiello, A. L. R. (2004). Empoderamento de famílias: o que vem a ser e como medir? Em E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.), *Temas em educação especial: avanços recentes*. São Carlos: Edufscar, 197-202.

Wilson, L.L & Dunst, CJ, (2005) Checklist for Assessing Adherence to Family-Centered

Practices. *Case Tools*. (11) 1. Retirado de:

http://www.fippcase.org/casetools/casetools_vol1_no1.pdf

ANEXO A

Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176

CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 0058.0.135.000-09

Título do Projeto: Identificação de estratégias para fisioterapeutas promoverem o envolvimento parental na reabilitação dos filhos

Classificação: Grupo III

Procedência: Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Pesquisadores (as): Lisandrea Rodrigues Meneqasso, Elisabeth Joan Barham (orientadora)

Processo nº.: 23112.001991/2009-91

Parecer Nº. 221/2009

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

As pendências apontadas no Parecer nº. 168/2009, de 5 de junho, foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 3 de julho de 2009.

Prof.ª Dra. Cristina Paiva de Sousa
Coordenadora do CEP/UFSCar

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Estagiários (Estudos 1 e 2)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa sobre o relacionamento dos estagiários de fisioterapia com os familiares dos pacientes, referente ao doutoramento da psicóloga Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro, sob supervisão da Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSCar.

Você foi selecionado (a) porque é estagiário em fisioterapia e atende uma criança que realiza fisioterapia nessa instituição.

Sua participação no estudo é voluntária, opcional e se você não quiser participar, você não terá nenhum problema com a pesquisadora, com o estágio ou instituição. E mesmo que você aceite e depois mude de opinião, poderá desistir a qualquer momento, sem problema nenhum. Caso você tenha alguma dúvida, a qualquer momento da pesquisa você poderá perguntar para a pesquisadora.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista ou ser filmado interagindo com a família do seu paciente. Os dados resultantes serão divulgados em congressos, artigos e na tese de doutorado, sem, no entanto, identificar seu nome ou outros dados que podem levar à sua identificação.

A participação na pesquisa oferece riscos pessoais mínimos, visto que você apenas participará de uma entrevista ou será filmado em situação natural de atendimento em fisioterapia. Como possível benefício, a participação no estudo poderá contribuir gerando conhecimentos para a prática de fisioterapia, na interface com a psicologia, quando aborda o aspecto relacional do atendimento terapêutico, propiciando caminhos para uma atenção em saúde de forma interdisciplinar.

Sua participação na pesquisa não está relacionada com formas de pagamento, ressarcimento ou indenização.

Caso aceite participar, será preenchido este Termo de Consentimento em duas vias, uma para você e outra para a pesquisadora.

Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro
Rodovia Washington Luis, km 235 – São Carlos- SP – Brasil
Caixa Postal 676- CEP 13.565-905– Telefone 16 3351 8347

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km 235- - São Carlos – SP – Brasil – Fone 16 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, 15 de julho de 2009.

Nome: _____

Assinatura do participante

ANEXO C

Roteiro de Entrevista Semiestruturado (Estudo 1)

Nas situações descritas abaixo, que requerem interação com criança e familiares, indique o nível de dificuldade que você identifica na sua prática profissional

1- Nenhuma dificuldade 2- Pouca dificuldade 3- Muita dificuldade

- a. () Adaptação inicial da criança à fisioterapia
- b. () Colaboração da criança nas sessões de fisioterapia
- c. () Criação de estratégias lúdicas para que a criança realize os movimentos necessários
- d. () Relacionamento com os pais das crianças
- e. () Envolver os pais na reabilitação da criança
- f. () Orientar os pais sobre as práticas de reabilitação da criança em casa
- g. () Fazer com que os pais sigam as orientações para a reabilitação da criança no cotidiano
- h. () Fazer com que os pais façam o uso efetivo de órteses, parapódios, cadeiras de roda.
- i. () Lidar com problemas de comportamento da criança dentro da sessão de fisioterapia
- j. () Orientar pais para lidar com comportamentos da criança que atrapalham a reabilitação em situações cotidianas (ex. recusa em usar órtese, birra para não realizar os exercícios, insistir em posições inadequadas)
- k. () Comunicar-se com o os pais
- l. () Inserir a participação do papai da criança na reabilitação

- m. () Lidar com problemas de comportamento dos pais que refletem na reabilitação da criança (absenteísmo, não levam ao médico, não colocam órtese)
- n. () Compreender a dinâmica familiar
- o. () Lidar com problemas de aprendizagem da criança, que interferem na fisioterapia
- p. () Comunicar-se com demais profissionais (professores, por exemplo) envolvidos na atenção à criança
- q. () Saber o que ocorre em outros atendimentos realizados pela criança, fora da sua instituição
- r. () Obter colaboração da professora e/ ou escola para que sigam as recomendações para reabilitação da criança

*Indique as situações descritas anteriormente que foram abordadas no curso de fisioterapia, especificando a modalidade (graduação, pós).

- 8) Que conhecimentos na área de psicologia seriam importantes para você obter melhores resultados no de crianças com necessidades de reabilitação?
- 9) Como o psicólogo e o fisioterapeuta poderiam trabalhar juntos na reabilitação de crianças?

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidadores (Estudos 2 e 3)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa que visa identificar o relacionamento dos estagiários de fisioterapia com os familiares dos pacientes que atendem.

Você foi selecionado (a) porque é familiar ou cuidador de uma criança que realiza fisioterapia nessa instituição.

Sua participação no estudo é voluntária, opcional e se você não quiser participar, você não terá nenhum problema com a pesquisadora, com o atendimento ou instituição. E mesmo que você aceite e depois mude de opinião, poderá desistir a qualquer momento, sem problema nenhum para você ou sua criança. Caso você tenha alguma dúvida, a qualquer momento da pesquisa você poderá perguntar para a pesquisadora.

Sua participação consistirá em permitir que você e sua criança sejam filmados no atendimento em fisioterapia. Você também precisará responder a algumas perguntas sobre como o estagiário age com você. Os estagiários não saberão o que você falou sobre eles, ficará em sigilo, e os dados, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora. Quando a pesquisa terminar, os dados resultantes serão divulgados como um todo, em congressos, artigos e na tese de doutorado, sem, no entanto, identificar seu nome ou outros dados que podem levar à sua identificação ou de sua criança.

A participação na pesquisa oferece riscos pessoais mínimos, visto que você e sua criança apenas participará de uma entrevista e será filmado em situação natural de atendimento em fisioterapia. Como possível benefício, a partir desses dados será elaborado um curso para que no futuro os novos estagiários aprendam melhores formas de lidar com os familiares dos pacientes.

Sua participação na pesquisa não está relacionada com formas de pagamento, ressarcimento ou indenização.

Caso aceite participar, será preenchido este Termo de Consentimento em duas vias, uma para você e outra para a pesquisadora.

Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro
Rodovia Washington Luis, km 235 – São Carlos- SP – Brasil
Caixa Postal 676- CEP 13.565-905– Telefone 16 3351 8347

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km 235- - São Carlos – SP – Brasil – Fone 16 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, 21 de julho de 2009.

Nome: _____

Assinatura do participante

ANEXO E

Protocolos de análise de Filmagens (Estudos 2 e 3)

ANEXO F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para estagiários (Estudo 3)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa que visa estudar o relacionamento dos estagiários de fisioterapia com os familiares de crianças com transtorno neurológico e buscar estratégias, sob a perspectiva da área de Psicologia, para melhorá-lo.

Você foi selecionado (a) porque é estagiário e atende uma criança que realiza fisioterapia nessa instituição.

Sua participação no estudo é voluntária, opcional e se você não quiser participar, você não terá nenhum problema com a pesquisadora, com o estágio ou instituição. E mesmo que você aceite e depois mude de opinião, poderá desistir a qualquer momento, sem problema nenhum. Caso você tenha alguma dúvida, a qualquer momento da pesquisa você poderá perguntar para a pesquisadora.

A participação consistirá em participar do curso de Desenvolvimento de Habilidades Terapêuticas a ser ministrado pela pesquisadora, permitindo a filmagem em situações de sala de espera e atendimento de fisioterapia ao longo do seu estágio em neuropediatria. Os dados serão divulgados em congressos e tese de doutorado, sem, no entanto, identificar seu nome ou outros dados que podem levar à sua identificação.

A participação na pesquisa oferece riscos pessoais mínimos, visto que você apenas participará de um curso e será filmado em situação natural. Como possível benefício, será uma oportunidade de conhecer conteúdos em Psicologia que poderão contribuir com sua formação como profissional em Saúde.

Sua participação na pesquisa não está relacionada com formas de pagamento, ressarcimento ou indenização.

Caso aceite participar, será preenchido este Termo de Consentimento em duas vias, uma para você e outra para a pesquisadora.

Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro
Rodovia Washington Luis, km 235 – São Carlos- SP – Brasil
Caixa Postal 676- CEP 13.565-905– Telefone 16 3351 8347

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km 235- - São Carlos – SP – Brasil – Fone 16 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, 25 de julho de 2011.

Nome: _____

Assinatura do participante

ANEXO G

Instrumento de identificação e levantamento de conhecimento inicial, por meio de
situações hipotéticas

Curso Desenvolvimento de Habilidades Terapêuticas

Nome: _____ Data nascimento: ___/___/_____
Email: _____ Telefone: _____

Outros cursos graduação?

Não () Sim () Qual:

Experiências profissionais com crianças?

Não () Sim () Qual:

Teve alguma experiência junto à área de Psicologia?

Não () Sim () Qual:

1. Você considera importante o envolvimento dos pais na reabilitação de crianças com transtornos neurológicos?

2. Faça de conta (suponha...)
 - a) Você considera importante a participação da família no programa de reabilitação da criança. Que comportamentos você teria para envolver a família na reabilitação fisioterapêutica da criança?

 - b) A criança vem para a fisioterapia sem órtese. Um familiar comenta que a criança se recusa a usar a órtese em casa e que quando insiste em coloca a órtese na criança, ela começa a chorar e então o familiar desiste. O que você faria em um caso como esse?

 - c) Você orientou o familiar para que ele realizasse exercícios com a criança em casa. Na sessão seguinte, você percebe que ele fez os exercícios, mas não adequadamente. O que você faria?

ANEXO H

Instrumentos de pré e pós-testes dos conteúdos do treinamento: Análise do
Comportamento, Práticas Centradas na Família e Habilidades Sociais

Nome: _____

Data: ___/___/___

Análise do Comportamento Pré / Pós-teste

1. O que você sabe sobre Análise do Comportamento?
2. O que é comportamento operante?
3. O que é reforçamento positivo? Cite um exemplo.
4. Por que não é recomendado o uso de Punição?
5. Como o fisioterapeuta pode usar conhecimentos da Análise do Comportamento para melhorar o atendimento à crianças com transtornos neurológicos e sua família?

Nome: _____

Data: ___/___/___

Abordagem Centrada na Família Pré/ Pós-teste

6. O que você sabe sobre intervenções com Práticas Centradas na Família?

7. Assinale com:

C	CP	D	NS
Concordo totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo	Não sei

_____ O tipo de relação do profissional com os pais de uma criança com transtorno neurológico pode contribuir ou atrapalhar os resultados para a criança e pais, dependendo de como ocorre.

_____ Para os pais, a percepção de controle sobre os eventos da vida faz com que se sintam mais capazes de lidar com os problemas.

_____ Uma relação eficiente entre profissionais e pais pode ter resultados positivos nas atitudes, conhecimentos e comportamentos associados com a percepção de controle sobre os eventos da vida, competência e confiança.

_____ Intervenções centradas no profissional de saúde e no procedimento técnico são mais eficientes, em longo prazo, que as intervenções baseadas em Práticas Centradas na Família.

8. A literatura aponta que na relação profissional- familiar existem práticas relacionais e práticas participativas. O que você sabe sobre elas?

Práticas relacionais:

Práticas participativas:

9. Quais as características e atribuições do profissional na Abordagem Centrada na Família?

ANEXO I

Folhetos para suporte informacional: Análise do Comportamento, Práticas Centradas na
Família e Habilidades Sociais

ALGUNS CONCEITOS EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Reforçamento positivo:

Tipo de reforçamento em que o aumento da frequência de uma resposta ocorre devido à apresentação de um estímulo conseqüente (reforçador).

Ex: A criança chora e o pai a pega no colo. A criança para de chorar. Se ao longo do tempo, a criança passa a se comportar dessa maneira com maior frequência, obtendo o colo do pai, pode-se dizer que o colo reforça o comportamento de chorar da criança.

Reforçamento negativo:

Tipo de reforçamento em que o aumento da frequência de uma resposta ocorre devido à retirada de um estímulo aversivo.

Ex: A criança está com a fralda molhada e chora. O pai troca sua fralda e a criança para de chorar. Nesse caso, o reforçador consiste na retirada de um estímulo aversivo: a umidade.

Punição:

Relação entre apresentação de conseqüências a um comportamento e a diminuição de sua frequência.

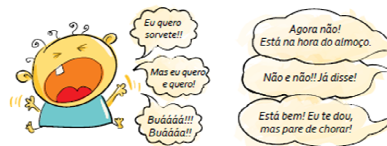
Ex: A criança está pulando em cima do sofá. O pai lhe dá umas palmadas. A criança para de pular. (E sente dor, fica magoada, se sente humilhada...).

É importante ressaltar que, geralmente, a punição funciona na presença do agente punitivo e tem efeitos emocionais associados. No caso da criança, por exemplo, provavelmente ela continuará a pular no sofá na ausência do pai—bem como ficará amedrontada e magoada com ele.

Extinção:

Supressão do comportamento pela falta de conseqüência reforçadora.

Ex: No supermercado, a criança sempre chora quando quer chocolate e sua mãe, diante do choro, lhe compra a guloseima. A mãe para de lhe comprar o chocolate quando ela chora. A criança emite o comportamento de chorar mais algumas vezes, inclusive com maior intensidade, mas, após certo tempo, para de chorar quando quer o doce, uma vez que seu comportamento não foi mais reforçado.



Lembre-se: a clareza e a consistência das regras são fundamentais para aprendizagem.

Modelagem:

Modificação de alguma propriedade da resposta através do reforçamento diferencial, em uma série de passos, de um desempenho inicial até um desempenho final.

Referências:

- CATANIA, A. C. Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Tradução de D. G. Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- SKINNER, B. F. Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- WILLIAMS, L. C. A., MALDONADO, D. P. A., ARAÚJO, E. A. C. Educação positiva dos filhos: projeto parceria— módulo 2., UFSCar, 2008.

CURSO DESENVOLVIMENTO DE
HABILIDADES TERAPÊUTICAS

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

CONTEÚDO
INFORMATIVO

Lisandrea R. Menegasso
Psicóloga

POR QUE AS PESSOAS SE COMPORTAM? POR QUE AGEM DE UM DETERMINADA MANEIRA EM UMA SITUAÇÃO E DIFERENTE EM OUTRA?

A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO É UMA CIÊNCIA NATURAL QUE ESTUDA O COMPORTAMENTO DOS ORGANISMOS.

O COMPORTAMENTO É:

- EXTREMAMENTE COMPLEXO.
- É UM PROCESSO E NÃO UMA COISA
- È MUTÁVEL, FLUIDO E EVANESCENTE
- NÃO PODE SER PARALISADO PARA OBSERVAÇÃO

MESMO ASSIM, É PASSÍVEL DE ANÁLISE ASSIM COMO OUTROS OBJETOS NAS CIÊNCIAS NATURAIS, POR MEIO DE OBSERVAÇÃO E EXPERIMENTAÇÃO. QUANDO SE CONHECE AS VARIÁVEIS DAS QUAIS O COMPORTAMENTO É FUNÇÃO, É POSSÍVEL PREVER E ALTERAR OS COMPORTAMENTOS.

PODEMOS NOS CONFUNDIR QUANDO ATRIBUÍMOS AO COMPORTAMENTO “CAUSAS” INTERNAS COMO PERSONALIDADE, ESTADOS PSÍQUICOS PORQUE TENDE A OBSCURECER UMA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUE ESTÃO AO ALCANCE DA ANÁLISE CIENTÍFICA.

As variáveis externas das quais o comportamento é função, permite que se faça uma relação causal ou funcional. Essas variáveis são aquelas que estão presentes no ambiente (físico e social) e na história de vida do indivíduo.

É o comportamento que produz algum efeito no mundo ao redor e suas conseqüências retroagem no organismo, modificando a probabilidade de recorrência no futuro. Por exemplo, quando eu falo “Água” e alguém me traz um copo de água, eu agi no ambiente e a conseqüência foi saciar minha sede. Logo, há maiores chances de se repetir no futuro.

À conseqüência que fortalece a emissão de comportamentos futuros damos o nome de **Reforço**. Por exemplo, nosso comportamento pode ser reforçado por elogios, dinheiro, estrelinhas, um sorriso de alguém especial.. Por outro lado, respostas que não são reforçadas tendem a enfraquecer ao longo do tempo.

Reforçar aspectos de um comportamento que é parcialmente adequado de maneira gradual pode levar a um melhor desempenho, um processo chamado de **Modelagem**.

Quando um indivíduo não mais obtém uma conseqüência positiva, ele modifica a especificidade, intensidade e freqüência do comportamento. Se mesmo assim o reforço não é recebido, o comportamento tende a se extinguir. Esse processo recebe o nome de **Extinção**.

- Arranjar situações nas quais aumente a probabilidade de respostas adequadas e diminua as respostas inadequadas.
- Arranjar a terapia com reforçadores subseqüentes à exigência de desempenhos.
- Reforçar o movimento adequado do paciente durante um exercício, selecionando as respostas adequadas e não as inadequadas.
- Reforçar o engajamento do paciente e dos familiares por meio da valorização do empenho.
- Reforçar aspectos positivos do comportamento ainda imperfeito, durante o exercício, para selecionar respostas mais acuradas (modelagem)
- Ajudar a discriminar sinais que para o paciente são pouco perceptíveis mas que demonstram a eficácia da terapia com seu empenho..
- Reforçar comportamento adequado de crianças pequenas por meio de símbolos reforçadores, como pontos ou estrelas, além dos outros reforçadores naturais. (economia de fichas)
- Observar seu próprio comportamento em direção aos pacientes e familiares, verificando se não está aplicando Extinção ou Punição quando fazem perguntas ou comentários sobre o tratamento, por exemplo.

INDICADORES DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

1. Família vista como o principal contexto para promover o cuidado da criança	7. Promoção do apoio pais-para-pais e família-para-família
2. Promoção e utilização da colaboração e parceria profissionais-pais	8. Atenção às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte do cuidado
3. Respeito quanto a diversidade cultural, étnica e econômica da família	9. Reconhecimento e responsabilidade às necessidades emocionais da família
4. Reconhecimento dos pontos fortes e capacidades da família	10. Reconhecimento e responsabilidade às necessidades econômicas da família
5. Reconhecimento dos métodos de enfrentamento da família	11. Flexibilidade do cuidado em saúde para crianças e suas famílias
6. Compartilhamento de todas as informações importantes com a família	

Referências

Dunst, J. C., Dempsey, I. (2007) Family– Professional Partnership and Parenting Competence, Confidence and Enjoyment. *International Journal of Disability, Development and Education* 54, 3, 305-318.

Dunst, J.C., Boyd, K., Trivette, C.M., Hamby, D.W. Family (2002)– Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Family Relations* 51: 221-229.

CURSO DESENVOLVIMENTO DE
HABILIDADES TERAPÊUTICAS

Práticas Centradas na Família

CONTEÚDO
INFORMATIVO



Lisandrea R. Menegasso
Psicóloga



O termo é usado para se referir às práticas de trabalho com a família que valorizam e respeitam seus valores e escolhas e que inclui o suporte necessário para fortalecer o funcionamento familiar.

Em países desenvolvidos, como os EUA, essa abordagem é a principal prática em programas de intervenção precoce, serviços para pessoas com deficiência mental e problemas no desenvolvimento, serviços médicos e outros programas em pediatria.

Caracterizado por práticas que tratam a família com dignidade e respeito; compartilhamento de informações para família tomar decisões fundamentadas; parceria e colaboração profissional/ família.



É sensível às preocupações/ prioridades da família
É apoiador o tempo todo
Respeita a individualidade familiar
Reconhece os pontos fortes e a diversidade da família
Promove respeito mútuo
Troca informação completa e total entre família e profissional
Facilita tomada de decisão/ escolhas da família
Respeita os pontos fortes da família e as estratégias de enfrentamento
Constrói confiança parental

DIMENSÕES DO CUIDADO:

Relacional: Associada à natureza do relacionamento; demonstrado por meio de empatia, escuta ativa, comoção e respeito. Crenças positivas sobre as forças e competência da família.

Participativa: Proporcionam oportunidades para pacientes/ familiares discutir as opções de intervenção, as vantagens e limitações das diferentes escolhas; fornecer informações para fazer tais escolhas. Colaboração e decisão compartilhada. Envolvimento ativo e outros esforços para envolver de maneira ativa.

Exercício: descreva exemplos de Práticas

Relacionais:

Participativas:

ESTILOS COMPORTAMENTAIS

Passivo	Agressivo	Assertivo
Não persevera, recriminando a si ou outros. “Que chata!”	Persevera, mas sem avaliar as conseqüências.	Persevera, sempre avaliando se deve ou não continuar.
Sempre concorda com os outros.	Consegue discordar dos outros, desvalorizando os.	Consegue discordar dos outros sem desvalorizá-los.
Gera, em relação a si, sentimentos de pena, irritação, desprezo. “Eu não presto...”	Gera, em relação a si, sentimentos de raiva e vingança. “Espera só...”	Gera, em relação a si, sentimentos de respeito e consideração.
Sente-se mal consigo mesmo.	Pode sentir-se bem ou mal consigo mesmo.	Sente-se satisfeito consigo mesmo.
Produz uma imagem negativa de si mesmo.	Produz uma imagem negativa de si mesmo.	Produz uma imagem positiva de si mesmo.
Nunca quer tomar uma posição. “Talvez”, “Sei lá”.	Manda nos outros. “Eu quero”, “Faz favor!”	Toma uma posição sem mandar nos outros. “Acho que sim”, “Para mim, não”
Evita contato visual.	Contato visual intimidador.	Mantém contato visual, sem intimidar.
Tom de queixa, hesitando na sua fala.	Fala alto demais, com confiança.	Fala em tom audível, com confiança.
Gestos nervosos, postura submissa.	Gestos ameaçadores e postura autoritária.	Gestos firmes e postura segura.

Referências

Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. (2008) Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis, Vozes.

CURSO DESENVOLVIMENTO DE
HABILIDADES TERAPÊUTICAS

Habilidades Sociais

CONTEÚDO
INFORMATIVO

Lisandrea R. Menegasso
Psicóloga

Saber viver em grupo, solucionar situações de conflito, dizer o que pensa e sente sem ofender ou magoar o outro são habilidades que facilitam as relações entre as pessoas.

Manter relações boas reflete a capacidade de conseguir harmonia entre seus:

Sentimentos, Pensamentos e Ações

Existem três tipos de reações que nós temos nas interações com os outros:

- **Passiva:** Deixar o outro mandar em você, mesmo sentindo-se explorado ou sem vontade de fazer o que o outro quer.
- **Agressiva:** Insistir em fazer tudo do jeito e na hora que seja melhor para você, sem preocupar-se com as necessidades do outro.

Assertiva: Saber colocar suas próprias idéias e desejos, sem negar as idéias e desejos do outro, conseguindo assim defender suas próprias necessidades sem negar as de outras pessoas.

A pessoa assertiva sabe quando e como ir atrás do que quer, sem ser agressiva. Também sabe quando é melhor deixar de insistir, tomando uma atitude mais passiva, para preservar uma relação importante

Classes de Comportamentos

Cumprimentos e despedidas
Iniciar e manter conversação
Fazer elogios
Fazer e receber críticas

Dar feedback
Encerrar conversação
Fazer pedidos
Negar pedidos

Elogiar é fazer comentários positivos em relação a alguém e sobre outra pessoa ou alguma coisa feita por ela.

Para ser bem aceito, um elogio deve ser:

- sincero
 - adequado
- Um elogio pode ser rejeitado se for percebido como uma forma de interesse, bajulação, falsidade.

FEEDBACK

Descrição do desempenho/ comportamento do outro. Não avaliativo.

CRÍTICAS

Uma crítica é uma descrição de algo que alguém disse ou fez, que levou a um descontentamento.

Quando e como dar uma crítica:

- Falar direto com a pessoa, tomando cuidado para não ser na frente de outras pessoas não envolvidas;
- Controle suas emoções.
- Seja específico ao comportamento, à situação evitando um histórico retroativo.

Crítica sanduíche:

Antes de fazer a crítica, para a outra pessoa ver que você valoriza seus esforços, comente sobre algo que ela faz que te agrada.

2. Depois fale da parte negativa:

3. Acabe com outro ponto positivo.

Como o fisioterapeuta pode utilizar Habilidades Sociais na reabilitação?

O fisioterapeuta pode utilizar tais conceitos em Habilidades Sociais para se relacionar melhor com o paciente e sua família.

- Construir vínculo e adesão ao tratamento.
- Elogiar algum aspecto do paciente, seu empenho, iniciativa, bem como do familiar.
- Conversar com pacientes e familiares a fim de estabelecer melhor canal de comunicação
- Executar práticas de Abordagem centrada na família
- Pedir mudança de comportamento do paciente ou familiar
- Dar modelo de relações pessoais satisfatórias para a família e paciente.
- Dar e pedir feedback sobre os comportamentos dos pacientes e familiares.

Dar e receber feedback são habilidades essenciais para “regular” o desempenho das pessoas com quem convivemos visando relações saudáveis e satisfatórias.

ANEXO J

Instrumento de Avaliação da Capacitação

Nome: _____ Data: _____

Avaliação do curso *Desenvolvimento de Habilidades Terapêuticas*

Para cada um dos temas, avalie o quanto as informações discutidas vem sendo importantes para você e descreva a contribuição que cada uma delas teve para sua atuação, até agora.

Escala de importância:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma importância				importância mediana					muito importante

Temas	O tema foi abordado com você?	Importância do tema, para você (de 0 a 10)	Você já usou algumas das informações? Por favor, cite exemplos.
Abordagem Centrada na Família			
Conceitos em Análise do Comportamento			
Habilidades Sociais (a) Agressividade, passividade, assertividade			
Habilidades Sociais (c) como fazer elogios e críticas construtivas, feedback			
Observação de filmagens			

Sugestões para um próximo grupo: